

ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СУЧАСНОЇ МОЛОДІ**

Дипломна робота з психології  
*освітньо-кваліфікаційний рівень*  
*«Магістр»*

студентки 6 курсу 62 групи

галузі знань:

0301 **Соціально-політичні науки**

спеціальності: 8.03010201 **Психологія**

**Олени Олегівни Таран**

Керівник:

доктор психологічних наук

професор кафедри соціальної та  
практичної психології

**І.Г. Батраченко**

Рецензент:

Кандидат психологічних наук,

завідувач кафедри психології

Житомирської філії Київського

інституту бізнесу та технології

**Н.М. Дубравська**

м. Житомир – 2014 рік

**ЗМІСТ:**

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	
1.1 Харчова поведінка як предмет психологічного та міждисциплінарного дослідження.....	7
1.2 Психологічні особливості порушення стилю харчової поведінки серед сучасної молоді та його порушення.....	18
1.3 Психологічні та соціальні особливості вибору харчової поведінки як транс трофічної потреби особистості .....	30
1.3.1. Етноідентифікація.....	30
1.3.2. Соціальні транстрофічні потреби молоді.....	34
1.3.3. Особистісні транстрофічні потреби молоді.....	35
ВИСНОВКИ ПО ПЕРШОМУ РОЗДІЛУ.....	41
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	
2.1.  Методологічні підходи до організації емпіричних досліджень харчової поведінки та особистісної спрямованості сучасної молоді ....	39
2.2.  Програма розвивального тренінгу «Повір в себе» .....	55
ВИСНОВКИ ПО ДРУГОМУ РОЗДІЛУ.....	58
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	
3.1.  Аналіз результатів дослідження стилю харчової поведінки та особистісної спрямованості сучасної молоді .....	61
3.2.  Резултати впровадження тренінгу впевненої поведінки для молоді «Повір в себе» .....	68
ВИСНОВКИ ПО ТРЕТЬОМУ РОЗДІЛУ .....	72
ВИСНОВКИ .....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ.....	82

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Згідно з оцінками експертів ВООЗ, тривалість життя і стан здоров'я населення на 70% залежить від способу життя, найважливішим чинником якого є харчування, на 15% - спадковості, ще на 15% - умов довкілля. Дослідження харчової поведінки як психологічного фактора якості життя людини зумовлено потребами сьогодення. Вирішення практичних завдань потребує всебічного аналізу й осмислення механізмів функціонування ціннісного ставлення людини до їжі та її приймання.

Харчова поведінка - це загальний термін, використовуваний для позначення всіх різних компонентів поведінки, що беруть участь в нормальному процесі прийому їжі. Сюди входять такі підготовчі моделі поведінки, як пошук їжі, фактичне споживання їжі і велике число фізіологічних процесів, що беруть участь в утилізації того, що було з'їдене.

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу, наслідування стилю харчування суспільства та близького оточення. Іншими словами, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини.

Харчова поведінка оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна (відхиляється) залежно від безлічі параметрів, зокрема - від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування. На вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу, істотний вплив роблять етнокультурні та соціальні чинники. Одвічним питанням про цінність

харчування є питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»).

Біологічні потреби з урахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов відносяться до фізіологічних потреб. З ними тісно пов'язані звички - сформовані в процесі розвитку стереотипні дії високого ступеня міцності і автоматизації. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, національністю, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами лікарів, модою, економічними та особистісними причинами.

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

Також, з кожним днем зростає кількість захворювань порушення харчової поведінки. Сюди відносять нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання, патологічне зригування.

Метою дипломної роботи було встановлення психологічних відмінностей харчової поведінки сучасної молоді та дослідження транстрофічних потреб особистості, що задовольняються через їжу. Зокрема, містить дослідницький інтерес в проведенні аналізу взаємозв'язку особливостей харчової поведінки та особистісної спрямованості сучасної молоді. Наш інтерес обумовлений насамперед тим, що розлад харчової поведінки формується на індивідуально –

психологічних особливостях людини, а тип харчування залежить від впливу соціуму.

**Об'єкт дослідження:** харчова поведінка сучасної молоді.

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

**Мета дослідження:** проаналізувати психологічні відмінності харчової поведінки сучасної молоді; дослідити взаємозв'язок між особистісною спрямованістю та певним стилем харчової поведінки молоді; дослідити соціально-психологічні впливи на вибір сучасною молоддю типу харчової поведінки.

**Гіпотеза дослідження:** 1) стиль харчової поведінки залежить від індивідуальної спрямованості особистості; 2) тип харчової поведінки залежить від впливу соціальних факторів.

**Завдання дослідження.**

1. Визначити поняття харчової поведінки у психології.
2. Виявити фізіологічні та психологічні основи регуляції стилів харчової поведінки молоді
3. Дослідити типи спрямованості особистості.
4. Проаналізувати наявність чи відсутність зв'язків між стилем харчової поведінки сучасної молоді та індивідуальною спрямованістю особистості.

**Методологічну і теоретичну основу дослідження становлять** теоретичні положення про харчову поведінку (Малкина-Пых И. Г. М, Покровский В.М.), концепція резервів в організмі (Агаджанян Н. А.), пріоритетне значення психологічних факторів в генезі формування надмірної ваги і ожиріння (Вахмістрів А.В., Вознесенська Т. Г., Посохов С.І.), вплив соціуму на харчову поведінку (Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж).

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

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

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

**Надійність та вірогідність** результатів дослідження забезпечуються репрезентативністю вибірки (40 осіб), застосуванням методів, які відповідають меті і завданням дослідження, якісному аналізу.

**Апробація роботи.** Основні результати дослідження обговорювались та надані психологічній службі Житомирського професійно політехнічного ліцею.

**Обсяг та структура роботи:** робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків, налічує 131 сторінку.

## РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

### 1.1. Харчова поведінка як предмет психологічного та міждисциплінарного дослідження

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

Сократ

Протягом багатьох тисячоліть люди намагалися прогнати себе, щоб вціліти в смертельній сутичці за існування. Спочатку вони примітивно і боязко збирали данину з оточуючого їх рослинного і тваринного світу. Але поступово, поряд з іншими досягненнями, опанували складним мистецтвом кулінарії. І.Павлов в одній зі своїх робіт з фізіології травлення писав: «Недаремно над усіма явищами людського життя панує турбота про хліб насущний. Він представляє той найдавніший зв'язок, який з'єднує всі живі істоти, в тому числі і людину, з усім іншим оточуючим їх навколишнім природним середовищем. Їжа, яка потрапляє в організм і тут змінюється, розпадається, вступає в нові комбінації і знову розпадається, уособлює собою життєвий процес в усьому його обсязі, від найелементарніших фізичних властивостей організму, як закон тяжіння, інерції і т.д., аж до найвищих проявів людської натури» [1].

Харчова поведінка - це сукупність звичок людини, пов'язаних з прийомом їжі – це смакові переваги, режим прийому їжі, дієта і тощо. Харчова поведінка може залежить від таких чинників, як культуральних, етнічних, сімейних традицій і цінностей, особливостей виховання і поведінки членів сім'ї і біологічних особливостей організму, що склалися в даному соціумі стандартів і еталонів норми і краси. Ці звички можуть змінюватися і часто змінюються з часом, але не всі ці зміни будуть вважатися хворобливим порушенням харчової поведінки.

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність з формування цього образу [31]. Іншими словами, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини. Харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (що відхиляється), це залежить від безлічі параметрів. Етнокультурні фактори роблять величезний вплив на стереотип харчової поведінки, особливо в період стресу. Одвічне питання про значення харчування - це питання про зв'язок харчування з життєвими цілями [22].

Умовою життя є споживання енергетичних і пластичних речовин. Вищі тварини не можуть їх синтезувати з неорганічних речовин, тому виникає необхідність їх надходження із зовнішнього середовища. Тривале припинення надходження або недостатнє введення в організм поживних речовин призводить до порушення метаболізму та гомеостазу організму. Разом з тим організм людини і вищих тварин не здатний асимілювати білки, жири, вуглеводи і ряд інших речовин їжі без їх попередньої фізико - хімічної обробки. Цю важливу функцію виконує система травлення. В результаті травлення і всмоктування продуктів перетравлення їжі підтримується відносно постійний рівень поживних речовин в організмі. Позбавлення людини їжі тягне за собою стан, так званий голод. Прийом їжі викликають якість протилежне голоду - відчуття насичення [50].

У фізіології голоду і насичення людини застосовується поняття «апетит» (від лат. *appetitus* - прагнення, бажання) - відчуття, пов'язане з прагненням людини до певної їжі. Апетит індивідуально виробляється і відображає не стільки потреба в їжі взагалі, скільки потреба у зв'язку зі специфікою обміну речовин і дефіцитом тих чи інших компонентів їжі,

індивідуальних і групових звичок, особливістю національної кухні і продуктів, яким віддається перевага. Вибірковий апетит - це потяг людини до певного роду їжі, частіше тому, який містить речовини, яких недостатньо організму.

Голод, як фізіологічний стан (на відміну від голодування як стану тривалої недостатності харчування, що є патологією) є виразом потреби організму в поживних речовинах, яких він був позбавлений деякий час. Зовнішнім об'єктивним проявом голоду є харчова поведінка, що виражається в пошуку і прийомі їжі; вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду. Суб'єктивні та об'єктивні прояви голоду обумовлені збудженням різних відділів ЦНС. Сукупність нервових елементів цих відділів І.П. Павлов назвав харчовим центром, функціями якого є регуляція харчової поведінки. Харчовий центр - складний гіпоталамо-лімбіко-ретікулокор-тікальний комплекс. Результати експериментів на тварин свідчать, що провідним відділом є латеральні ядра гіпоталамуса. При їх ураженні спостерігається відмова від їжі (афагія), а при електричному подразненні через вживлені в мозок електроди - підвищене споживання їжі (гіперфагія). Цю частину харчового центру називають центром голоду, або центром харчування. Руйнування вентромедіальної ядер гіпоталамуса призводить до гіперфагії, а їх роздратування - до афагії. Вважають, що в цих ядрах локалізований центр насичення. Між ним і центром голоду встановлені реципрокні відносини, тобто, якщо один центр збуджений, то інший загальмований [50].

У регуляції почуття голоду, апетиту і насичення велике значення має робота головного мозку. Перш за все це центри голоду і насичення в гіпоталамусі і відповідні їм освіти в лімбічній системі і корі великих півкуль. При цьому роль основної ланки з точки зору формування харчової мотивації належить гіпоталамусу, який не тільки забезпечує

вегетативну основу емоційно - поведінкових реакцій, а й керує всіма основними гомеостатичними процесами, в тому числі Ліпостат - системою, яка контролює сталість ваги тіла [22].

У людини в нормі виражені доволі значуща регуляція прийому їжі і апетиту, управління кількістю і якістю прийнятої їжі. Зниження і втрата апетиту викликають багато факторів, в тому числі ті, які відволікають людину від їжі, емоції, в першу чергу негативні. Їжа з апетитом сприяє ефективному травленню. І. П. Павлов писав: «...лікарі всіх часів і країн до останнього часу вважали своєю суттєвою обов'язком, крім боротьби з основними недугами, приймати спеціальні заходи для відновлення апетиту» [50].

Загалом поведінка людини визначається як «цілісна активність, спрямована на задоволення біологічних, фізіологічних, психологічних і соціальних потреб» [54]. У свою чергу, потреба - це стан об'єктивної потреби організму в чомусь, що лежить поза ним, становить необхідну умову його функціонування і є джерелом його активності [54]. Потреба в їжі є однією з первинних, біологічних потреб, вона спрямована на підтримання гомеостазу. Люди їдять для того, щоб отримувати необхідну енергію, будувати нові клітини і створювати складні хімічні сполуки, необхідні для життя. Відповідно до теорії А. Маслоу, потреби людини, що стосуються біологічного виживання, повинні отримати задоволення на мінімальному рівні, перш ніж стануть актуальними будь-які потреби більш високого рівня [51]. Проте щоденний раціон людини, як правило, не обмежується лише життєво необхідними калоріями і поживними речовинами. Крім того, кількість з'їденого, час прийому їжі, перевагу певних продуктів харчування та їх поєднань - все це відрізняється своєрідністю у кожної людини. Харчова поведінка визначають не тільки потреби, але і отримані в минулому знання і стратегії мислення. Хоча потреба в енергії і створює такий біологічний

потяг, як відчуття голоду, на конкретну поведінку (що людина буде їсти) впливають сформувалися звички і стратегії мислення. Біологічні потреби, з урахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов, відносяться до фізіологічних потреб. З ними тісно пов'язані звички - сформовані в процесі онтогенезу стереотипні дії високого ступеня міцності і автоматизації [51]. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами лікарів, модою, економічними та особистісними причинами [22].

Необхідно також відзначити соціальне значення їжі. Харчування людини з самого народження пов'язано з міжособистісним взаємодією. Згодом їжа стає невід'ємною складовою процесу спілкування, соціалізації: святкування різних подій, встановлення та формування ділових і дружніх взаємин. У свою чергу, традиції, харчові звички відображають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки. При аналізі психосоціальних аспектів ожиріння виділяють наступні функції харчової поведінки: підтримання гомеостазу, релаксація, отримання задоволення, комунікація, самоствердження (воно пов'язане з поданням про престижність їжі і «солідної» зовнішності), пізнання, підтримання ритуалу або звички, компенсація, нагорода, захист і задоволення естетичної потреби. Таким чином, харчова поведінка людини спрямоване на задоволення не тільки біологічних і фізіологічних, але також психологічних і соціальних потреб. Крім почуття голоду і стимуляції, що виходить від їжі, існує безліч інших внутрішніх і зовнішніх стимулів, що викликають бажання є або зорієнтовують на вибір певної їжі. Бажання є і прийняття їжі є результат взаємодії між цими стимулами і стабільними фізіологічними і психологічними характеристиками індивідуума. Прийняття їжі не

завжди пов'язане з угамуванням голоду, та їжею нерідко зловживають з метою задоволення широкого спектру інших потреб. Мотивацією називається «усвідомлювана причина, що лежить в основі вибору дій і вчинків особистості» [54]. Згідно з цим визначенням, харчову поведінку людини можна розглядати як цілісну активність, пов'язану з мотивацією прийому їжі. Хоча харчування, безумовно, є фізіологічною потребою, психологічна мотивація також впливає на харчову поведінку. Наприклад, потреба поїсти може бути викликана як позитивними (наприклад, щастя), так і негативними (наприклад, злість, депресія) емоціями. Кількість, якість і частота споживання їжі залежать від таких феноменів, як почуття голоду, апетит і почуття насичення.

Фізіологічним регулятором кількості споживаної їжі є голод - сукупність неприємних переживань, що полягають у відчутті порожнечі і спазмів у шлунку і в інстинктивному відчутті необхідності поїсти. Почуття голоду виникає тоді, коли поживні запаси організму недостатні для енергетичної рівноваги. Одним з факторів голоду є скорочення порожнього шлунку, яке механорецептори його стінок передають в головний мозок, де й формується почуття голоду. Іноді потужні скорочення м'язів шлунка пов'язані зі зниженням концентрації глюкози в крові. За даними багатьох досліджень, відчуття голоду також залежить від температури навколишнього середовища. Проте необхідно відрізнити голод як фізіологічний стан від психологічного акту сприйняття та усвідомлення голоду, тобто від психологічного переживання, що виражається в неприємному і приковує увагу відчутті, яке людина має при позбавленні їжі і яке призводить до пошуку їжі для полегшення дискомфорту. У більш позитивній формі це бажання називається апетитом, який грає важливу роль в отриманні задоволення від їжі і формуванні харчових звичок [22].

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. Етнокультурні фактори роблять величезний вплив на стереотип харчової поведінки, особливо в період стресу. Одвічне питання про значення харчування - це питання про зв'язок харчування з життєвими цілями [22].

Розглянемо психологічні чинники, що впливають на механізми формування харчових звичок і переваг у молді. Однією з найбільш вагомих причин погіршення стану здоров'я є порушення структури харчування та зниження його якості. Чимало захворювань та патологічних станів, зокрема дефіцити або надлишки мінеральних речовин та вітамінів, призводять до порушення як фізичного, так й інтелектуального розвитку людини. Тому профілактика та корекція порушень харчової поведінки ще в дошкільному віці мають важливе соціально-гігієнічне значення. Харчування — це не лише фізіологічний, а й соціально та культурно зумовлений процес, тому організація раціонального харчування містить психологічні компоненти. Харчова поведінка як складова способу життя людини охоплює пошук, вибір, приготування і вживання їжі, а також усі супутні процеси. Формується вона з дитинства, а отже, впливає на стан здоров'я й у дорослому віці.

У західній літературі для позначення цих видів залежної (адитивної) поведінки частіше використовується термін «поведінкові аддикції». Першу класифікацію нехімічних аддикцій в запропонував Ц.П.Короленко. Він виділив безпосередньо нехімічні аддикції, до яких відносяться азартні ігри (гемблінг), аддикція відносин, сексуальна, любовна аддикції, аддикція уникнення, роботоголізм, аддикція до

витрати грошей, ургентна адикція, а також проміжні аддикції, наприклад, аддикцію до їжі (переїдання і голодування), що характеризуються тим, що при цій формі задіюються безпосередньо біохімічні механізми. Крім перерахованих вище, в даний час описано значну кількість інших нехімічних аддикцій: різноманітні комп'ютерні залежності або інтернет-залежності [13].

У всіх випадках розвиненої адиктивної поведінки думки зайняті способами реалізації адиктивних прагнень, апперцепцією їх задоволення. Самороздум на ці теми викликає почуття емоційного збудження, хвилювання, підйому або релаксації. Таким чином, досягається початок бажаного емоційного зміни, виникає відчуття контролю над собою і ситуацією, почуття задоволеності життям. Адиктивна поведінка спочатку створює ілюзію вирішення проблем, порятунку від стресових ситуацій шляхом своєрідного втечі, уникнення переживання останніх. У цій особливості адикції міститься велика спокуса, хочеться йти по шляху найменшого опору. Створюється суб'єктивне враження, що таким чином, звертаючись до фіксації на якихось предметах або діях, можна не думати про свої проблеми, забути про тривоги, піти від важких ситуацій, використовуючи різні варіанти адиктивних реалізації. Відволікання необхідно кожній людині. Однак у випадку адиктивної поведінки останнє стає стилем життя, в процесі якого людина опиняється в пастці постійного відходу від реальної дійсності, від взаємодії з навколишнім [2].

Існує чотирьохкомпонентна модель, що описує мотивації харчової поведінки. Вона заснована на аналогічній моделі мотивації вживання алкоголю і включає в себе такі компоненти мотивації, як:

- 1) опанування негативних емоцій;
- 2) соціалізація;
- 3) відповідність очікуванням інших людей;

#### 4 ) отримання задоволення. [22]

Харчова поведінка визначає не тільки потреби, але і отримані в минулому знання. Хоча потреба в енергії і створює такий біологічний потяг, як відчуття голоду, на конкретну поведінку (що людина буде їсти) впливають сформувалися звички і стратегії мислення.

Біологічні потреби з урахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов відносяться до фізіологічних потреб. З ними тісно пов'язані звички - сформовані в процесі розвитку стереотипні дії високого ступеня міцності і автоматизації [54]. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами лікарів, модою, економічними та особистісними причинами.

Стиль харчування є відображення емоційних потреб і душевного стану людини. У перший час нашого існування прийом їжі - основна життєва функція. Задоволення голоду викликає відчуття захищеності і гарного самопочуття.

Досить часто в ХХІ столітті виникають порушення харчової поведінки за рахунок недотримання основних норм харчування, а також через ряд особистісних чи соціальних потреб та впливів.

У формуванні порушень харчової поведінки велике значення має: по-перше, спадкова дисфункція церебральних систем, що регулюють прийом їжі; по-друге, неправильне виховання в ранньому дитинстві, по-третє, особливості особистості хворого.

У людини із особливою харчовою поведінкою висока соціальна орієнтованість, хороший інтелект, висока «стресодоступність», знижена «стресостійкість», схильність до тривожно-депресивних реакцій, психічна незрілість. У них переважають менш досконалі способи психологічного захисту, підвищена, погано контрольована емоційність, пасивні форми поведінки - прийом їжі грає роль

своєрідного захисного механізму від стресу. Цей спосіб захисту абсолютно соціально прийнятний, доступний, простий, легко здійснений, не вимагає ні розумової, ні емоційної додаткової напруги. Психічне напруження в ситуації конфлікту знижуватися не через адекватну переробку його змісту, а за допомогою простої редукції дискомфорту переживання, що не торкається ні причин, ні суті конфлікту. Подібна форма захисту від стресу, безсумнівно, патологічна, оскільки призводить до соматичного захворювання - ожиріння.

Ожиріння виникає в результаті впливу безлічі різноманітних психологічних факторів, серед яких найчастіше зустрічаються такі:

1) Фрустрація при втраті об'єкта любові. Наприклад, ожиріння, частіше у жінок, після смерті чоловіка, розлуки з сексуальним партнером або навіть після відходу з рідного дому ("пансіон ожиріння"). Відомо, що втрата близької людини може супроводжуватися пригніченістю і одночасно - підвищенням апетиту ("заїсти гірку пігулку"). Діти часто реагують підвищеним апетитом на народження молодшої дитини в сім'ї.

2) Загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю і почуття порожнечі можуть стати приводом до імпульсивної переїдання.

3) Ситуації, що вимагають особливих зусиль і підвищеної напруги (наприклад, підготовка до іспитів, професійні перевантаження), пробуджують у багатьох людей підвищені оральні потреби, які призводять до посиленого споживання їжі або паління.

Поява у багатьох людей психовегетативних розладів при відмові від звичних продуктів харчування дозволяють поставити харчову залежність в один ряд з алкогольною, ніотиною, лікарською і наркотичною. Зокрема, дієтичну депресію можливо розглядати як прояв синдрому відміни, що підтверджується і спостереженнями

частого поєднання емоціогенної харчової поведінки з пристрасстю до алкоголю і тютюну.

## 1.2. Психологічні особливості порушення стилю харчової поведінки серед сучасної молоді

Існують три основні типи порушення харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка, обмежувальна харчова поведінка.

Екстернальна харчова поведінка проявляється підвищеною реакцією не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі, а на зовнішні стимули, такі як накритий стіл, приймаюча їжу людина, реклама харчових продуктів і т.д. Практично у всіх пацієнтів з ожирінням в тій чи іншій мірі присутній даний вид харчової поведінки.

Гладкі люди з екстернальним харчовою поведінкою їдять незалежно від того, коли вони востаннє приймали їжу. При даному типі харчової поведінки кардинальне, визначальне значення має доступність продуктів. Саме ця особливість лежить в основі переїдання «за компанію», перекусів на вулиці, надлишкового прийому їжі в гостях, покупки зайвої кількості продуктів. Такі люди ніколи не пройдуть повз піріжкової, кіоску з морозивом, вітрини продуктового магазину, будуть їсти доти, поки не закінчиться коробка цукерок або вазочка з печивом, таким чином людина з екстернальним типом харчової поведінки приймає їжу завжди, коли вона її бачить і коли вона йому доступна.

У здорових людей з нормальною масою тіла підвищена реакція на зовнішні харчові стимули спостерігається тільки в стані голоду і її ступінь прямо пропорційна інтервалу між прийомами їжі, багато в чому залежить від її кількості і складу. У хворих ожирінням подібна закономірність відсутня. Основою підвищеного реагування на зовнішні стимули до прийому їжі є не тільки підвищений апетит пацієнта, але неповноцінне відчуття насичення, що повільно формується.

Виникнення ситості у повних людей запізнюється за часом і відчувається як механічне переповнення шлунка.

Емоціогенна харчова поведінка трактується як гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання, «харчове пияцтво».

При емоціогенному харчовому поводженні стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому що голодна, а тому що неспокійна, тривожна, роздратована, у неї поганий настрій, вона пригнічена, ображена, а також роздратована, розчарована, зазнала невдачі, їй нудно, самотньо і т.д. Образно кажучи, людина з емоціогенним харчовою поведінкою «заїдає» свої прикрощі та нещастя так само, як людина, що звикла до алкоголю, їх запиває.

Найчастіше емоціогенна харчова поведінка загострюється при наступних стресових подіях (перераховані в порядку зниження значущості): смерть або тяжка хвороба близьких людей; звістка про подружню зраду; ситуація розлучення; підготовка до іспитів або провал на іспиті; очікування значущої події при сумнівах в його успішному результаті; загострення конфліктів у родині або на роботі; періоди загострення переживань з приводу невдалої, нещасливою життя, непотрібності, некрасивості [9].

Емоціогенна харчова поведінка може бути представлена або пароксизмальною формою у вигляді компульсивної харчової поведінки, або переїданням з порушенням добового ритму прийому їжі у вигляді синдрому нічної їжі.

Серед популяції людей з надмірною вагою компульсивна харчова поведінка виявлено в 8 %. У хворих на ожиріння, рівень компульсивної харчової поведінки різко зростає і досягає 30 %.

Компульсивна харчова поведінка проявляється чітко окресленими в часі нападами переїдання, які тривають не більше двох годин. Під час нападу компульсивного прийому їжі людина їсть більше звичайного і

швидше звичайного. Важливою діагностичною ознакою компульсивної харчової поведінки є втрата самоконтролю за прийомом їжі. Булімічний епізод переривається мимовільно, як правило, через надмірне переповнення шлунку; іноді через прихід сторонніх, так як хворі, соромлячись нападів, ретельно їх приховують.

Діагностичні критерії компульсивної харчової поведінки (Binge - eating disorder) увійшли в класифікацію DSM- IV: повторні епізоди різкого переїдання характеризуються наступними ознаками: переїдання в обмежені (дискретні) періоди часу, що тривають не більше двох годин, з кількістю з'їженого очевидно більше звичайного; відчуття втрати контролю за прийомом їжі, виникає під час переїдання (неможливість перервати їжу або зменшити її кількість); епізоди переїдання повинні супроводжуватися трьома будь-якими з таких ознак: прийом їжі очевидно більш швидкий, ніж звичайно; прийом їжі до відчуття неприємного переповнення шлунка; прийом великих кількостей їжі без почуття голоду; переїдання на самоті через сором перед оточуючими; відчуття відрази до себе, депресивний стан або почуття провини через переїдання; чіткий стан дистресу через подібні епізодів переїдання; частота епізодів різкого переїдання в середньому не менше двох на тижнів протягом півроку; стан не відповідає критеріям нервової анорексії або нервової булімії.

Деякі підлітки з нападами обжерливості до розвантаженні не вдаються , але багато з них потім все життя наполегливо борються з надмірною вагою. Цей синдром називають по - різному: булімія, нервова булімія без розвантажень. Він аналогічний нервовій булімії, за винятком ускладнень, пов'язаних з розвантаженням. Як і при нервової булімії, приступи обжерливості чергуються з періодами самообмеження в їжі. Психопатологічна симптоматика цих двох захворювань теж схожа, однак хворі з компульсивним переїданням

звертаються до лікаря пізніше, зазвичай з наміром схуднути. Їх частіше можна бачити в соматичних клініках, ніж в психіатричних.

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

Напади обжерливості у огрядних людей піддаються і лікуванню антидепресантами, та методами психотерапії. Тому ці методи можна використовувати як доповнення до терапії ожиріння, хоча ефективність такої поєднаної терапії поки не вивчена.

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

В основному, цей синдром зустрічається у огрядних (тучних) жінок, схильних до депресії. Люди, які страждають на синдромом нічної їжі, як правило, не приймають їжу всю першу половину дня. Зранку їх апетит, вочевидь, знижений, вигляд їжі може викликати огиду, а спроба поїсти насильно може викликати нудоту. У другій половині дня апетит значно зростає і до вечора вони відчують сильний голод, який призводить до значного переїдання. Причому існує наступна закономірність: «чим сильніше був денний емоційний

дискомфорт, тим більше виражено вечірнє переїдання». Характерно, що хворі не можуть заснути, не з'ївши надмірної кількості їжі. Їх сон поверховий, тривожний, неспокійний, вони можуть кілька разів прокидатися вночі і знову приймати їжу.

За даними Т.Г. Вознесенської і А.В. Вахмістрова [9]: «голод і ситість у залежних від синдрому нічної їжі є своєрідними модуляторами рівня неспання». Після прийому їжі активність і працездатність пацієнтів значно знижуються, з'являється сонливість, порушується професійна діяльність. Це є однією з причин відмови від прийому їжі перед робочим днем і протягом нього. Переїдання вечорами використовується пацієнтами в якості снодійного. Першочергова роль голоду і насичення в регуляції рівня неспання характерна для людини в період раннього дитячого віку. Саме голод пробуджує немовляти і робить його емоційно і моторно активним, і, навпаки, за прийомом їжі і ситістю наступають релаксація і сон. У процесі дозрівання організму роль голоду і ситості як регуляторів рівня неспання значно знижується, поступаючись місцем іншим стимулам і мотиваціями. У людей, які страждають на ожиріння такої заміни не відбувається. Таким чином, синдром нічної їжі при ожирінні можна віднести до варіанту онтогенетичної психофізіологічної незрілості.

Обмежувальна харчова поведінка - це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні занадто строгі дієти, до яких час від часу вдаються всі хворі ожирінням. Періоди обмежувального харчової поведінки змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди при обмеженому харчовому поводженні призводять до емоційної нестабільності. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, отримала назву дієтичної депресії, яка в свою чергу визначається як комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають на тлі дієтотерапії:

підвищені дратівливість і стомлюваність, відчуття внутрішньої напруги і постійної втоми, агресивність і ворожість, тривожність, понижений настрій, пригніченість і т.д. Дієтична депресія призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву захворювання. Після таких епізодів у пацієнтів формуються почуття провини, зниження самооцінки, невіра в можливість лікування. Особливо погано переносять дієтотерапію хворі з переїданням у відповідь на стрес, які звикли нормалізувати свій емоційний дискомфорт прийомом їжі і для яких їжа стала своєрідним засобом релаксації.

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

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

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

Люди, які страждають на ожиріння відчують себе недосконалими, вразливими, неспроможними. Гіперфагія, зниження активності і, як результат цього, надмірна вага дають відому захист від глибокого почуття недостатності: ставши масивним і значним, людина з ожирінням здається собі більш сильною і захищеною. В окремих випадках є виразний тимчасовий зв'язок появи і посилення тяги до їжі з якоюсь фрустрацією. За рахунок регресивного прирівнювання значень любові і харчування людина з надмірною вагою втішає себе їжею за відсутність любові до себе.

У більшості життєвих ситуаціях в результаті впливу безлічі різноманітних психологічних факторів їжа відіграє роль заступника задоволення. Вона зміцнює зв'язки, створює відчуття безпеки, послаблює біль, відчуття втрати і розчарування; ще в дитинстві багато людей засвоїли, що при болю, хвороби або втратах їм дають солодощі для розради, цей досвід може стати основою для неусвідомлених психосоматичних реакцій у дорослого.

Необхідно також відзначити соціальне значення їжі. Харчування людини з самого народження пов'язано з міжособистісним спілкуванням. Згодом їжа стає невід'ємною частиною процесу спілкування, соціалізації: святкування різних подій, встановлення та формування ділових і дружніх взаємин. У свою чергу, традиції, харчові звички відображають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки.

При аналізі психосоціальних аспектів ожиріння виділяють наступні функції харчової поведінки: підтримання гомеостазу,

релаксація, отримання задоволення, комунікація, самоствердження (воно пов'язане з поданням про престижність їжі і "солідної" зовнішності), пізнання, підтримання ритуалу або звички, компенсація, нагорода, захист і задоволення естетичної потреби.

Таким чином, харчова поведінка людини спрямоване на задоволення не тільки біологічних і фізіологічних, але також психологічних і соціальних потреб.

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

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

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

2. Так звана гіперфагічна (грец. hyper - phagia , гіпер + phagein - є, поїдати , пожирати) реакція на стрес, коли їжа використовується під час або після стресу. У цьому випадку переїдання свого роду предмет

забави", прагнення сховатися від реальності. Але робити висновок про повноцінний антистресовий ефект передчасно, оскільки в цьому випадку створюється лише видимість душевного благополуччя. Проблема, не знаходячи рішення, "заганяється вглиб" і періодично дає про себе знати.

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

Однією з гіпотез поширення розладів прийому їжі є величезний вплив суспільства на норми і цінності індивіда. Останні десятиліття наше суспільство віддає перевагу худорлявості. У свідомості людей міцно закріплений стереотип про те, що бути худим - значить бути успішним, здоровим, привабливим, дисциплінованим та інше. Повнота асоціюється з непривабливістю, лінню, некомпетентністю [61]. Існує думка, що збільшення кількості харчових розладів за останні 40-50 років пов'язано з усе більшим поширенням у суспільстві ідеалу худорлявості. Ця думка ґрунтується на зайвої стурбованості пацієнтів з нервовою булімією і нервовою анорексією своєю вагою і тілом.

З «соціальної» гіпотези випливає припущення, що саме через прийнятих у суспільстві ролей і стереотипів, розладами прийому їжі страждають в основному жінки, тоді як чоловіки схильні до трудоголізму [60]. Пріоритети в суспільстві такі, що жінка повинна бути приваблива зовні для успішної взаємодії з чоловічою статтю, тоді як чоловік повинен бути насамперед реалізований соціально, в суспільстві і на роботі. За даними західних психіатрів розладами

харчової поведінки страждає 4% жінок у віці від 14 до 20 років. У чоловіків такі розлади зустрічаються значно рідше.

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

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

Проблема «соціальної» гіпотези та ж що й у «фізіологічної» - практично кожній людині властиво турбуватися про свій зовнішній вигляд, але далеко не кожна людина захворює розладами прийому їжі. Наше суспільство в цілому, і страждають нервовою булімією зокрема, приділяють велику увагу зовнішній привабливості. Соціум схильний оцінювати людей за їх зовнішнім виглядом, не приділяючи уваги внутрішньому світу людини, якщо зовнішність виявилася непривабливою. І це з'явилося не в останні десятиліття.

До розладів харчової поведінки відносять нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання.

Клініко-катамнестичний метод дозволив виявити значну частоту стресів в особистих і сімейних відносинах, тобто сфера міжособистісної взаємодії представляється найбільш проблемною для хворих з ожирінням. Вони виявляють підвищену сенситивність щодо міжособистісних конфліктів.

У хворих з ожирінням виявлено помітне підвищення стійкої особистісної тривожності, яка розглядається як базальне психічна властивість, предрасполагающее до підвищеної сенситивності до стресових впливів. Ситуативна (реактивна) тривога досягає за ступенем вираженості невротичного рівня.

Відмінною особливістю психологічного захисту у таких людей, які страждають на ожиріння є переважання механізму психологічного захисту по типу реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанту психологічного захисту припускає, що особистість запобігає усвідомлення неприємних чи неприйнятних для неї думок, почуттів, вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається, так би мовити, трансформація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивно розуміючу протилежність. Для таких людей також типові незрілі протективні механізми психологічного захисту, один з яких пов'язаний з агресією, перенесенням на оточуючих власних негативних уявлень, а інший - з переходом до інфантильних форм реагування, обмеження можливостей альтернативного поведінки.

Намагаючись знизити вагу, хворі посилено займаються фізичними вправами, прагнуть постійно бути на ногах, вважаючи, що це збільшить витрату енергії. Одночасно вони починають завзято обмежувати себе в прийомі їжі, незважаючи на випробовуване відчуття голоду. Щоб уникнути конфліктів з батьками через недостатнє прийому їжі, пацієнти створюють видимість нормального харчування, наприклад,

непомітно ховають, а потім викидають "з'їдену" їжу. Деякі використовують для схуднення проносні і сечогінні засоби, викликають блювоту, застосовують різні харчові добавки для зниження ваги. Стійке і активне обмеження в їжі призводить до істотного падіння ваги тіла, дистрофічних змін найбільш важливих життєвих органів, соматоендокринним розладам, кахексії. Найбільш важкі випадки нервової анорексії можуть привести до летального результату.

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

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

### 1.3. Психологічні та соціальні особливості вибору харчової поведінки як транс трофічної потреби особистості

Стрімкий розвиток сучасного життя потребує від нас максимальної витрати енергії та особистісних ресурсів. При цьому стреси та депресії стають постійними супутниками особистості, які беззупинно руйнують її, особливо тоді, коли вона не знає способів їх подолання. За таких умов їжа перестає виконувати свої первинні функції і, перетворюючись на предмети фетишу, заповнює життя людей, які за допомогою раціону харчування на підсвідомому рівні намагаються розв'язати свої психологічні проблеми.

Процес харчування – це не лише задоволення своїх фізіологічних потреб (голод), але й особистісних. Під особистісними потребами більшість людей розуміють: соціальне схвалення (батьків, близьких оточуючих), вживання «модної» їжі, переїдання, відмову від їжі та інше. Спираючись на висновки гастропсихологів, для науки важливим є дослідження зв'язку характеру людини з її смаковими уподобаннями. Смакові уподобання допомагають визначити вплив раціону харчування на поведінку, емоційно-вольову та діяльнісну сфери особистості. Великий вплив на ставлення до їжі мають шаблони масової свідомості, оскільки у нашому суспільстві культ їжі набуває всезагального характеру. Люди вживають їжу та не відчують задоволення від неї і, потрапляючи в наш організм, вона не приносить нам жодної користі. Часто буває так, що людина не має можливості «відпрацювати» свої емоції іншим способом, окрім як їх «заїсти». Отже, харчові адикції є способом уникнення суб'єктивної реальності.

#### 1.3.1. Етноідентифікація

Одним з найстародавніших занять людини було приготування їжі. Протягом тривалого часу у різних народів формувалися не тільки

навички кулінарії, але і прихильності, уподобання. Кулінарні особливості склалися під впливом багатьох факторів: географічне положення, кліматичні особливості, можливості економіки, певні традиції та інше. В меню народів, що проживають на берегах морів і океанів, природно, переважали риба і морепродукти; кочівники (скотарі) харчувалися тим, що могло дати тваринництво, тобто молоком і м'ясом; жителі лесостепей використовували в харчуванні продукти тваринництва і лісових промислів; жителі південних країн для приготування їжі застосовували велику кількість овочів і фруктів. Таким чином, визначався набір вихідних продуктів для приготування їжі. Інший найважливіший фактор, під впливом якого склалися національні кухні, - це технологія приготування їжі, спосіб її обробки.

Смакові переваги і режим харчування склалися також залежно від кліматичних та географічних особливостей: південні народи при приготуванні їжі широко використовували різні спеції, гострі соуси і приправи, сіверяни воліли щодо прісну їжу. У більшості народів склалася традиція харчуватися три рази на день. У жителів півдня сніданок, як правило, легкий, обід і вечерю рясні.

Ступінь впливу релігій на особливості національного харчування у різних народів різна. Найчастіше церковні приписи і заборони органічно вписувалися в систему вже сформованих кулінарних традицій. Проте вплив церкви в цілому на особливості національних кухонь є незаперечним і значним фактом. Всім відомо, що мусульмани не їдять свинину, вважаючи свиню «нечистим» твариною. Народи Індії, які сповідують індуїзм (їх у країні переважна більшість), взагалі не вживають в їжу м'ясо тварин, багато індуїсти - строгі вегетаріанці. В результаті у кожного народу кулінарія набуває свої специфічні особливості. Так склалися національні кухні, істотним елементом яких до теперішнього часу є релігійні приписи.

Цікаво, що в древньому Римі існувала традиція прийому їжі один раз в день при вечірній прохолоді. У період Римської імперії серед аристократії набув поширення багаторазовий прийом їжі заради задоволення. Однак римські аристократи відразу після їжі звільняли свій шлунок від їжі шляхом прийому блювотного засобу. У Західній Європі в XVI ст. була поширена приказка «Вставати о 6 годині, обідати в 10, вечеряти в 6 і лягати спати в 10 - означати подовжити життя в десять разів по десять». В Англії ще два століття тому часом першого прийому їжі був полудень. Сніданок не визнавався, вперше його ввели знатні дами, які брали шоколад у ліжку.

При складанні добового раціону харчування поряд з дотриманням дисципліни точного часу не менш важливий і інший критерій - гостре відчуття голоду [1].

Цікаві погляди йогів на якісний склад їжі, в яких, безсумнівно, є раціональне зерно. Вони ділять їжу на три категорії: саттва, раджас і тамас. Йоги стверджують, що досягти гармонії тіла і духу, психічної рівноваги, розсудливості, здатності до яскравим самонавіювання зоровим уявленням (саттва) допомагає меню, в яке входять плоди, овочі, зелень, злаки і молочні продукти. Їжа іншого роду - риба, пісне м'ясо, гострі приправи, сіль, цукор, чай, кава, какао - сприяє проявам пристрасності і дратівливості, заважає концентрації думок (Раджаса). Нарешті є їжа, яка робить людину ледачим, загальмованим, знижує її розумові здібності (тамас) - жирні м'ясні страви та алкоголь. Справжні йоги визнають тільки саттва як основу фізичного і психічного досконалості.

Цікаво, що і буддійські ченці в Японії для досягнення психічного досконалості за системою дзен харчуються лише свіжою рослинною їжею (рис, ячмінь, соєві, боби, овочі). І не просто харчуються, а ще супроводжують прийом їжі «п'ятьма роздумами про їжу», приблизно

такими: 1) звідки це підношення; 2) беручи це підношення, я повинен міркувати про те, у чому ще не досяг досконалості; 3) дуже важливо стежити за своїм власним серцем, не допускати в собі таких недоліків, як злість і жадібність; 4) ця їжа приймається як ліки для того, щоб підтримувати в тілі здоров'я; 5) ця їжа приймається і для того, щоб досягти духовної досконалості. У цій дзен - буддійській проповіді не можна не побачити раціональне зерно. Наша свідомість - продукт матерії, нашого головного мозку, а для нього зовсім не байдуже, чим ми харчуємося. Ще більш виразно звучать слова В. В.Вересаєва з «Записок лікаря»: «Людина є те, що він їсть». Харчування різноманітними сирими рослинними продуктами сприяє не тільки швидкому насиченню. Воно розвиває нюх і смак, людина починає помічати тонкі аромати і запахи і випробовувати нові смакові відчуття [1].

Так чи інакше, кожна етнічна група (народність) несе свої традиції та особливості харчування, що в свою чергу являє собою фактори формування особливостей харчової поведінки людини. Проте відкриття географічних кордонів спричинило обмін традиціями харчування різних народів. Зростаючий темп життя стає причиною того, що культура харчування Північної Америки стає все більш популярною в багатьох країнах світу. Північноамериканська модель харчування ґрунтується на руйнуванні традиційної культури прийому їжі і все більшим присутності в меню готової або швидко підготовлюваної їжі. Це веде до збільшення споживання закусок, які пропонують бари і ресторани швидкого обслуговування, а також газованих і інших солодких напоїв.

### 1.3.2. Соціальні трансформативні потреби молоді

Ще однією особливістю вибору харчової поведінки сучасною молоддю являється задоволення власних соціальних потреб. Вже давно психологами було встановлено, що людина являє собою соціальну істоту. На протязі всього життя особистість намагається зайняти певну нішу в соціумі, стати його частиною.

1) Соціоінтегративна потреба – встановлення оптимальних зв'язків між соціальними об'єктами і подальше становлення їх однією системою (групою). Таким чином, наслідуючи харчову поведінку інших, індивід відчуває себе частиною певної групи "за інтересами", що в свою чергу ще більше об'єднує соціальну групу, та робить його "таким як інші", "своїм".

2) Соціодиференційна потреба (від лат. differentia - розрізнення) - процес і стан подрібнення певної соціальної цілісності (суспільства, групи) на складові частини чи елементи (індивіди). Таким чином сучасна молодь втілює свою потребу в індивідуальності, відмінності від "сірої маси" або слідування певних особистісних переконань. До найпоширеніших прикладів соціодиференціації через харчування є вегетаріанство, сиродіння, натурофагія.

3) Соціоідентифікаційна потреба - процес ототожнення індивіда з тим або іншим об'єктом, людиною або групою, що відбувається на основі засвоєння властивих ним властивостей, стандартів, цінностей, соціальних установок і ролей. При задоволенні даної потреби, індивід наслідує харчову поведінку інших через сприйняття її як обов'язкової чи "головної". Така ситуація часто зустрічається як при еміграції до іншої країни (етнічної групи), так і під час слідування установкам з дитинства та програванні соціальних ролей [15].

### 1.3.3. Особистісні транстрофічні потреби молоді

Кожна особистість є індивідуальністю і в залежності від її смакових уподобань ми можемо визначати її характер і психологічний стан. Процес харчування стає засобом вираження особистості, точніше харчова поведінка – ціннісне та індивідуальне ставлення до їжі та її вживання, яке проявляється у емоціях, установках та звичках. Харчова поведінка оцінюється як гармонічна (адекватна) та девіантна (неадекватна) за такими критеріями: місце, яке займає процес вживання їжі в ієрархії цінностей особистості, кількісні та якісні показники харчування [22].

Розглядаючи процес харчування як засіб об'єктивації особистості, можна виділити такі критерії її самовираження: релаксація (зняття психологічної напруги); заміщення (їжа виступає в ролі одного з механізмів уникнення реальності); компенсація незадоволених потреб (їжа як захист від проблем); комунікація (харчування пов'язане з перебуванням у колективі); звичка (ритуальні дії у споживанні їжі); самоствердження (вживання "модної" їжі, уявлення про престиж та високий соціальний статус); нагорода або самозаохочення за рахунок смакових якостей їжі; самопокарання їжею при нездійсненні бажань; естетичне задоволення від споживання їжі.

Значну роль у самовираженні через їжу, відіграє мотивація особистості (позитивна та негативна). Їжа перетворюється на регулятор психоемоційного стану людини і може спричинити тяжкі патології, оскільки вона не вирішує психологічних проблем того, хто їсть. Обираючи їжу як засіб самовираження, особистість несвідомо може втратити власну реальність і поняття «норми». У сучасній психотерапевтичній практиці існують методи корекції порушень харчової поведінки, які спрямовані на її відновлення з подоланням особистісних проблем.

## ВИСНОВКИ ПО ПЕРШОМУ РОЗДІЛУ

Харчування – сукупність процесів спрямованих на вибір, добування, підготовку, поглинання та засвоєння їжі, що створює умови для забезпечення організму речовинами та енергією необхідною для життєдіяльності організму, та пов'язаних з їжею інших транстропічних потреб особистості (задоволення, самостверження, етноідентифікації тощо) та суспільства (соціоінтегративна, соціодиференційна та соціоідентифікаційна).

Взаємодія з їжею - самий постійний вид стосунків в житті будь-якої людини. Ці відносини пов'язані не тільки із задоволенням фізіології голоду, а так само служать засобом психологічного захисту, компенсацією відсутності любові, способом зниження напруги, ліками для зраненого самолюбства, так і засобом спілкування-традиційно у всіх культур і народів існує застілля. А застілля передбачає коло людей, зайнятих спільним розподілом їжі, отриманням задоволення від цього процесу та теплому спілкуванню. Щоб воно було ще тепліше, часто додають «градус», який додатково розпалює апетит.

Розлади прийому їжі (порушення харчової поведінки) - клас психогенно обумовлених поведінкових синдромів, пов'язаних з порушеннями в прийомі їжі. У числі інших, до розладів прийому їжі відносять нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання, а також ряд інших розладів. Чия поширеність вже давно виходить за рамки статистики 3-5% від загальної маси населення.

Порушення харчової поведінки відносяться до психічних розладів. Таким чином, можна зробити висновок про те, що при порушенні харчової поведінки спостерігаються наступні ознаки:

1) боязнь повноти, яка частково обумовлена модою на струнку худу фігуру. Однак про розлади харчової поведінки можна говорити в тому випадку, коли тривога про власну вагу і фігуру сильніша, ніж у

«нормальної» особи тієї ж етнічної приналежності. Захворюванню сприяють певні властивості особистості: патологічне прагнення до досконалості (перфекціонізм), нарцисизм, надмірна чутливість до думки оточуючих, що може визначатися різними способами психодіагностики.

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

При нервовій булімії і компульсивному переїданні періоди самообмеження в їжі чергуються з нападами обжерливості.

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

При виборі молоддю стилю харчової поведінки важливу роль відіграє етнічна ідентифікація індивіда, а особливо традиції та правила харчування етнічної групи.

Так чи інакше, кожна етнічна група (народність) несе свої традиції та особливості харчування, що в свою чергу являє собою фактори формування особливостей харчової поведінки людини. Проте відкриття географічних кордонів спричинило обмін традиціями харчування різних народів. Зростаючий темп життя стає причиною того, що культура харчування Північної Америки стає все більш популярною в багатьох країнах світу. Північноамериканська модель харчування

ґрунтується на руйнуванні традиційної культури прийому їжі і все більшим присутності в меню готової або швидко підготовленої їжі.

Ще однією особливістю вибору харчової поведінки сучасною молоддю являється задоволення власних соціальних потреб. Вже давно психологами було встановлено, що людина являє собою соціальну істоту. На протязі всього життя особистість намагається зайняти певну нішу в соціумі, стати його частиною.

При цьому, сучасна молодь використовує харчування для задоволення власних особистісних потреб психологічного характеру. Тут і потреба в самоствердженні, і в комунікації, і в релаксації і т.д. Важливим у виборі харчової поведінки сучасною молоддю є простота, доступність продуктів харчування і широкий вибір стилів харчування в ХХІ столітті, що в свою чергу призводить до використання їжі для втілення власних потреб в символічному сенсі.

## ВИСНОВКИ

Харчування – сукупність процесів спрямованих на вибір, добування, підготовку, поглинання та засвоєння їжі, що створює умови для забезпечення організму речовинами та енергією необхідною для життєдіяльності організму, та пов'язаних з їжею інших транстропічних потреб особистості (задоволенні, самостверженні, етноідентифікації тощо) та суспільства (соціінтегративна, соціодиференційна та соціоідентифікаційна).

Харчова поведінка визначає не тільки потреби, але і отримані в минулому знання і стратегії мислення. Умовою життя є споживання енергетичних і пластичних речовин. Оцінюють харчову поведінку дитини як адекватну (гармонійну) або неадекватну (девіантну) залежно від багатьох показників, зокрема від місця, яке займає їжа в ієрархії цінностей дитини, від якісних і кількісних показників, етики та естетики харчування. Причиною порушення харчової поведінки молоді є не тільки переїдання, а й пасивність та знижена фізична активність. Неадекватна харчова поведінка дитини призводить до виникнення неінфекційних захворювань. Харчова поведінка залежить від таких умов, як: особливості культури; виховання; матеріальні можливості; біологічні особливості.

Щоб запобігти їх розвитку порушення харчової поведінки, слід формувати культуру раціонального харчування із самого дитинства. Харчування — це не лише фізіологічний, а й соціально та культурно зумовлений процес, тому організація раціонального харчування містить психологічні компоненти. Харчова поведінка як складова способу життя людини охоплює пошук, вибір, приготування і вживання їжі, а також усі супутні процеси. Формується вона з дитинства, а отже, впливає на стан здоров'я й у дорослому віці. Людина обирає для себе харчування, як

альтернативу повсякденного життя з її вимогами, обов'язками, регламентаціями. У неї формується феномен "спраги гострих відчуттів" у вигляді зміни харчової поведінки. Приміром, такий індивід може одержувати нові незвичайні відчуття від кількості і якості їжі, сполучення інгредієнтів, що несполучаються, (огірків з медом, торта з гірчицею). Мотивом стає втеча від "обридлиї" реальності у світ вічного "харчового задоволення". Вибір психотерапевтичних методів, при профілактиці або виявленні порушень харчової поведінки, залежить від клієнта, від самого психотерапевта і від отриманих результатів при психодіагностиці. Проблема коригування зайвої ваги була добре відома ще в Стародавній Греції, хоча зустріти людини, що страждає зайвою вагою, можна було не так часто, як в сучасних розвинених європейських країнах. Наяснє, ця ситуація пояснюється тим, що більшість способів нормалізації ваги усувають наслідок, а не причину. Адаже позбутися справжньої причини порушення харчової поведінки набагато складніше, ніж надіти «чарівний» пояс, який «працює в той час, коли ви відпочиваєте», або з'їсти «чудесну» таблетку, яка «дозволить є все, що ви захочете». Виробникам вигідно тримати потенційного покупця в невіданні, змушуючи його «клявати» на все нове. Тим часом психологія та психотерапія розташовують цілком реальними різноманітними підходами і методами допомоги людині, яка страждає від порушення харчової поведінки. Саме практична психологія дає найбільш стійкі результати перетворення зовнішності. І в розвинених країнах, де ще в минулому сторіччі відмовилися від багатьох способів лікування, для врівноваження харчової поведінки зазвичай звертаються до психологів і психотерапевтів.

В ході експериментального дослідження із студентами було проведено тренінгові заняття «Повір в себе». Активізація роботи з профілактики широко поширених проблем харчової поведінки молоді,

що мають серйозне соціально-економічне значення - одне з найважливіших завдань охорони здоров'я. Особлива увага була зосереджена на прийнятті молоді людини себе та свого тіла. Тренінг «Повір в себе» розрахований на десять занять, тривалістю шістдесят хвилин кожне. Розвиток та коригування харчової поведінки, шляхом залучення до даного тренінгу, дало змогу переосмислити свою харчову поведінку, майже кожного студента. За результатами повторного діагностики ми побачили, що у учнів змінилось ставлення до себе. Поведінка стала більш здоров'язберігаючою, про що говорять результати повторного дослідження в додатку В, це складає більше 92% респондентів. Інформаційно - просвітницька робота серед молоді, вміння протистояти руйнівним для здоров'я формам поведінки дають більш сформований стиль харчової поведінки, а саме продуктивності, гнучкості, стресопродолаюча поведінка, зростання зацікавленості до життєзберігаючого стилю харчової поведінки дає можливість виховувати свідомого громадянина держави. Та допоможе сучасній молоді виробляти правильний стиль харчової поведінки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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

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

23. Малкина-Пых Ирина. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда.  
[http://fictionbook.ru/author/irina\\_malkina\\_piyh/lishniyi\\_ves\\_osvoboditsya\\_i\\_zabiyt\\_navsegda/read\\_online.html?page=0](http://fictionbook.ru/author/irina_malkina_piyh/lishniyi_ves_osvoboditsya_i_zabiyt_navsegda/read_online.html?page=0)
24. Малкина-Пых И.Г . Психосоматика. – М.: Эксмо, 2004.
25. Малкина-Пых И.Г Психология поведения жертвы. М.: Изд-во Экс-мо, 2006. 1008 с.: ил. (Справочник практического психолога).
26. Малкина-Пых, И.Г . Телесная терапия. – М.: Эксмо, 2005.
27. Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж. Социальная психология пищи. - Х.: Гуманитарный Центр, 2012. - 264 с.
28. Матвеев А. А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией // Вестн. Моск. ун-та. – №4. – 2008. – С. 38-53.
29. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб.: Адис, 1994. - 300 с.
30. Менделевич В.Д . Клиническая и медицинская психология. – М.: МедПресс-информ, 2005.
31. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. - СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
32. Методы дигностики нарушения пищевого поведения. Инструкции по приминению. А. Скугаревский. Регистрационный №28-0206 от 21.06.2005 г. Белорусский государственный медицинский университет.)
33. Минвалеев Р. Коррекция веса. – СПб.: Питер, 2001.
34. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка. – К.-Подільський, 2009. Випуск 6.Ч.2.

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

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