ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ

УДК 159.91

DOI <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.3/01>**Абсалямова Л.М.**

Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК СКЛАДНИК ГАРМОНІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

У статті доводиться, що образ тіла є клінічно важливим, багатограним психологічним поняттям, яке належить до сприймань, установок та пережитого досвіду людини стосовно тіла, особливо щодо зовнішнього вигляду. Підкреслюється, що проблеми образу тіла можна розглядати як певний континуум – від відносно легкого занепокоєння до переживання інтенсивних та важких психоемоційних страждань, таких як дисморфобія, соматичні маячні розлади, нервова анорексія, нервова булімія та розлади гендерної ідентичності. Проаналізовані дослідження, у яких вивчалася ефективність когнітивно-поведінкової терапії образу тіла у формі індивідуальної терапії, групової терапії та самостійно контрольованого проходження програми. Наголошено, що серед результатів було досягнуто такі: збільшене задоволення тілом, менше переймання власною зовнішністю; зменшене відчуття стресогенного образу тіла; менше проявів уникної та компульсивної поведінки; накопичення позитивних проявів у сферах самооцінки, соціального функціонування, романтичного досвіду, депресивних симптомів та власне харчової поведінки. Підсумовується, що порушення харчової поведінки – це група розладів поведінки зі схожими механізмами розвитку, що проявляються порушенням стереотипу харчування та об'єднані хворобливою заклопотаністю щодо маси і форми тіла. Вони охоплюють поведінковий діапазон від виражених обмежень у харчуванні (аж до повної відмови від їжі у разі нервової анорексії) до епізодів переїдання, коли людина зазнає виражені труднощі в контролі над об'ємом поглиненої їжі (у разі нервової булімії і компульсивного переїдання). Зазначається, що порушення харчової поведінки призводять зазвичай до виражених порушень соматичного здоров'я і рівня психосоціального функціонування. Робиться висновок, що якість втіленого життя людини може бути підвищена чи знижена залежно від поглядів на власну зовнішність. Висловлюється припущення, що багато людей, часто жінок,кладають власну самооцінку та самоактуалізацію у розміри та вигляд власних тіл, намагаючись якнайближче відповідати існуючим культурним стандартам та практикам краси. Робиться наголос на тому, що незадоволення образом тіла може підривати самооцінку, емоційне здоров'я, соціальний та психологічний добробут, адаптивні форми харчової поведінки.

Ключові слова: образ тіла, дисморфобія, ожиріння, харчова поведінка, нервова булімія.

Постановка проблеми. Суспільна значущість проблеми розладів харчової поведінки та їх психокорекції зумовлена низкою факторів. За даними ВООЗ, у світі підвищується кількість осіб з ожирінням, а розлади харчової поведінки спричиняють найвищий рівень смертності серед людей з психічними захворюваннями. Крім того, харчова поведінка значною мірою впливає на якість життя. Проблема розробки науково обґрунтованих технологій збереження здоров'я – це важлива задача сучасної науки. При цьому аналіз питань психології харчової поведінки в континуумі «норма – патологія» може виступити одним із способів реалізації цієї задачі.

Увага багатьох науковців зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки (Т.І. Алексеева, Л.Ф. Артюх, О.Ю. Барташук, О.В. Бацилева, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, М.О. Бутінов, Ж.П. Вірна, С.О. Кириленко, В.А. Косяк, Н.І. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А.І. Яблонський та ін.), зокрема психологічних особливостей розладів цієї сфери (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та інші).

Показано, зокрема, що розлади харчової поведінки – це не ізольована група розладів окремих

психологічних характеристик: вони також можуть впливати на соматичні особливості функціонування серцево-судинної, травної, нервової та інших систем організму (В.М. Бехтерев, Л.А. Левченко, І.П. Павлов, Д. Перлмуттер, І.М. Сеченов, О.О. Ухтомський та ін.). Вивчення взаємозв'язків особливостей харчової поведінки жінок з іншими їх психологічними характеристиками дозволить виявити істотні психологічні закономірності та механізми цього аспекту життя людини. Своєю чергою це дасть змогу розкрити науково обґрунтований шлях психологічної допомоги особам з розладами харчової поведінки, що буде сприяти оздоровленню українського населення як у соматичному, так і в психологічному плані.

Образ тіла є клінічно важливим, багатограним психологічним поняттям, яке належить до сприймань, установок та пережитого досвіду людини стосовно тіла, особливо щодо зовнішнього вигляду. Образ тіла має чіткий вплив на психосоціальне функціонування особистості та рівень якості життя; індивіди, не задоволені власною зовнішністю, з більшою ймовірністю матимуть нижчу самооцінку, нижчий рівень громадянської свідомості та активності, частіше та гостріше депресії і харчові розлади. Проблеми образу тіла можна розглядати як певний континуум – від відносно легкого занепокоєння до переживання інтенсивних та важких психоемоційних страждань. Останні можуть включати в себе низку клінічних станів, таких як дисморфобія, соматичні маячні розлади, нервова анорексія, нервова булімія та розлади гендерної ідентичності.

Останнім часом незадоволення образом тіла зросло (Bisogni, 2003; Conner, and Armitage, 2002), переважно серед жінок і частково серед чоловіків. Стурбованість образом жіночого тіла, особливо незадоволення його вагою та формою, настільки поширилися, що стали позначатися окремим терміном «нормативне соматичне невдоволення». Піддаючись щоденному впливу соціальних повідомлень про те, що зовнішність є надзвичайно важливою, люди часто прагнуть до фізичних ідеалів, які мають мало спільного із реальністю повсякденного життя.

Психологічний внесок у фізичний зовнішній вигляд дістається ціною певних внутрішніх ресурсів особистості. Інтерналізація ідеалізованих у мас-медіа та рекламі стандартів тіла може підірвати самооцінку, оскільки власне реальне тіло виявляється дуже далеким від зображуваних ідеалів. На розвиток образу тіла також впливає формування ціннісних установок щодо зовнішності

у родині та найближчому соціальному оточенні і міжособистісні реакції на зовнішність людини. Наприклад, дражніння щодо зовнішності та необґрунтовані критичні ремарки можуть справити довготривалий негативний ефект на образ тіла. З подібного психосоціального досвіду люди вибудовують напрямні патерни або схеми стосовно важливості зовнішнього вигляду. Такі побудови є принципово важливими у сфері повсякденно інтерналізованого людського досвіду. Для управління дискомфортом образом тіла застосовуються різноманітні когнітивні та поведінкові стратегії, включаючи уникні та компенсаторні види діяльності, так само як і докладаються зусилля для зміни вигляду тіла у плані наближення до інтерналізованих ідеалів.

Особи з надлишковою вагою та ожирілі вочевидь переживають більш негативний образ тіла, аніж стрункіші індивіди. Ступінь невдоволення образом тіла пов'язаний із досвідом стигматизації через масу тіла у дитинстві, юності та дорослому віці. Хоча втрата ваги зазвичай призводить до покращення образу тіла, деякі дослідники відзначають (Bisogni, Connors, Devine, and Sobal, 2002; Falk, Sobal, Devine, Bisogni, and Connors, 2001; Logue, 2004), що серед колишніх ожирілих людей чи людей із зайвою вагою можуть зберігатися потенційні проблеми. Часто у таких індивідів проявляється «фантомний жир» – емоційно вразливий погляд на власне тіло, яке пам'ятає неприємні переживання минулого.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Оскільки негативний образ тіла є поширеною проблемою, яка може зашкодити якості життя, фахівці розробили різноманітні психотерапевтичні методики допомоги. Серед таких методик когнітивно-поведінкова терапія посіла місце дієвої та емпірично надійної. Базова програма когнітивно-поведінкової терапії за авторством Т. Кеша (за: Hetherington, 2001) була вперше опублікована у 1985 році та пережила чотири перевидання. Зміст найновішої версії програми можна підсумувати таким чином:

Вступна частина пояснює природу проблем із образом тіла та пропонує читачкам короткий огляд програми, включаючи її емпіричне обґрунтування. Зазначено особливо важливі проблеми (наприклад, дисморфобія, харчові розлади та клінічна депресія), які потребують фахової клінічної допомоги.

Крок 1 включає базові техніки оцінювання разом із вибраним науковим інструментарієм щодо ключових елементів образу тіла, наприклад,

Мультивимірний опитувальник тілесного ставлення або Ситуаційний інструментарій дисфорії образу тіла чи Опитувальник ідеального образу тіла. Використовуючи розшифровки обрахованих результатів опитування, учасниці терапії можуть підібрати та встановити бажані цілі терапевтичної програми змін.

Крок 2, психоосвітній аспект програми, окреслює природу образу тіла та основні причини проблем із образом тіла. Учасниці вивчають, як соціальні та історичні події, включаючи засвоєння установок щодо образу тіла на основі культурного та соціального досвіду, виступають передумовою подальших проблем із образом тіла; вони також дізнаються, як описані проблеми активуються та загострюються у таких повсякденних думках, почуттях та поведінці, які часто стають самоповторюваними. Процес розкриття внутрішнього світу часто включає проєктивні вправи, наприклад, написання у автобіографічному стилі історії розвитку образу власного тіла. Заповнюючи «Щоденник образу тіла», учасниці вчать відслідковувати свій поточний досвід образу тіла, відзначаючи та записуючи фактори стресу та наслідки впливу цих факторів на процеси мислення, емоції та відповідну поведінку. Цей щоденник регулярно використовуються учасницями впродовж усієї програми.

Крок 3 навчає учасників техніки «Релаксації тіла та розуму», яка включає в себе розслаблення м'язів, діафрагмальне дихання, розвиток уяви та позитивне самонавіювання для розвитку навиків управління емоціями, спричиненими дисфорією образу тіла. Такі навики потім застосовуються у вправах на знечутнення, які загартовують стійкість образу тіла у відповідь на фізичні та контекстуальні подразники, які зазвичай викликають специфічний стрес образу тіла.

Крок 4 ідентифікує дисфункційні «припущення щодо зовнішності» – переконання або схеми, які впливають на щоденний досвід образу тіла. Кеш та ін. (за: Hetherington, 2001) подають такі зразки подібних проблематичних припущень: «Якби я могла виглядати так, як хочу, моє життя було би значно щасливішим», «Фізично привабливим людям дістається все у цьому житті», «Якби люди знали, як я насправді виглядаю, вони би ставилися до мене ще гірше», «Слід робити все можливе, аби завжди виглядати якнайкраще», «Єдиний варіант, коли я могла би вподобати свою зовнішність – коли я б її змінила». Учасниці програми навчаються більшій усвідомленості щодо цих припущень, зокрема критично осмислювати та заперечувати кожне з них.

Крок 5 навчає учасниць визначати конкретні когнітивні викривлення у тілесно-орієнтованих мисленнєвих процесах та самостійно пропонувати стратегії копінгу. Зазначені мисленнєві викривлення, зокрема, включають порівняння власної зовнішності із більш привабливими людьми; мислення про чийсь зовнішність, включаючи власну, з використанням лише контрастних дихотомій (наприклад, потворна чи прекрасна зовнішність, товста чи струнка фігура); припущення, що й інші люди навколо поділяють такий самий негативний погляд на зовнішній вигляд людини; наполегливе звинувачення власної зовнішності як причини життєвих проблем та розчарувань. Учасниці продовжують вести журнали, включаючи вправи на когнітивне реструктурування, для виправлення когнітивних спотворень та засвідчення емоційних і поведінкових проявів.

Крок 6 допомагає учасницям розвивати поведінкові стратегії для зміни уникних форм поведінки, пов'язаних із поганим образом тіла – уникнення діяльностей (наприклад, фізичні вправи або вихід на люди без макіяжу), ситуацій (пляж, спортивний клуб чи кінотеатр) чи людей (привабливі індивіди), які можуть підірвати крихку самооцінку та піддати стресу образ тіла. Учасниці також визначають та модифікують повсякденні «ритуали занепокоєності зовнішністю», такі як постійне розглядання себе у дзеркалі чи надмірне прикрашання. Ці стратегії активного самоконтролю зазвичай включають поступові інтервенції для запобігання розвитку негативних психологічних реакцій-відповідей.

Крок 7 використовує метафору позитивних міжособистісних стосунків (наприклад, вдалого шлюбу чи дружби) для фасилітації проактивного, позитивного ставлення людини до її власного тіла. Учасниці виконують приписані вправи на «афірмацію образу тіла» та «покращення образу тіла» – наприклад, розпочинаючи та/або підтримуючи такі види діяльності, які покращують фізичну витривалість та здоров'я, мотивують людину до радості та задоволення, а не до жалю чи повторення раніше пережитих негативних почуттів. Таким чином, якщо Крок 6 фокусується на визначенні негативно підкріплюваної поведінки (ситуаційне уникнення та компульсивні звички), то Крок 7 підсилює набуття та закріплення тілесно-орієнтованих видів діяльності через позитивне підкріплення шляхом створення особистого досвіду опанування та задоволення власним тілом.

Крок 8 завершує програму у формі повторних оцінювань учасниками образів власного тіла і отримання зворотного зв'язку про зміни, досягнення та труднощі під час проходження програми. Учасниці встановлюють цілі подальших необхідних змін. З метою запобігання випадкам рецидиву учасниці навчаються ідентифікувати та готувати себе до таких ситуацій (наприклад, важкі особистісні переживання), які у майбутньому можуть спричинити реальну загрозу критичної дисфорії образу тіла.

Численні дослідження вивчали ефективність когнітивно-поведінкової терапії образу тіла у формі індивідуальної терапії, групової терапії та самостійно контрольованого проходження програми. Серед результатів було досягнуто такі: збільшене задоволення тілом, менше переймання власною зовнішністю; зменшене відчуття стресованого образу тіла; менше проявів уникної та компульсивної поведінки; накопичення позитивних проявів у сферах самооцінки, соціального функціонування, романтичного досвіду, депресивних симптомів та власне харчової поведінки.

Хоча більшість досліджень когнітивно-поведінкової терапії образу тіла проводилися на студентках вузів, які переживали надзвичайне незадоволення власним тілом, результати є релевантними незалежно від маси тіла учасниць. Клінічні дослідження (Bove, Sobal, and Rauschenbach, 2003; Devine, Bove, and Olson, 2000; Falk, Bisogni, and Sobal, 2000) підтвердили ефективність зазначеної терапії на двох додаткових, але принципово важливих групах досліджуваних: пацієнтки з дисморфофобією та ожирілі люди. Інші дослідження також включали учасниць з історією повторюваних неуспішних спроб зниження маси тіла, які бажали покращити рівень життя та самооцінки без обов'язкових виснажливих дієт. Покращення образу тіла цих пацієнток без наступного рецидивного набору ваги спростовує припущення, нібито люди з надлишковою вагою чи люди з ожирінням неминуче мають знизити масу тіла задля покращення власного образу тіла, і що прийняття кращого образу тіла нібито призводить до набору ваги.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми стосується аналізу психологічних особливостей образу тіла, зокрема в осіб з ожирінням, в ракурсі психологічної допомоги особистості з розладами харчової поведінки.

Мета статті – представлення результатів аналізу особливостей образу тіла як медіатора гармонізації харчової поведінки людини.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Науковці, які займалися проблемою психологічних особливостей харчової поведінки, виокремлювали різні сторони та аспекти цього складного феномену (С.В. Агра, В.О. Андрєєва, Г.А. Аріна, А.В. Бабаєва, О.В. Бацилєва, Д.Г. Бессен, О.Е. Беляєва, О.І. Богучарова, Л.Ф. Бурлачук, В.І. Шебанова, Н. Шнаккенберг та ін.). Так, Л.Ф. Бурлачук розглядає проблему харчової поведінки особистості в контексті проблем психодіагностики. В підході В.І. Шебанової харчова поведінка досліджується як феномен тілесності індивідуального та колективного суб'єкта. Н. Шнаккенберг особливу увагу приділяла дисморфофобіям як викривленням сприймання власного тіла.

Відзначається соціокультурний, біологічний та онтогенетичний аспекти харчової поведінки людини. Харчування людини з самого народження пов'язане з міжособистісною взаємодією. Згодом їжа стає невіддільним складником процесів спілкування та соціалізації. Своєю чергою традиції, харчові звички відбивають рівень розвитку культури, національну, територіальну і релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки (Л.М. Ваколюк, Є.І. Гетманчук, О.К. Кіслова, Г.Д. Золотова, Н.Ю. Краснопорова, А.М. Скрипніков, О.О. Скугаревський, В.І. Шебанова).

Проблема вивчення споживання їжі набула самостійного значення після того, як вона була відокремлена від проблем вивчення процесу травлення, отже, харчова поведінка людини зумовлена не лише біологічними, але також психологічними і соціальними потребами, що підкреслюється у наукових роботах багатьох дослідників (Л.Ф. Бурлачук, С. Броннікова, Л. М. Ваколюк, О.М. Варипаєв, А.В. Вахмістров, С.О. Сокур, Т.В. Секрет та інші).

Під час аналізу харчової поведінки адикта виділяють декілька різновидів адиктивних мотивацій: атарактичну (служить для зменшення напруги, тривоги); гедоністичну (спрямована на задоволення, бажання прикрасити своє життя); субмисивну (нездатність відмовитися від пропонуваної їжі, що відображає тенденцію до підпорядкування, залежності від думки оточення); псевдокультурну (прагнення продемонструвати вишуканий смак або матеріальний достаток); псевдокомунікативну, коли пацієнт схильний до компульсивного переїдання під час свят і урочистостей.

Сучасні дослідники розглядають порушення харчової поведінки як дезадаптивний спосіб

вирішення конфліктів: люди з порушеннями харчової поведінки використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм почуттям неадекватності перед лицем вимогливого життя. Почуття неспроможності розвивається як за відсутності важливих життєвих навичок, так і на тлі невдалих спроб встановити ефективні стосунки з іншими людьми. Порушення харчової поведінки, зокрема булімія, є стратегією копінг-поведінки, в якій їжа, вага тіла і образ тіла стають головними життєвими цінностями.

З методологічної позиції генетико-моделюючого підходу була необхідність вихідної дефініції харчової поведінки, яка б враховувала виникнення та генезу харчової поведінки людини. Методологічно ми спираємося на положення Л.С. Виготського про суто людський характер будь-яких потреб і дій людини. С.Д. Максименко показав, що конкретна поява будь-якої активності суб'єкта має суто людський характер, і поведінка визначається єдиним енергетично-інформаційним носієм – нуждою, яка конкретизується в окремих потребах і одразу набуває соціального характеру, оскільки активність людини в нормі витікає із «зустрічі» вітальних потреб із соціальним оточенням. На цій основі як робоче поняття харчової поведінки ми пропонуємо наступне.

Основний теоретичний аналіз роботи проведено з точки зору методології функціонально-генетичного підходу (Л.С. Виготський). Результатом цієї теоретико-аналітичної роботи став наш висновок, що (з точки зору культурно-історичного підходу) харчову поведінку слід розглядати як вищу міжфункціональну психологічну систему, яка виникає одразу після народження дитини і знімає суперечність біологічного і соціального факторів. Генетико-моделюючий метод (С.Д. Максименко) дозволяє системно підійти до явища, що вивчається, висвітлюючи зворотній вплив вітальних та культурних чинників.

Тим самим теоретико-методологічний аналіз дослідження харчової поведінки жінок дозволив виявити суттєві особливості цього аспекту життя людини, розкрити специфіку континууму «норма – патологія» в харчовій поведінці.

Харчова поведінка – це система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямована на задоволення потреби в їжі. Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, що являє собою міжфункціональну психологічну систему, в якій істотним є не лише задоволення потреби, а й сам процес приймання їжі. Тому існує зворотній

вплив процесу харчування на відповідну вітальну потребу.

У цьому сенсі відкривається процес генезу харчової поведінки, її загальні та індивідуальні особливості, зокрема статеві. Остання має виражений гендерний характер, оскільки культуральні потреби жінок (в тому числі харчові) в різних мега- і мікрокультурних середовищах набувають різних психосексуальних і соціопсихологічних ознак.

Порушення харчової поведінки – це група розладів поведінки зі схожими механізмами розвитку, які об'єднані хворобливою заклопотаністю щодо маси і форми тіла і порушеннями стереотипу харчування. Вони охоплюють поведінковий діапазон від виражених обмежень в живленні (аж до повної відмови від їжі у разі нервової анорексії) до епізодів переїдання, коли людина зазнає виражені утруднення в контролі над об'ємом поглиненої їжі (у разі нервової булімії і компульсивного переїдання). Порушення харчової поведінки призводять зазвичай до виражених порушень соматичного здоров'я і рівня психосоціального функціонування.

На формування апетиту можуть чинити вплив різні ситуації. Зазвичай вони пов'язані з розподілом прийомів їжі, ритмом цих прийомів, з підбором блюд, фізичними навантаженнями, емоційними переживаннями. При цьому втрачається загальноприйнята структура прийому їжі (чотири рази на добу – сніданок, обід, перекус, вечеря). Діапазон подразників (запах, смак, зовнішній вигляд їжі), що викликають апетит, значно розширюється. Порушується головне правило нормальної харчової поведінки – їсти в певний час і у визначеному місці. У цій ситуації не виключена випадкова, незапланована їжа.

І при цьому людина вже не здатна контролювати своє харчування. Якщо її запитати, що вона з'їла за день і де вона харчувалася впродовж дня, то вона не зможе точно відповісти на це питання. Таким чином, можна зробити важливий висновок: порушення харчової поведінки починається з втрати контролю над своїм харчуванням. На жаль, багато людей не замислюються про те, що, де, коли і в яких кількостях вони їдять. З'являються харчові звички: їсти під час перегляду телевізора, на роботі, в колі друзів, на природі, при читанні книги, вночі та ін. Часті перекуси своєю чергою призводять до збільшення об'єму вживаної їжі і до підвищення апетиту на запах, смак і зовнішній вигляд висококалорійних продуктів, що призводять до швидкого насичення організму. Навіть

після задоволення голоду ці продукти (шоколад, печиво, морозиво, тістечко тощо) можуть збудити апетит. В результаті відбувається переїдання, і організм споживає надмірну кількість енергії, яка і депонується в жир (Maurer, and Sobal, 1995).

У нашому суспільстві, яке переймається стрункістю та ідеалізованим медійним образом тіла, повнота є стигматизуючою ознакою впродовж усього життя людини. Враховуючи факт, що дієтні інтервенції показують лише помірну ефективність у порівнянні з довготривалою підтримкою зниження ваги, і що рецидивні набори ваги про-вокують значне погіршення образу тіла, є достатньо вагомі підстави розглядати когнітивно-поведінкову терапію образу тіла як доповнювальну чи альтернативну терапію для людей із надлишковою масою тіла та/або з ожирінням. Така терапія може сприяти більш адекватній постановці цілей зниження ваги та стабілізації нападів компульсивного переїдання і дизадаптивної дисфорії.

Ожиріння розглядається як фізично неприваблива форма тіла та як результат особистої неpravильної поведінки, таким чином, багато людей із надлишковою вагою формують негативний образ тіла. Стресогенний досвід образу тіла пов'язаний із симптомами психологічних розладів та розладів харчової поведінки та може впливати на результат програм контролю ваги. Хоча переживання щодо фізичного вигляду є головною причиною того, що люди прагнуть зменшення маси тіла, психотерапевтичну інтервенцію як спеціальний засіб покращення образу тіла часто оминають під час лікування ожиріння.

Дослідження на неклінічній вибірці показують (Birch, Fisher, and Grimm-Thomas, 1996; Harris, 1987; Meiselman, and MacFie, 1996), що ожирілі люди мають в середньому не більше серйозних симптомів розладу психічного здоров'я чи дизадаптивних рис особистості, аніж люди з вагою у межах норми. Єдиною виразною різницею у психологічному вимірі «ожиріння-норма» є відповідні образи тіла. Ожирілі люди більш схильні до спотворення розмірів свого тіла, більш незадоволені та занепокоєні фізичним виглядом та частіше уникають ситуацій соціальної взаємодії. Таким чином, ми торкнули три головні складники образу тіла: сприйняття, когнітивно-афективна сфера, поведінка.

Найбільш поширеними зонами фізичного вигляду тіла, які можуть непокоїти як ожирілих, так і не ожирілих людей (особливо жінок), є талія, живіт, тіло загалом, стегна, нижня частина тіла, сідниці. Близько третини ожирілих людей

розповідають про проблеми, не пов'язані із масою як такою, у інших частинах тіла, включаючи волосся на голові чи тілі, плями на шкірі, потемніння зубів, розміри чи форма грудей. Морбідно ожирілі особи, зокрема, скаржаться на інші проблеми зовнішності, такі як надмірне оволосіння на обличчі чи аномальна зміна кольору шкіри. Тип фігури та окіл стегон у жінок є кращими прогностичними індикаторами незадоволення тілом, аніж частка жирової тканини чи ступінь ожиріння. Таким чином, зниження маси тіла саме по собі може виявитися неефективним у плані зменшення незадоволеності образом тіла.

Запит на терапію не обов'язково позначає чи передвіщає негативний образ тіла. Ожирілі люди у рандомізованих вибірках скаржаться щодо незадоволення образом тіла так само, як і люди у поведінкових терапевтичних програмах, програмах корекції способу життя чи програмах контролю маси тіла, оскільки більшість осіб із рандомізованої вибірки так само намагаються так чи інакше зменшити масу тіла. Незадоволення тілом зростає по мірі збільшення індексу маси тіла (ІМТ), а екстремальна соціальна ізоляція внаслідок соціофобії є частим коморбідним явищем серед пацієнтів зі значним ожирінням.

Досить складно провести чітку межу між нормальним та патологічним занепокоєнням щодо власного зовнішнього вигляду, і багато людей, включаючи багатьох фахівців у галузі охорони психічного здоров'я, вважають незадоволення образом власного тіла серед ожирілих людей обґрунтованим, підставним явищем; ожирілі люди не просто вигадують собі власний фізичний дефект чи прояв соціальних упереджень. Така установка відображає хибне розуміння природи психологічного розладу сприйняття образу тіла та фактично є ще однією формою негативного соціального упередження щодо ожиріння (Harris, 1985). Однак спотворені розміри тіла не є обов'язково рисою розладу образу тіла. Ожирілі люди з розладом образу тіла переживають занепокоєння своїм виглядом; хибно переконані, нібито їхній зовнішній вигляд демонструє щось негативне стосовно їхньої цінності як особистостей; уникають багатьох ситуацій соціальної взаємодії через власну надмірну вагу; занадто переймаються тим, аби приховати чи зменшити видимість свого тіла.

Хоча розлад образу тіла справді виявляє високу коморбідність із ожирінням, брак загальноприйнятих визначень є головною теоретичною та клінічною проблемою. Діагноз

«дисморфофобія» не підходить, бо він описує людей із нормально прийнятною зовнішністю, які уявляють у себе ті чи інші фізичні дефекти або розлади. Альтернативою є використання порогового балу стандартних вимірювань стрес-реакцій щодо образу тіла; однак для ожирілих людей норми для багатьох основних антропометричних вимірів не є релевантними. Іншим методом є використання діагностичних вимірювань без використання критеріїв «нормальної зовнішності» чи «норми» як такої; такий метод дає результат близько 10% пацієнток програм контролю надлишкової ваги, які відповідають критерію розладу образу тіла. Навіть більше, близько чверті цих пацієнток виявляють щоденний афективний стрес щодо власного фізичного вигляду та демонструють значущу унікальну поведінку. Загальна симптоматика розладу образу тіла значуще корелює із симптоматикою психічного здоров'я та негативною самооцінкою.

Надлишкова вага у дитинстві та ранньому підлітковому віці формує основу для негативного образу тіла та є ключовою передумовою незадоволення тілом у дорослому віці (Barker, 1982; De Houwer, Thomas, and Baeyens, 2001). Вірогідно, що ожирілі дорослі стають більш занепокоєними стосовно власної зовнішності (у порівнянні з дорослими нормальної ваги) з причини негативних стереотипів стосовно зайвої ваги та навали струнких жінок та м'язистих чоловіків у рекламно-медійних зображеннях. Всі ожирілі люди піддаються соціальним упередженням щодо ожиріння, однак не у всіх виражається справді глибокий, сформований негативний образ власного тіла. Чому деякі ожирілі люди з часом стають впевненими у власній зовнішності, а інші, навпаки, боязливими та сором'язливими? Позитивний досвід у спорті, серед родини та друзів, які підкріплюють позитивними для самооцінки повідомленнями на кшталт «Приймай себе такою, яка ти є», асоціюється із позитивним образом тіла і може вважатися захисним фактором, тоді як дражніння чи психологічний тиск батьків щодо зниження ваги пов'язується із негативним образом тіла.

Стигматизуючий досвід для ожирілих людей не є простими життєвими випадковостями, включаючи у себе ущипливі ремарки від дітей та дорослих, негативні припущення незнайомих чи мало-знайомих людей (наприклад, що ожирілі люди обов'язково мають проблеми у емоційній сфері), перешкоди у сфері фізичної доступності (зокрема у громадських місцях), наполегливе розглядання, образливі непрофесійні коментарі від лікарів чи медичного персоналу та негативні судження

від родичів. Частота стигматизуючих ситуацій пов'язана із негативним образом тіла, симптоматикою психічного здоров'я та ІМТ. Дизадаптивні копінгові реакції призводять до погіршення образу тіла, тоді як адаптивні копінгові реакції (такі як позитивне самонавіювання, погляд на ситуацію як на проблему іншої людини, відмова ховати власне тіло тощо) підвищують імовірність поступового покращення.

Попри важливі вигоди зниження маси тіла для фізичного здоров'я, ожирілі люди зазвичай залучаються до тих чи інших програм контролю ваги з бажанням покращити власну самооцінку та образ тіла. Початок занять фізичними вправами та вибір конкретної визначеної мети втрати ваги теж визначаються більшою мірою міркуваннями зовнішнього вигляду, аніж проблемами здоров'я чи приписами лікаря.

Ожирілі люди можуть подолати власну стресогенну занепокоєність зовнішнім виглядом, як і уникнення соціальних взаємодій, через використання перевірених когнітивно-поведінкових технік без обов'язкового намагання зниження маси тіла як такої (Booth, 1994; Meiselman, and MacFie, 1996). Така терапія образу тіла, або навчання прийняття людиною самої себе, не призводить до набору маси тіла. Однак очевидно, що більшість людей розглядає зниження ваги як спосіб викорінення негативного образу тіла. Чи є така внутрішня оптика виправданою та дієвою? Деякі люди, які успішно скинули вагу, все одно почувалися надмірно повними; так само деякі колишні морбідно ожирілі люди все одно відчували гострі приступи соціофобії навіть після хірургічного зменшення шлунку. Симптоматика розладу образу тіла може перетворитися на глибоко укорінені звички, для усунення яких необхідні додаткові ретельні вправи у межах поведінкової терапії.

Навіть 5–10% втраченої маси тіла у когнітивно-поведінковій терапевтичній програмі контролю ваги призводять до клінічно значущого зменшення негативного образу тіла. Випускниці таких програм так само можуть лишатися ожирілими та незадоволеними власною вагою, однак вони відчують покращення образу власного тіла у порівнянні з початком пройденої програми і фактично прямують до верхньої межі «нормальної» ваги.

Висновки. Якість втіленого життя людини може бути підвищена чи знижена залежно від поглядів на власну зовнішність. Багато людей, частіше жінок, вкладають власну самооцінку та самоактуалізацію у розміри та вигляд власних тіл, намагаючись

якнайближче відповідати наявним культурним стандартам та практикам краси. Незадоволення образом тіла може підривати самооцінку, емоційне здоров'я, соціальний та психологічний добробут, адаптивні форми харчової поведінки.

Проблема рецидивів у лікуванні ожиріння поширюється й на роботу із розладом образу тіла. Навіть невеличкий повторний набір маси тіла спричиняє різке погіршення образу тіла – наслідок, який люди зазвичай розглядають як більш неприємний, аніж втрату вигід для фізичного здоров'я. Детальні терапевтичні поради щодо самокерування образом тіла у ході програми контролю ваги зменшують негативні прояви

повторного набору ваги. Також незадоволення власним тілом наприкінці програми контролю ваги з великою імовірністю є предиктором вагового рецидиву. Хоча робота з проблемами образу тіла під час терапії може допомагати у підтримці зниження ваги, необхідні додаткові дослідження щодо взаємного впливу зниження ваги та змін образу тіла.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричним дослідженням образу тіла людей з розладами харчової поведінки та без них, що дозволить оптимізувати систему надання психологічної допомоги та підтримки особистості із дизгармонійним ставленням до їжі.

Список літератури:

1. Barker L.M. (ed.) (1982) *The Psychobiology of Human Food Selection*. AVI, Westport, Connecticut.
2. Birch L.L., Fisher J.O. and Grimm-Thomas K. (1996) The development of children's eating habits. In: Meiselman, H.L. and MacFie, H.J.H. (eds) *Food Choice, Acceptance and Consumption*. Blackie Academic & Professional, London, pp. 161–206.
3. Bisogni C.A. (2003) *Communication about Food Choice: Tools for Professional Development*. Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Ithaca, New York.
4. Bisogni C.A., Connors, M.M., Devine, C. and Sobal, J. (2002) Who we are and how we eat: a qualitative study of identities in food choice. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 34, 128–139.
5. Booth D.A. (1994) *Psychology of Nutrition*. Taylor and Francis, London.
6. Bove C.F., Sobal J. and Rauschenbach, B.S. (2003) Food choices among newly married couples: convergence, conflict, individualism, and projects. *Appetite* 40, 25–41.
7. Conner M. and Armitage, C.J. (2002) *The Social Psychology of Food*. Open University Press, Buckingham, UK.
8. De Houwer J., Thomas, S. and Baeyens, F. (2001) Associative learning of likes and dislikes: a review of 25 years of research on human evaluative conditioning. *Psychological Bulletin* 127, 853–869.
9. Devine C.M., Bove C. and Olson C. (2000) Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Social Science & Medicine* 50, 567–582.
10. Falk L.W., Bisogni, C.A. and Sobal, J. (2000) Diet change processes of participants in an intensive heart program. *Journal of Nutrition Education* 32, 240–250.
11. Falk L.W., Sobal J., Devine C.M., Bisogni C.M. and Connors M. (2001) Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. *Health Education & Behavior* 28, 425–439.
12. Harris M. (1985) *Good to Eat: Riddles of Food and Culture*. Simon and Schuster, New York.
13. Harris M. (1987) Foodways: historical overview and theoretical prolegomenon. In: Harris, M. and Ross E.B. (eds) *Food and Evolution: Toward a Theory of Human Food Habits*. Temple University Press, Philadelphia, Pennsylvania, pp. 57–90.
14. Hetherington M.M. (2001) *Food Cravings and Addiction*. Food Research Association, Leatherhead, UK.
15. Logue A.W. (2004) *The Psychology of Eating and Drinking*, 3rd edn. Brunner-Routledge, New York.
16. Maurer D. and Sobal, J. (eds) (1995) *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problems*. Aldine de Gruyter, Hawthorne, New York.
17. Meiselman H.L. and MacFie H.J.H. (eds) (1996) *Food Choice, Acceptance and Consumption*. Blackie Academic & Professional, New York.

Absalyamova L.M. PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF BODY IMAGE AS A HARMONIZATION COMPONENT OF PERSONALITY'S FOOD BEHAVIOR

The article proves that body image is clinically important, multi-sided psychological concept, related to perceptions, attitudes and experience of a person in relation to his/her body, especially to somatic appearance. It is underlined that problems of body image can be explored as a certain continuum, from easy disturbance to experiencing intensive and hard negative mental states, such as dysmorphophobia, maniac disorders, nervous anorexia, nervous bulimia, and gender identity disorders. The article analyses research that explored

efficiency of cognitive behavioral therapy of body image in such forms as individual therapy, group therapy and self-controlled program. It is mentioned that following results it was gained: increased body satisfaction, less disturbance by one's own appearance; decreased feeling of stressful body image; less displays of both avoiding and compulsive behavior; accumulation of positive displays in such domains as self-appraisal, social functioning, romantic experience, depression symptoms and food behavior itself. It is summarized that food behavior disorders is a group of behavioral disorders with similar mechanisms of development, grouped together on the basis of unhealthy concerns about mass and shape of one's own body as well as violations of typical food intake patterns. This group includes quite wide range from explicit limitations in food amounts (up to complete food abandonment) when having nervous anorexia to overeating episodes when a person experiences difficulties in controlling amounts of consumed food (nervous bulimia and compulsive overeating). It is noted that food behavior disorders usually result in decreased somatic health as well as mental and social functioning. Conclusion is drawn that quality of person's life can be increased or decreased depending on his/her attitude to one's own appearance. Hypothesis is made that many people, especially women, implement self-appraisal and self-actualization as sizes and shapes of their own bodies, trying to comply with actual cultural standards and beauty practices. It is emphasized that body image dissatisfaction can undermine self-appraisal, emotional health, social and psychological welfare, adaptive forms of food behavior.

Key words: body image, dysmorphophobia, obesity, food behavior, nervous bulimia.