

Шебанова Віталія Ігорівна

доктор психологічних наук, професор кафедри практичної психології
Херсонського державного університету,
член Українського Союзу психотерапевтів,
член Міжнародної асоціації дитячих психологів, психіатрів і психотерапевтів,
член Української асоціації медіапсихологів і медіапедагогів,
член Європейської асоціації педагогів, психологів та медиків «Science»

Яблонська Тетяна Миколаївна

доктор психол.н., асистент кафедри психології розвитку
Київського національного університету імені Тараса Шевченка

ВПЛИВ ПРОБЛЕМНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НА ТРАНСФОРМАЦІЮ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

Вплив негативного тілесного досвіду на трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності. Під негативним тілесним досвідом ми розуміємо досвід перебування у ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою, який супроводжується цілеспрямованим пошуком стратегій зниження ваги, зокрема орієнтацією на викривлені стратегії харчової поведінки (ХП). При цьому мінімальна тривалість періоду незадоволеності повинна складати не менше півроку [46].

Стан хронічної незадоволеності власною вагою (реальною або уявною надмірною вагою) спонукає людину або до прийняття ситуації, тобто до прийняття свого зовнішнього тіла, або до пошуку способів зміни поточної неблагополучної життєвої ситуації. Розуміючи очевидний зв'язок між вагою (соматичною характеристикою тіла) та власною харчовою поведінкою (особливими виявами свого «Я»), людина намагається, насамперед, змінити стратегії своєї харчової поведінки. Критерієм успішності в боротьбі з зайвою вагою, природно, вважається зниження ваги. Кінцевий результат цієї боротьби в силу різноманітних причин може бути різним. Успішним результатом є досягнення конкретизованої мети (зниження ваги до бажаної цифри). З цього

моменту суб'єкт здебільшого припиняє здійснювати дії, що спрямовані на зниження ваги, і надалі турбується лише про підтримання здорового стилю життя та ваги на сталому рівні. Самооцінка підвищується, відчуття незадоволеності трансформується у відчуття задоволеності вагою, тілом, собою та життям загалом. Тема ваги власного тіла, висловлюючись мовою гештальтпсихології, відходить у фон, а різноманітний світ цінностей дозволяє відчувати насиченість життя.

Однак у деяких випадках відбувається збій. Прагнення до зниження ваги переростає у нужду, як глибоку внутрішню потребу нав'язливого характеру, котра ініціює наполегливий пошук способів схуднення. Здебільшого шлях до схуднення розпочинається з обмеження режиму харчування (кількості їжі, певних продуктів тощо), але подальший розвиток обраної харчової стратегії може призводити до повної відмови від їжі. Спочатку це стосується лише певних продуктів, але поступово внутрішній дискурс «ідеї схуднення» зумовлює виключення з меню все більшої кількості продуктів. Суб'єкт поступово втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою. Процес споживання їжі, що в нормі приносить задоволення, сприймається як акт насилля над собою. У подібних випадках ситуація хронічної незадоволеності уявною зайвою вагою плавно переходить (трансформується) у ситуацію хвороби – анорексію – важкий психосоматичний розлад, що призводить до грубих порушень соматичного та психічного рівнів тілесності. Хворі на анорексію часто підкреслюють, що споживання їжі провокує в них появу сильного болю та різних дискомфортних переживань, які надалі зумовлюють сильну відразу до їжі.

В інших випадках, незважаючи на різноманітні способи і методики схуднення, суттєво знизити вагу не вдається. Маса тіла коливається або навіть збільшується, перевищуючи вихідні показники ваги. При цьому люди з надмірною вагою часто констатують, що після певного успішного періоду дотримання дієти, незважаючи на сильне відчуття незадоволеності вагою власного тіла і потужне бажання схуднути, завжди відбувається «харчовий зрив» – переїдання, яке супроводжується болісним почуттям провини. У цих

випадках суб'єкт також поступово втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою. На тлі зневіри у себе та у можливість виходу із ситуації стратегія переїдання стає звичкою (як влучно зазначив свого часу Дж. Вольпе: «невроз – це погана стійка звичка неадаптивної поведінки, набута в процесі навічання» цит за В. І. Шебановою [46]).

Однак сценарій розвитку психосоматичного синдрому ХП набуває іншого характеру. Особи, схильні регулярно переїдати, відзначають труднощі іншого роду – нездатність диференціювати стан насичення і вчасно зупинити приймання їжі. У подібних випадках ситуація хронічної незадоволеності *реальною зайвою вагою* плавно переходить у ситуацію хвороби – ожиріння, психогенне переїдання, синдром нічної їжі, що ускладнюється додатковими негативними переживаннями щодо себе та власного тіла (почуттям сорому, провини, безпорадності, ненависті тощо).

Проміжне положення займає *булімія* як розлад прийому їжі, що поєднує «стратегії переїдання» та «стратегії обмеження в їжі» на тлі незадоволеності вагою й нав'язливого прагнення знизити вагу через страх погладшати.

Ретельний теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми дослідження дозволив виявити, що феномени ожиріння та розладів харчової поведінки традиційно розглядаються з позицій різних підходів. Зокрема, ожиріння вивчається як соматичне захворювання, яке має генетичну та метаболічну природу, відповідно, ефективними засобами лікування вважається дієта, фармакологічні засоби, хірургічне втручання [8; 14; 15; 28; 30]. Розлади харчової поведінки (РХП), з позицій медичного (психіатричного підходу), розглядаються як аутозахворювання й важкі розлади психіки внаслідок обтяженої спадковості на тлі афективних, тривожних, шизотипічних та інших розладів (Н. І. Долишня, О. К. Кіслова, Н. В. Ковальова, М. В. Коркіна, М. О. Цивілько, В. В. Марілов та ін.). Відповідно, найбільш ефективними способами лікування вважають лікарські засоби, а у випадку кахексії, годування через зонд та своєрідна-специфічна дієта.

Разом з тим, впродовж останніх років в області психотерапії з'явилися

роботи, які вказують на ефективність когнітивно-поведінкової та сімейної психотерапії як при роботі з аліментарним ожирінням, так і при роботі з клінічними формами розладів харчової поведінки (Т. М. Вознесенська, Т. І. Гряділь, К. І. Чубірко, І. В. Чопей, М. М. Гечко, Я. О. Михалко, О. Р. Пулик, К. В. Лобін, А. В. Пріленська та ін.). Результати цих досліджень дозволили змінити точку зору на можливості психотерапії й реабілітації при роботі із зазначеною категорією хворих. Окрім того, автори висловлюють думку про те, що розгляд й поляризація РХП та ожиріння в різних класифікаційних групах є вкрай невдалим [14; 16; 22; 28; 30; 31].

Приєднуючись до презентованої позиції, вважаємо, що замість поляризації й дивергентного підходу до розладів прийому їжі та ожиріння має бути холістичний підхід, який сприяє цілісному розумінню розладів ХП як розладів тілесності в їх логічних взаємозв'язках. Означена позиція передбачає проведення досліджень харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» і з урахуванням контексту життєвого шляху особистості. Особливо важливим вважаємо вивчення не тільки клінічних (крайніх) варіантів РХП, але й виявлення, корекцію й реабілітацію того контингенту людей, у яких патерни ХП, є вже викривленими, але ще не досягли рівня клінічної патології. Ідеться про межові або субклінічні порушення харчової поведінки, які характерні для більшої частини людей як дорослої, так і дитячої популяції. Не менш актуальними є дослідження, які спрямовані на формування здорової харчової поведінки як складової частини холістичного здоров'я на відміну від фрагментарного здоров'я¹.

Таким чином, вважаємо, що люди, які перебувають у стані хронічної незадоволеності власною вагою та стурбовані пошуком ефективних методів зниження маси тіла (на тлі реальної або уявної надмірної ваги), перебувають не тільки у ситуації хронічного стресу, але й у стані передхвороби, подальший розвиток якого формує атрактор хвороби, зумовлюючи фіксацію і домінування крайніх варіантів викривлених патернів ХП. Сукупність відхилень (симптомів

¹ Термін «фрагментарне здоров'я» введений В. О. Ананьєвим для позначання гіпертрофованого рівня одних потенціалів (ресурсів) здоров'я на противагу гіпотрофованому рівню інших ресурсів [4].

соматичного й психогенного характеру) на тлі реальної або уявної надмірної ваги ми розглядаємо як «негативний тілесний досвід». При цьому часовий фактор, зокрема тривалість перебування у стані незадоволеності грає важливе значення у перебігу проблемної ХП. Зокрема, видається, що чим триваліший період незадоволеності власною вагою, тим важчими є зміни тілесності, що виникають у зв'язку з порушеннями функціонування на соматичному та психічному рівнях, зокрема, внаслідок розладів прийому їжі. Вагомим підтвердженням цієї позиції є наукові праці медичного напрямку [7; 8; 17; 18; 28].

Крім того, чим більш тривалим є період незадоволеності власною вагою, тим сильніший вплив негативного психічного стану на сприйняття та самооцінку (власної зовнішності, свого тіла, себе як особистості, свого життя в цілому). З цього випливає важливість своєчасного надання психологічної допомоги з приводу перекручених патернів харчової поведінки та зайвої ваги. Надання своєчасної психологічної допомоги (до проходження «точки неповернення», «точки біфуркації» під час розвитку проблемної харчової поведінки) не тільки значно підвищує ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів, але й дозволяє уникнути переходу хворої людини на ту стадію розвитку хвороби, коли суб'єкт вже майже нічого не може змінити (інакше кажучи, коли людина жодним чином не впливає на розвиток свого життя).

Екстраполяція положень теорії В. О. Ананьєва [4], про те, що нелінійна система після проходження точки біфуркації у подальшому розвивається відповідно до закономірностей атрактору хвороби, на закономірності розвитку аліментарно-залежних хвороб дозволяє припустити, що якщо індивід керується крайніми позиціями (пасивною – «будь що буде» або надмірною вимогливістю до себе – «я повинний»), то шлях відновлення тілесного здоров'я майже неможливий, навпаки, атрактори хвороби неминуче наближають летальний кінцевий результат (зазвичай на тлі приєднання важких соматичних розладів). Нормалізація харчових патернів або розрив закономірного ходу розвитку хвороби й відновлення функціонування системи

тілесності вимагає значних зусиль та певної установки на відновлення здоров'я. Саме на це мають бути націлені програми психокорекції, що розробляються на допомогу тим, хто страждає на РХП та зайву вагу.

Задаючись питанням: «які чинники впливають на формування атрактора аліментарно-залежних хвороб?», ми висунули гіпотезу, що атрактор зумовлює неоднозначний майбутній розвиток нелінійної системи та визначається певними початковими умовами. Це припущення знаходить підтвердження у наукових розвідках, які підкреслюють необхідність аналізу *контексту подій*, що відбуваються у житті людини, або *ситуацій, у яких перебуває людина* (О. І. Богучарова, Л. Ф. Бурлачук, Ф. Є. Василюк, П. П. Горностай, В. М. Крайнюк, Е. Г. Ракша, Т. М. Титаренко та ін.). При цьому ситуації хвороби, враховуючи факт порушення функціонування тілесності (її соматичного і психічного рівнів), різні автори визначають як складну життєву ситуацію [3; 4; 5; 9; 10; 12; 13; 17; 20].

Поділяючи викладену позицію, ми розглядаємо ситуацію тривалого перебування² у стані незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою, з одного боку, як «негативний тілесний досвід», з іншого боку – як кризову (критичну, складну, фрустраційну, стресову) життєву ситуацію, що супроводжується викривленими стратегіями ХП та цілеспрямованим пошуком стратегій зниження ваги. Окрім цього, відзначимо, що на сприйняття свого перебування в ситуації хронічного незадоволення власним тілом/вагою значно впливають соціальні стереотипи сприйняття краси тіла, критерії нормальної ваги, можливості досягти успішності та популярності залежно від зовнішнього вигляду тощо. Отже, формування життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою як сукупності чинників створюють специфічні відносини, які зображено на рис. 1.

Важливою особливістю життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою (тілом) є її самовідтворення як відносно сталої системи, що дозволяє передбачити особливості проявів у майбутньому, хоча зрозуміло, що

² Під тривалим перебуванням ми розуміємо тривалість, що перебільшує 6 місяців.

самовідтворення відбувається лише у загальних рисах. Другою особливістю ситуації є те, що вона конкретна за змістом та існує в певних просторово-часових межах. З позиції суб'єкта, оцінка ситуації здебільшого визначається характером «відносин з їжею», успішністю контролю ваги.

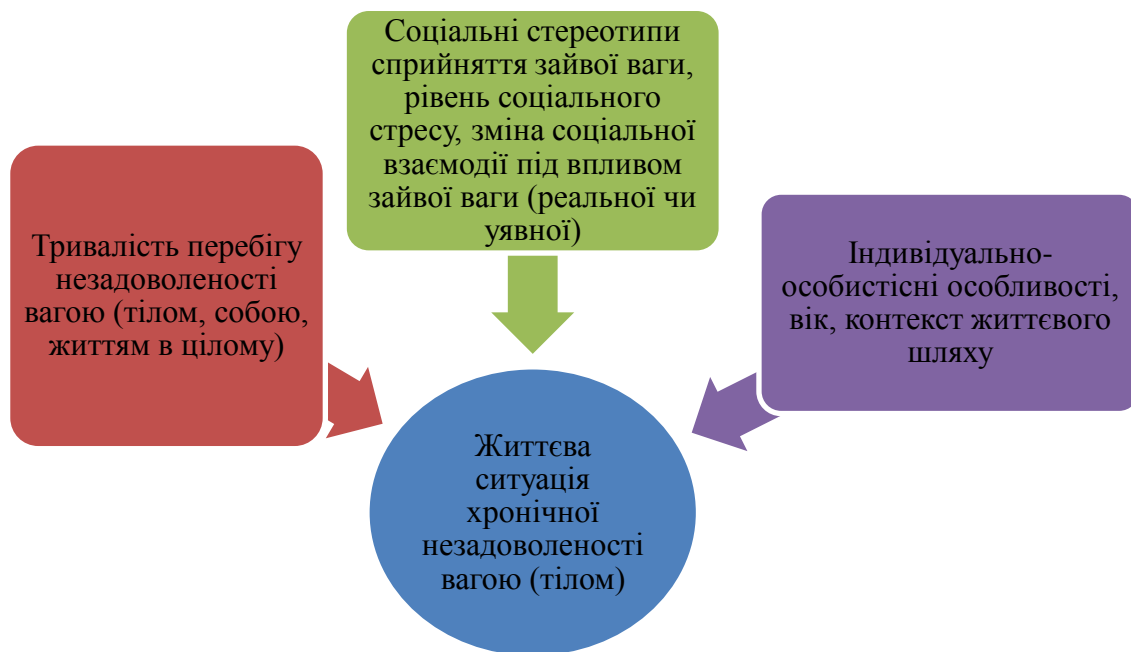


Рис. 1. Формування життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою (тілом)

Ми припускаємо, що хронічна незадоволеність власною вагою змінює внутрішню картину життєдіяльності, її часовий й смисловий аспекти, що призводить до відхилень (дезадаптивних стратегій життєдіяльності). Відповідно виникає *необхідність розглянути особливості трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості, що зумовлюється впливом негативного тілесного досвіду, зокрема, станом хронічного незадоволення зайвою вагою.*

Спираючись на дослідження Т. Д. Василенко [12], ми розглядаємо внутрішню картину життєдіяльності як цілісну єдність двох структурних компонентів – часового й смислового аспектів, що схематично зображено на рис. 2. Як видно з рисунку, структурний компонент «часовий аспект» внутрішньої картини життєдіяльності (ВКЖ) містить наступні складові: часову орієнтацію, часову перспективу, часову установку. Розглянемо означені структурні компоненти часового аспекту ВКЖ (або суб'єктивної картини

життєвого шляху особистості) більш докладно. У нашому дослідженні під поняттям «часова орієнтація» розуміється узагальнене сприйняття подій та їх співвідношення як різних періодів життєвого шляху (минулого, теперішнього й майбутнього), разом з тим складова «часова установка» виявляє емоційну налаштованість (позитивну або негативну) стосовно минулого, теперішнього або майбутнього. При цьому загалом ми поділяємо позицію ряду авторів, які вважають, що людина завжди живе у теперішньому часі [12; 23; 25].

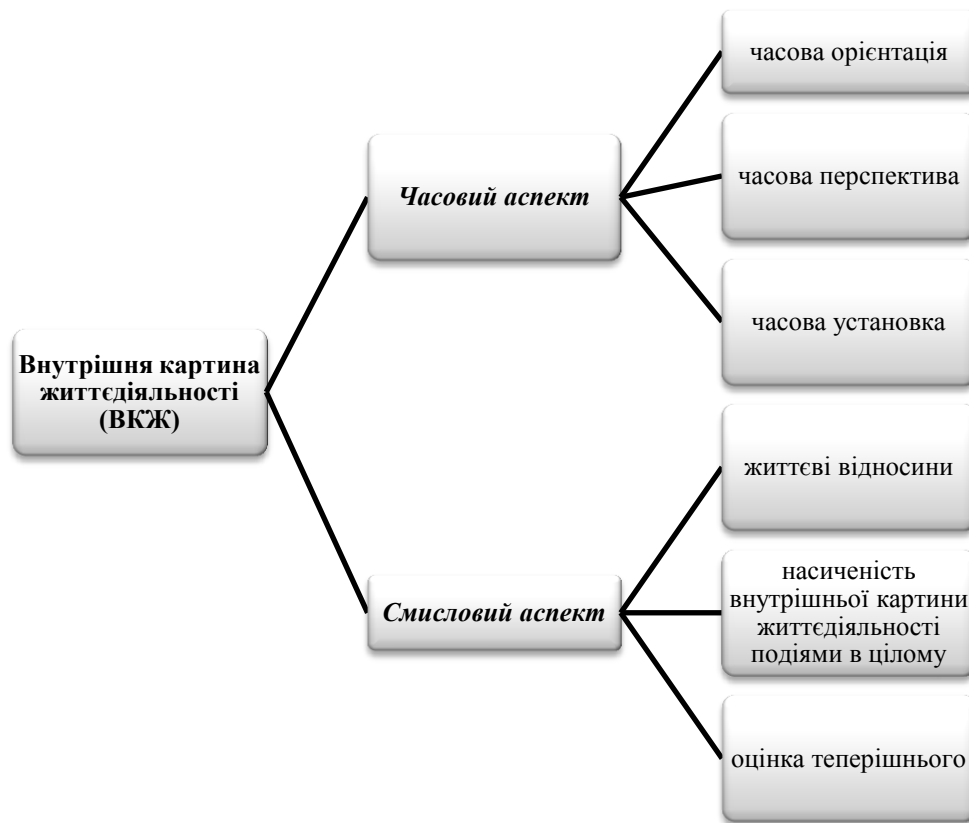


Рис. 2. Часовий та семантичний аспекти внутрішньої картини життєдіяльності

Так, К. У. Denbigh, підкреслює, що людина взагалі не має інших показників часу, окрім теперішнього, а отже, майже завжди перебуває «у власному теперішньому» [50, с.312]. Ж. Нюттен відзначає, що поведінкове функціонування теперішнього залежить від актуалізації когнітивних настанов, які в різні періоди життя (як минулого, так і очікуваного майбутнього) можуть мати відмінності [26]. Поряд із цим, низка авторів (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, Т. Д. Василенко, К. Муздибаєв, А. J. Rabin та ін.) стверджують, що, перебуваючи у теперішньому, людина може подумки звертатися або до минулого, або до майбутнього [10, 12; 23; 51]. Відповідно, теперішнє, є взаємопроникненням

минулого та передбачуваного майбутнього (див. рис. 3) [10, с.30].



Рис. 3. «Теперішнє» як взаємозв'язок та взаємопроникнення протилежних рухів «минулого» й «майбутнього»

Відповідно, залежно від того, яке переживання часу (минулого або майбутнього) домінує у процесі життєдіяльності, виокремлюють категорії людей, які орієнтовані переважно на минуле або здебільшого на майбутнє, що в комбінації з індивідуально-особистісними особливостями людини визначає особливості сприймання конкретної життєвої ситуації та поведінку людини в ній. Отже, часова орієнтація не є сталою характеристикою, вона може змінюватися (під впливом різних подій життєвого шляху та їх сприймання). Певним доказом цього є численні приклади в області психотерапії неврозів, коли люди змінюють свою первісну орієнтацію з «минулого» на «майбутнє», що оцінюється як позитивний ефект лікування. Травмуючі події й переживання минулого стають для людини менш актуальними й значущими, водночас кількість позитивних подій, що передбачаються в перспективі (у майбутньому), зростає. При цьому сприйняття травмуючих подій та переживань минулого трансформується, вони стають для людини менш актуальними, значущими та болісними, водночас кількість позитивних подій, передбачуваних у перспективі, зростає. Виходячи з результатів дослідження, А. J. Rabin стверджує, що люди, які схильні фіксуватися на негативних переживаннях (почуттях образи, провини, ненависті, журби та ін.), орієнтовані на минуле [51, с. 294–300].

Інша складова часового аспекту ВКЖ особистості – «*часова перспектива*», розглядається у взаємозв'язку із силою «Его», що виконує функції сприймання, антиципації й можливості відстрочення задоволення, але, насамперед,

пов'язується з формуванням у людини моделі власного майбутнього, яка включає: а) мотиваційну спрямованість особистості на реалізацію життєвих планів (масштабність яких носить індивідуальний характер); б) способи досягнення результатів (операціональний аспект, що включає цілепокладання, наміри тощо) [51, с. 296–297].

Подібні думки перегукуються з дослідженнями К. Левіна щодо *намірів*. Останні розглядаються як особливе функціональне утворення психіки, що виникає як передбачуваний результат (підсумок акту цілепокладання). За таких умов поведінка людини визначається цілісним полем «теперішнього моменту», а останнє, охоплює її уявлення як про своє минуле, так і про своє майбутнє (як певні очікування, бажання, страхи, мрії, перспективи тощо). При цьому уявлення людини про минуле часто можуть не відповідати об'єктивній дійсності, проте вони створюють у її життєвому просторі «рівень реальності» минулого [19].

Згідно з позицією Ф. Зімбардо, часова перспектива – це конструкт, що є фундаментом, на якому будуються інші конструкти, зокрема, досягнення, постановка цілей, ризикована поведінка, пошук нових відчуттів, стан залежності, почуття провини тощо [52]. При цьому фокус часової перспективи, його позитивне або негативне забарвлення значною мірою впливають на процес прийняття рішення, інтерпретацію та особливості реагування щодо теперішнього. Надмірна концентрація на подіях минулого, майбутнього або теперішнього утворює когнітивне темпоральне «упередження». У тих випадках, коли упередження існує тривалий час, то воно стає диспозиційним стилем прийняття рішення, змінною індивідуальних відмінностей та предиктором поведінки людини. При цьому дослідник зазначає, що у специфічній ситуації кожна орієнтація може приводити як до оптимального, так і до дезадаптивного рішення. На протипагу темпоральним упередженням, автор також розглядає збалансовану темпоральну орієнтацію як ідеалізовану розумову структуру, що дозволяє індивіду гнучко переключатися між минулим, майбутнім і теперішнім у залежності від ситуативних вимог, оцінювання ресурсів та особистісних і соціальних якостей. Поведінка людини з цією темпоральною орієнтацією

визначатиметься балансуванням між змістом репрезентацій минулого досвіду, бажаннями, зумовленими теперішнім, та можливими наслідками, що очікуються у майбутньому.

Таким чином, аналіз різних позицій щодо визначення часової перспективи дозволяє зазначити, що темпоральні упередження з домінуючою орієнтацією на той або інший час десинхронізують систему, а отже, вносять свій внесок у створення функціонального атрактора, що визначає майбутнє системи. При цьому часова перспектива розглядається, з одного боку, як ситуативно-детермінований процес, з іншого – як відносно сталий прояв індивідуальних відмінностей.

Під час нашої практичної діяльності ми достатньо часто спостерігали, що люди планують події, висловлюючи побажання або наміри, виходячи з відчуттів минулого (наприклад: *«я прагну повернути любов свого чоловіка»*; *«мені хотілося б відчувати від своїх дітей тепло, ніжність, увагу й турботу, які я відчувала від своїх батьків у дитинстві»*; *«мені хотілося б забути, як мама жорстко й безжалісно карала мене у дитинстві, але я не можу цього зробити»* тощо). З цього випливає, що відмінності між структурою «бажаного» (ідеального майбутнього) та «реального минулого» грають важливу роль у виникненні феномена провини, який зумовлює фіксацію на минулому.

Пояснимо зазначене прикладом у руслі теми нашого дослідження: дівчина ставить перед собою ціль – «знизити зайву вагу» (реальну). Однак під впливом фруструючих подій, з якими вона стикається впродовж свого життя, та звичних харчових стереотипів (домінування емоціогенного та екстернального типів харчової поведінки) вона регулярно переїдає. Стикаючись зі своєю «нездатністю» втриматися від надмірного прийому їжі, вона починає активно шукати способи контролю над вагою. Під час пошуків вона знаходить прийнятний для себе спосіб зниження ваги – викликання штучної блювоти. Через деякий час дівчина визнає, що вона не може відмовитися від цього хибного способу, незважаючи на обіцянки, які вона дає самій собі та/або батькам. Цикл «переїдання – блювота» відтворюється нею щоразу, коли вона відчуває дискомфортні ознаки переїдання. При цьому, з одного боку, вона відзначає появу

нестримного прагнення їсти (відчуття необхідності), з іншого – сильний страх набрати зайву вагу. У цьому разі блювота – це прийнятний і ефективний для неї засіб, який обирається цілком свідомо. У зв'язку з цим споживання їжі і навіть переїдання є для неї лише ланкою процесу, який *повинний* завершитися блювотою (суб'єктивно це приносить короточасне полегшення). Але потім виникають негативні переживання (почуття провини, презирства, відрази до себе, відчуття гнітючої втоми від ситуації «ненормальних відносин з їжею» та відчуття сильного незадоволення собою й життям в цілому тощо). Подальша динаміка розвитку проблемної ХП зумовлює прийняття блювоти як цілком нормального явища.

Таким чином, негативні переживання, які виникають у зв'язку з описаною ситуацією, обумовлюються, з одного боку, відмінностями між цілепокладанням та намірами, з іншого – суб'єктивним минулим. Цілепокладання та наміри спрямовані на «зниження ваги» або на «підтримку ваги на сталому рівні». Тиск суб'єктивного минулого виявляється двома основними моментами. Один з них пов'язаний з особливостями сприймання та переживання подій повсякденного буття, другий – визначається психологічним смислом їжі («відносинами з їжею»). Кризові (фруструючі) події теперішнього «запускають» стратегії переїдання, які в попередньому досвіді позначені як можливість заспокоїтися, отримати розрядку, задоволення від самого процесу споживання їжі». Водночас, страх набрати вагу ініціює виклик блювоти (як найефективнішого способу контролю ваги). Різнострамованість та несумісність тенденцій тілесності зумовлює загострення внутрішнього конфлікту, який супроводжується негативними переживаннями, відразу до себе, зниженням самооцінки.

Спираючись на клінічні описи розладів харчової поведінки, ідеї про часову перспективу й темпоральні виміри та власний досвід психотерапевтичної роботи з цією категорією людей, нами висунуто припущення, що стан *хронічної незадоволеності вагою зумовлює диспозиційний стиль прийняття рішення та є предиктором поведінки людини, в тому числі, харчової.*

Люди з реальною надмірною вагою на тлі хронічної незадоволеності вагою (з «ожирінням», «психогенним переїданням», «синдромом нічної їжі» та ін.), у харчовій поведінці яких домінують стратегії переїдання, часто

орієнтовані на минуле, яке для них має позитивне забарвлення. Наведемо найхарактерніші для них вислови: «раніше, коли я була молодою та стрункою, чоловік носив мене на руках», «у минулому я була здорова і дуже гарна – чоловіки оглядалися на мене, дивлячись мені услід, а зараз я противна сама собі», «коли я згадую минулі часи, мене охоплює відчай...» та ін. Більш того, люди цієї категорії у майбутньому передбачають тільки погіршення свого життя (погіршення стану здоров'я на тлі природного старіння, зростання зайвої ваги й неможливості щось змінити в цій ситуації). Описана часова перспектива характерна для означеної категорії людей із зайвою вагою, які стали повними після 17-18 років (рис. 4).

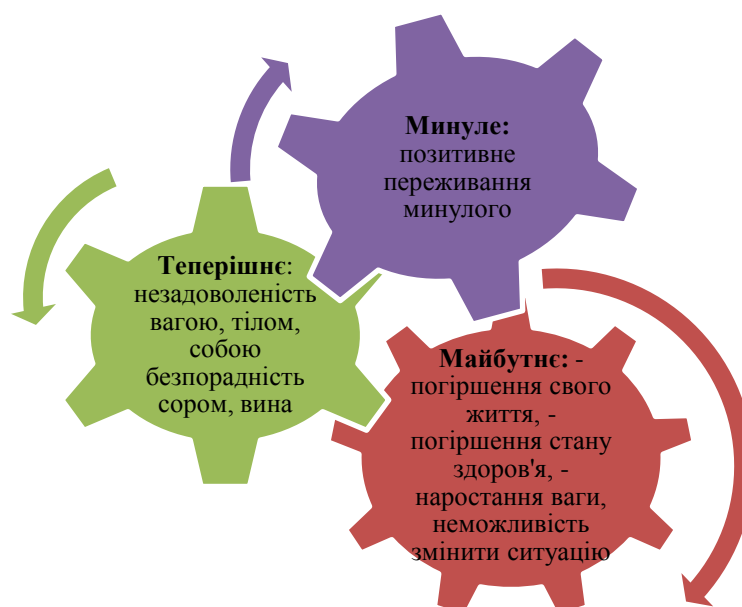


Рис. 4 Часова перспектива людей з домінуючою стратегією переїдання

Для тих, хто відчуває себе «товстою людиною» з дитинства, ставлення до минулого частіше негативне. При цьому обидві категорії людей поєднує фаталістичне сьогодення та безнадійне ставлення до майбутнього. Підтвердженням є характерні вислови: «я, звичайно, дуже хочу схуднути, але я ж знаю, що це неможливо», «я стільки вже перепробувала різних дієт та способів схуднення, але все марно», «мені, безумовно, бажано схуднути, але ... така вже я народилася, і з цим нічого вже не зробиш – це мій хрест», «мені усі говорять, що якщо я не схудну, – в найближчий час я помру, я дуже не хочу помирати, але я нічого не можу зробити з цією ненависною зайвою вагою» тощо.

Водночас люди, які проявляють активну позицію боротьби із зайвою

вагою, зокрема учасники різних корекційних програм, що спрямовані на здорове харчування та моделювання тіла, *орієнтовані на позитивне майбутнє*.

Іншу картину ми спостерігаємо у *категорії людей, що знаходяться у стані хронічної незадоволеності вагою при об'єктивно нормальних показниках ваги або навіть мають знижену вагу* (люди з діагнозом «анорексія», «булімія»). На нашу думку, ця категорія людей, окрім домінування специфічних стратегій обмеження у споживанні їжі, характеризується своєрідним переходом у *стан «не-буття»*, що супроводжується втратою «відчуття буття» у просторово-часовому вимірі. Вважаємо, що «анорексики» й «буліміки», незважаючи на те, що формулюють власні цілі та наміри з орієнтацією на майбутнє, насправді є заручниками «часової пастки», яку створюють самі собі під впливом певних когнітивних настанов.

Наведемо окремі вислови, що є характерними для цієї категорії людей. Специфічність цих висловів проявляється в тому, що в них підкреслюється необхідність зниження маси тіла заради... «світлого майбутнього»; «бути гарною», «знайти кохання», «вийти заміж», «страх втратити коханого, бо він попереджав, що йому подобаються лише худенькі дівчата», «...щоб не втратити роботу»; «щоб мати можливість займатися справою, яку люблю» (найбільш характерно для танцюристів, балерин, моделей, спортсменів) та ін. Подібні висловлювання, на нашу думку, є «часовою пасткою» саме тому, що *мета «зниження ваги» набуває глобально-орієнтованого характеру та «закриває» життєві горизонти і перспективи розвитку*. Іншими словами, всі життєві цілі, можливі досягнення і успіхи в найрізноманітніших сферах життя (наявність родини, сексуальних стосунків, цікавої роботи, кар'єрного зростання, матеріальної забезпеченості та ін.) ставляться в залежність від «достатнього рівня схуднення»: «я тільки тоді почну по-справжньому жити, коли достатньо схудну». Але саме така постановка питання зумовлює проблему та *перетворює майбутнє в ірреальність*, тому що для цієї категорії людей «достатній рівень схуднення» не існує (будь-яка цифра на важелях не задовольняє, будь-яка маса власного тіла залишається не достатньою для того, щоб відмовитися від бажання худнути).

Окрім того, звертає на себе увагу той факт, що пацієнти з діагнозом «анорексія» та «булімія» також наче *відмовляються від свого минулого або*

якоїсь його частини, що, як правило, пов'язане з травмуючим досвідом. Підтвердженням є висловлювання цієї категорії людей про те, що весь досвід їхнього минулого життя, особливо стиль харчування є «великою помилкою». Особливістю темпоральних вимірів «анорексиків» та «буліміків» є порушення зв'язку як з минулим, так і з майбутнім періодом свого життєвого шляху. При цьому «теперішнє» супроводжується фіксацією на дискомфортних відчуттях свого «жалюгідного існування», що непрямо вказує на відсутність комфортного місця та комфортного періоду існування-буття. Інакше кажучи, вони «не живуть», а лише планують жити після досягнення їхньої мети – «достатнього схуднення».

Виходячи з означеного, припускаємо, що хронічна незадоволеність вагою (тілом) з наполегливим прагненням до відтворення стереотипно-ритуальних стратегій ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» зумовлює виникнення траєкторії розвитку тілесності до «стану не-буття», що супроводжується відчуттям втрати смислу буття й є диспозицією й предиктором поведінки на самознищення (див. рис. 5).

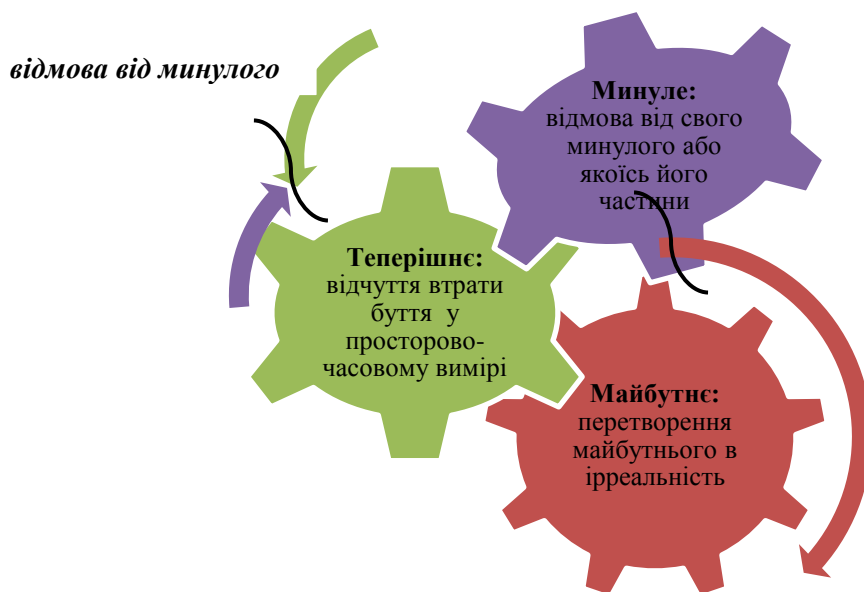


Рис. 5 Часова перспектива людей з домінуючою стратегією обмеження в їжі

При цьому настанова на самознищення відчувається як внутрішня потреба, яка може бути усвідомленою або неусвідомленою. Саме тому такий необхідний для життєдіяльності психофізіологічний процес, як споживання їжі, навіть у невеликій кількості, замість відчуття задоволення спричиняє біль

та інші дискомфортні відчуття або зумовлює бажання стимулювати штучну блювоту. Небезпеку цього стану для суб'єкта ми бачимо в тому, що нівелюється сама основа існування будь-якої живої істоти – «інстинкт життя», внаслідок чого ця категорія людей не тільки не боїться смерті, але й активно наближає смерть власними діями.

Подібні ідеї щодо стану небуття ми зустріли у А. Ленгле, який розглядає виникнення особливого екзистенціального відчуття «*відсутність сили бути*» [21, с. 126-127]; у П. Тілліха, який розглядає поняття «*втрата мужності бути*» як прояв особливого екзистенціального відчуття – «відчуття відсутності смислу існування», що виникає внаслідок очікування вищого вироку за свої вчинки (скоєння гріха, порушення моральних норм) [32]. Виходячи із зазначеного, вважаємо, що стан «*не-буття*» у анорексиків та буліміків відповідає їхній внутрішній життєвій позиції «я не заслуговую права на буття». У цьому разі обмежувальні стратегії ХП є внутрішньою потребою й спрямовані не просто на зниження ваги, а на *знищення власного «Я»*. При цьому мета цієї проблемної ХП має достатньо чіткі орієнтири – займати у просторі якнайменше місця; бути легкою, ефемерною, прозорою, невидимою, що дозволить розчинитися, назавжди зникнути з буття та ін.

Розглянуті вище міркування дозволяють припустити, що психокорекція з означеною категорією людей має бути спрямована на відродження бажання жити (на основі пошуку вищих екзистенціальних смислів, відновлення контакту з власним тілом та їжею, прийняття себе й власного тіла, підвищення самоцінності власної особистості, підвищення турботи про себе на тлі виявлення та задоволення справжніх власних інтересів та ін.).

Фахівцям добре відомі факти відновлення (майже «воскресіння») важко хворих при абсолютно несприятливому прогнозі. Подібні історії одужання зазвичай називають «дивом». Однак усі визнають, що в основі цього «дива» полягає важлива психологічна складова, що є додатковим і потужним чинником одужання. Ідеться про вияв нездоланної волі, нестримне прагнення подолати хворобу та дуже сильне *бажання жити*. Поряд із цим широко відомі й

протилежні історії, коли людина раптом вмирає за відсутності об'єктивних підстав загрози життю (здоров'ю). У цих випадках говорять: «вона просто не бажала жити» або «він начебто прагнув смерті». На нашу думку, клінічні варіанти проблемної ХП є різними траєкторіями психосоматичного розвитку системи тілесності, що тяжіє до атрактору хвороби (як багаторівневої дезадаптованої структури тілесності). При цьому випадки регулярного переїдання відображують поширено розповсюджений вислів: «людина заїла себе до смерті», а випадки жорсткого обмеження в їжі (при анорексії) – «людина вморила себе голодом».

Перейдемо до другого структурного компоненту у складі ВКЖ. Як видно з рис. 2, структурний компонент «смісловий аспект» охоплює: життєві відносини, оцінку теперішнього, насиченість (ємкість різноманітними подіями та узагальнюючий смисл життєвих подій минулого, теперішнього та майбутнього, що зберігає для особистості певний актуальний зміст).

У контексті розуміння людської поведінки та її взаємозв'язку зі смислом, висловлювалися багато дослідників. Так, В. Франкл, описуючи специфіку людського буття, використовує термін «воля до смислу», під яким він розумів екзистенціальне прагнення людини до знаходження смислу свого існування. При цьому автор визнає, що сенс життя є системою, яка компонується з безлічі малих смислових структур [35, с. 184–185]. Близькі ідеї висвітлені у дослідженнях О. Г. Асмолова, Д. О. Леонтьєва [6; 20]. М. М. Трубніков, зазначає: як кожна подія оцінюється в контексті всього життєвого шляху, так і весь життєвий шлях у конкретній життєвій ситуації будується з «точки теперішнього» знову, що спонукує суб'єкта до рефлексії, до розуміння власних цілей, намірів, бажань, до пошуку свого місця у світі та пошуку смислу власного життя [34].

Згідно з А. Ленгле, зріла здорова особистість постійно співвідносить «Я» й умови ситуації, сама створює свою екзистенціальну основу та творить своє життя: «...орієнтуючись на власні фундаментальні мотивації, вона приходить до певної позиції та дає внутрішню згоду тому або іншому рішенню...завдяки внутрішній згоді щодо власного буття у людини з'являється певний погляд на

повноту буття» [21, с. 31–32]. Спираючись на ідеї А. Ленгле, ми розглядаємо проблемні (дезадаптивні) стратегії ХП, які нав'язливо відтворюються впродовж тривалого періоду (начебто всупереч волі суб'єкта!) як *внутрішню потребу, що виникає відповідно до перекрученого смислу та викривленої фундаментальної мотивації*. Так, *при анорексії, на тлі хронічної незадоволеності уявною надмірною вагою*, головний мотив – це «зниження ваги». При цьому всі тактики поведінки, які спрямовані на зниження ваги, у т.ч. обмежувальна харчова поведінка, здобувають роль головного смислоутворюючого мотиву, який стає домінуючим мотивом життя. Всі інші екзистенціальні мотиви, зберігаючи свою спрямованість, «працюють» на викривлений головний мотив, зокрема:

- *мотивація «сила бути»*, що є основою духовного подолання труднощів буття, але у цьому разі здебільшого спрямовує на боротьбу із відчуттям голоду. В основі цієї боротьби полягає бажання довести, перш всього, самому собі, що «я можу долати навіть голод». Зазначена ідея узгоджується з думкою І. Міщенко про те, що Голод (як архетип), є персоніфікованою (хтонічною) сутністю, що вселяє жах та спричиняє сильний глибинний, архаїчний страх. У цьому разі *боротьба з голодом* як злою сутністю, що володіє та править світом, набуває смислу шляхетної місії. Образ «Я» асоціюється з образом Войовника або Рятівника світу від Царя-Голоду;

- *мотивація «подобається жити»*, що спрямована на отримання радості від життя й переживання її цінності, дає відчуття радості тільки у разі зниження ваги, в той час як навіть незначне її підвищення (у межах 300 – 100 грамів) може стати приводом для відчаю й злості проти себе, їжі, власного тіла, інших людей, які намагаються нагодувати умовляннями або силоміць;

- *мотивація персональної автентичності* дозволяє ігнорувати зауваження родичів, друзів, лікарів та інших людей, які вказують суб'єкту на його надмірну худорлявість і благають «прийняти їжу». Поведінкова тактика Інших, які змушують суб'єкта до споживання їжі, лише посилює його бажання зберігати персональну автентичність й мотивацію «утримання оборони», що може досягати рівня нав'язливої надцінної ідеї (одержимістю ідеєю «краще

вмерти, ніж жити товстою», «поки не схудну – не поїду у відпустку» тощо).

Подібна картина, на нашу думку, відбувається *на тлі хронічної незадоволеності реальною надмірною вагою при психогенному переїданні та ожирінні*. Але, незважаючи на наявність проблеми зайвої ваги, головний мотив буття все ж таки спрямований не на «зниження ваги». Навпаки, у цьому разі смислоутворюючий мотив спрямований на досягнення стану внутрішнього комфорту, спокою та задоволення. Але, оскільки для суб'єкта (в силу різних причин), споживання їжі є майже єдиним засобом досягнення комфортного стану, то його життя проходить під девізом: «жити – щоб їсти!». Інші екзистенціальні мотивації, зберігаючи свою екзистенціальну сутність, «працюють» на головний викривлений мотив, зокрема:

- мотивація *«сила бути»* спрямовує всю силу *духовного подолання труднощів* на боротьбу із власним відчуттям голоду та власним бажанням споживати смачну їжу. У цьому разі, на думку І. Міщенко, персоніфікована фігура Голоду з'являється у вигляді зовнішнього Чудовиська, якому вдається повільно «вигризати» тіло людини з середини. При цьому людина відчуває неможливість перебороти цю нездоланну силу, а єдиний засіб, що допомагає їй позбавитися від виснажливого відчуття голоду вона вбачає у тамуванні голоду смачною їжею;

- мотивація *«подобається жити»* спрямована на отримання відчуття *радості від життя й переживання її цінності* в ситуаціях споживання смачної їжі. Водночас неможливість споживання їжі може стати серйозним приводом для засмучення;

- мотивація *персональної автентичності* дозволяє знехтувати рекомендаціями Інших, які радять змінити стиль харчування, підвищити фізичну й життєву активність. Свідоме чи несвідоме неприйняття критичних зауважень і порад Інших лише зміцнює мотивацію суб'єкта до персональної автентичності, що проявляється фіксацією тактики пасивного опору тиску зовнішнього оточення («це нічого, що я товстий – проте добрий», «хорошої людини має бути багато» тощо). Розбіжність між відчуттям незадоволеності власною вагою та

позицією пасивності як внутрішнього переконання у неможливості будь-яких змін загострює внутрішній конфлікт, підсилює незадоволення собою й життям в цілому, фіксує викривлену мотивацію «не подобається жити».

Наші міркування співзвучні з ідеями А. Ленгле про те, що переживання особистістю життєвих ситуацій відбувається під впливом відкриття смислу теперішнього, що може змінювати сприйняття контексту всього життєвого шляху. Зокрема, негативні переживання особистістю щодо життєвої ситуації «теперішнього» негативно забарвлюють як минуле, так і майбутнє. Водночас звернення до позитивного попереднього досвіду життя, особливо до успішного виходу з важких життєвих обставин, може стати тим внутрішнім ресурсом особистості, що необхідний для подолання важкої ситуації теперішнього, зокрема проблемних патернів ХП та потребує перебудування життєвих відносин із тілом, вагою, собою та Іншими.

Смислові та часові аспекти (як фундамент життєвих відносин) дозволяють розглядати людину як суб'єкта свого життя або свого життєвого шляху. Концепція життєвих відносин розроблялася у дослідженнях С.Л. Рубінштейна, О.М. Леонтьєва, К.О. Абульханової, Д.О. Леонтьєва та ін. Так, К.О. Абульханова та Т.М. Березіна, запропонували поняття просторово-часових відносин, які розглядалися ними як різновид життєвих відносин особистості, «екзистенціальна тканина життя особистості, її просторово-часова архітектоніка [1, с. 27]. На думку авторів, саме у життєвих відносинах особистість самовиражається, об'єктивізується, самореалізується та створює себе. На думку Д.О. Леонтьєва, реалізація життєвих відносин здійснюється суб'єктом завдяки його активності, що спрямована на встановлення оптимального стану життєвих відносин, тобто такого стану, який максимально сприяє повсякденному буттю та розвитку суб'єкта [20, с. 119]. Автор відзначає, що смислові утворення є «перетвореною формою життєвих відносин», а внутрішній світ суб'єкта утворюється сукупністю різноманітних життєвих відносин [20, с. 5].

Життєві відносини також розглядатися у концепції В. М. М'ясищева [24]. На думку автора, «відносини» є інтегральною системою, що відображає індивідуальні

вибіркові зв'язки суб'єкта з різними сторонами об'єктивної дійсності, які проявляються в діях, реакціях, переживаннях та відображають основні потреби й інтереси людини, виходячи з її особистого досвіду. Спираючись на дане положення, вважаємо, що система відносин особистості у ситуації хронічної незадоволеності власною зайвою вагою формується на основі узагальнення конкретних ситуаційно детермінованих життєвих відносин. У руслі нашої роботи важливо та необхідно досліджувати «відносини з їжею» – різноманітні психологічні смисли їжі, що відображають приховані проблеми ставлення до їжі, тіла/ваги, себе як особистості й відносин зі значущими близькими у ракурсі ситуації приймання їжі. Означені проблеми створюють основу хронічної незадоволеності вагою, тілом, собою та життя в цілому. Це зумовило необхідність дослідження порушеного контакту з тілом і ставлення до тіла («відносин з тілом»); особливостей взаємозв'язків в аспекті «прихильності» до Інших та «турботи про себе» (відносин з Іншими»); ставлення до себе у континуумі «турбота – зневага» до своїх потреб, інтересів, бажань тощо («відносини із самим собою»).

Зрозуміло, що життєві відносини формуються у процесі життєвого шляху особистості. Тому для подальшого обґрунтування нашої концепції коротко зупинимось на основних моментах внутрішньої картини життєдіяльності як відображення життєвого шляху людини у руслі теми нашого дослідження.

Життєвий шлях особистості – це, з одного боку, результат активної взаємодії суб'єкта зі світом, з іншого, власна історія свого життєвого шляху з боку цілісної внутрішньої картини життєдіяльності, що є відображенням індивідуального досвіду вирішення різних життєвих ситуацій. Внутрішня картина життєдіяльності (як відображення життєвого шляху людини) постійно розвивається. Важливим аспектом вивчення ВКЖ є дослідження закономірностей, що супроводжують зміни в її структурі й змісті під впливом життєвих ситуацій, особливо, якщо ці ситуації стосуються самих основ існування-буття людини (здоров'я). Які особливості будування внутрішньої картини життєдіяльності в ситуації хронічної незадоволеності вагою, хвороби на ожиріння або РХП? Яким чином феномени тілесності проектуються у внутрішню

суб'єктивну картину життєдіяльності? Дослідження цих питань дозволить прояснити закономірності психосоматичного розвитку ХП і підвищити ефективність психологічного супроводу особистості в ситуаціях особливого (негативного) тілесного досвіду (перебування у ситуації з уявною або реальною надмірною вагою).

Феномени тілесності, які формуються у просторі цілісного життя суб'єкта й включаються у ВКЖ новими смисловими утвореннями, можуть супроводжуватися як збереженою, так і трансформованою внутрішньою картиною життєдіяльності. *Процеси трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості описуються з позиції функціонування динамічних смислових систем та теорії нелінійних динамічних систем.*

Відповідно до позиції О. Г. Асмолова, динамічна смислова система характеризується не тільки похідними від діяльності суб'єкта та позиції, яку він займає, але також має й власну внутрішню динаміку [6]. Водночас, згідно з теорією нелінійних динамічних систем, будь-яка відкрита система перебуває в хиткій рівновазі з середовищем, для підтримки якої необхідний приток енергії. Отже, будь-яка відкрита система прагне до росту ентропії (дезорганізації, хаосу). У зв'язку із цим для збереження цілісності людині необхідно постійно підтримувати відчуття суб'єктності, відчуття відмінності від середовища, що з необхідністю вимагає притоку енергії (речовини або інформації). М. В. Піддубний, стверджує, що «Я» людини завжди прагне до самоорганізації та самовідтворення. Якщо співвіднести цю ідею з концепцією життєвого шляху особистості, то доходимо висновку, що саме «відтворення» динамічної смислової системи у моменті «тепер», а іноді й «переробка» життєвої історії є для людини певним засобом зберегти цілісність власної особистості [27].

У теорії нелінійних динамічних систем стверджується, що розвиток є нелінійним і циклічним процесом. При цьому взаємні переходи хаосу в порядок і, навпаки, (як ряд циклів, етапів, що повторюються) мають свої закони. Безсумнівно, в різні періоди розвитку системи одні події мають більшу значущість, інші – меншу. Момент, що передує «точці біфуркації», має вкрай

високу напругу, а після проходження біфуркації динаміка системи впорядковується. Відповідно, життєвий шлях, як система подій, розвивається нелінійно та циклічно. Після проходження точки біфуркації розвиток системи може бути спрямований на один із безлічі шляхів. Варіативність величезна – життєвий шлях альтернативний.

Внутрішня картина життєдіяльності є динамічною смисловою системою (цілісною сукупністю смислів), які співвідносяться з фізичним минулим та майбутнім через період теперішнього життя суб'єкта. Поняття динамічної смислової системи як єдності афективних і інтелектуальних процесів було введено Л. С. Виготським (цит. за Д. О. Леонтьєвим) [20, с. 233], та пізніше розвинуто О. М. Леонтьєвим, О. Г. Асмоловим [6], Л. І. Анциферовою [5], Д. О. Леонтьєвим [20].

Динамічність особистісних структур як складної регуляції життєдіяльності, виходячи з їхніх функцій, які постійно змінюються на тлі зміни умов і ситуацій суб'єкта, підкреслює Л. І. Анциферова [5, с. 254]. Розглядаючи трансформації смислової сфери, Д. О. Леонтьєв, пов'язує їх з якісними змінами процесів смислоусвідомлення, смислоутворення, смислової регуляції в цілому, а не просто зміною одних смислових утворень іншими [20]. Продовжуючи логіку Д. О. Леонтьєва щодо смислоутворення системи «мотив – мета» як глобального процесу підключення інших (нових) об'єктів/явищ до існуючої системи смислових зв'язків, коли нові об'єкти/явища вбудовуються у систему життєвих відносин суб'єкта і отримують інші регулюючі функції, вважаємо, що внутрішня картина життєдіяльності особистості відображає процес смислоутворення – події життя розглядаються виходячи з поточної життєвої ситуації. При цьому особистісна екзистенція фізичного часу (внутрішнє переживання часу), локалізація теперішнього актуального смислу поточної життєвої ситуації охоплює минуле та майбутнє. Іншими словами, теперішнє як етап життя є протяжним та містить минуле й майбутнє у нерівномірному співвідношенні.

Екстраполюючи міркування щодо ВКЖ як динамічної смислової

системи у ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною надмірною вагою, вважаємо, що «ситуація незадоволеності» запускає такі процеси смислоутворення, які призводять до зміни обох аспектів (часового та смислового) ВКЖ, змістовної перебудови смислових структур (як основи життєвих відносин), а це, своєю чергою, зумовлює формування іншої (нової) картини життєдіяльності особистості, яка, у певному розумінні, є атрактором хвороби як притягуючої множини патологічного модусу (див. рис. 6).

У психологічному розумінні ВКЖ особистості відображає смислову сферу як систему значущих подій (на відміну від біографії, коли відзначається низка подій, не обов'язково значущих для особистості). Отже, відтворення життєвої ситуації у свідомості презентується тими подіями, що мають для особистості значущий смисл (особливо якщо ця ситуація має протиріччя й активізує певні суб'єкт-об'єктні відносини).

Аналіз цих подій дозволяє з'ясувати зміст смислової сфери, особливості внутрішньої картини життєдіяльності як суб'єктивної картини життєвого шляху. Розгортання ситуації визначає зв'язки між суб'єктом та об'єктами (див. рис. 6).

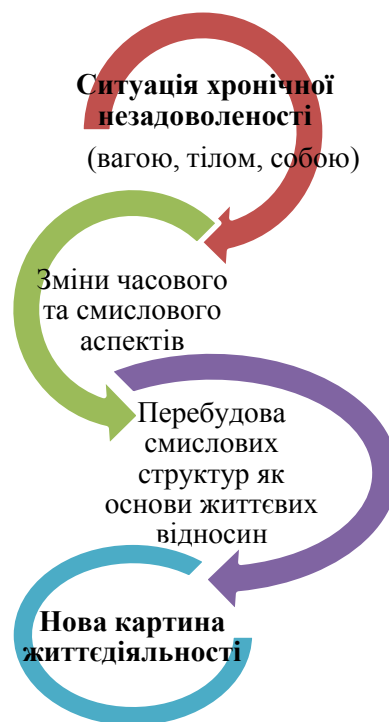


Рис. 6. Динаміка змін внутрішньої картини життєдіяльності під впливом тривалого перебування у ситуації незадоволеності

Вважаємо, що визначення особливостей негативного тілесного досвіду як особливої життєвої ситуації, виявлення закономірностей суб'єктивної переробки такої ситуації, розуміння механізмів, які зумовлюють трансформацію ВКЖ, або, навпаки, забезпечують її збереження, розширить уявлення про особливості адаптації особи до психотравмуючої ситуації буття з реальною або уявною надмірною вагою.

Разом з тим Д. О. Леонтьєв підкреслює, смислоутворення й смислоусвідомлення, створюючи передумови для перебудови смислової системи особистості, не в змозі її реалізувати, оскільки ідеться про необхідність перетворення не структур діяльності або психічного відображення, а глибинних особистісних структур» [20, с. 261]. Подібну ідею висловлює Ф. Є. Василюк, який розглядає будівництво смислу як неусвідомлюваний процес перетворення глибинних особистісних структур. Автор зауважує, що особливо чітко ці процеси виявляються в критичних життєвих ситуаціях, екзистенціальній кризі. На його думку, у тих випадках, коли особистість має розв'язати задачу на формування інших (нових) підстав свого життя або своєї ідентичності, то до процесів смислоусвідомлення та смислоутворення вимушено приєднується процес смислубудівництва [13]. Підтвердження розглянутої позиції знаходимо у багатьох дослідженнях, які наводять дані про наявність смислового зв'язку між хворобою та тим, що уявляється загрозою для життя. Науковці зазначають, що наявність такого зв'язку детермінує знецінювання навіть позитивних подій, які відбуваються в різних сферах життя хворих людей, у т.ч. реальні успіхи під час лікування. Отже, у внутрішній картині життєдіяльності смисл є принципом зв'язку, що поєднує значущі події у певну сукупність. При цьому принцип зв'язку вибудовується особистістю під впливом реальної життєвої ситуації, образу світу, досвіду, рівня розвитку суб'єкта, його можливості «піднятися» над ситуацією та вийти за її межі.

Ми припускаємо, що в ситуації проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» існує значущий смисловий зв'язок між суб'єктивним відчуттям неблагополучного життя (відчуття його нестерпності, «життя як загрози») та

відчуттям «зайвої ваги» (реальної або уявної). Наявність цього зв'язку запускає механізми знецінювання будь-яких життєвих успіхів і досягнень. У цьому разі досягнення «стану задоволеності» не уявляється можливим, тому що будь-яка позитивна подія в житті розцінюється як цілком закономірне (заслужене, очікуване) явище, тоді як будь-які успішні результати завжди знецінюються («могло б бути значно краще!») та вважаються «недостатніми» для того, щоб відчути задоволення від життя. Відповідно, смисловий зв'язок між категорією «зайва вага» і суб'єктивним відчуттям «неблагополучного життя» є значущою перешкодою впродовж здійснення будь-яких оздоровчих заходів (терапії, корекції, реабілітації). Незважаючи на поліпшення об'єктивних показників психосоматичного здоров'я, хворі заперечують позитивну динаміку й поліпшення самопочуття. Замість фіксації на реальних успіхах щодо нормалізації ваги або контролю над харчовими стратегіями тощо, хворі зосереджуються на «незадоволеності» (вагою, тілом, собою та життям в цілому), на «неможливості» впоратися із хворобою, що закономірно зумовлює неблагополучний кінцевий результат розвитку хвороби.

Отже, ми припускаємо, що **анорексія, як «ситуація уявної надмірної ваги»** (крайній вияв проблемної ХП за типом обмеження споживання їжі на тлі хронічної незадоволеності вагою) зумовлює трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності, що проявляється викривленнями смислу як минулих, так і майбутніх подій. В основі трансформації лежить специфічний принцип смислового зв'язку, що пов'язує в єдине ціле такі категорії, як «суб'єктивне відчуття неблагополуччя життя», «зайва вага» та «їжа». При цьому їжа одержує статус (смысл) «ворога». До цієї ж категорії належать також люди (рідні, близькі, лікарі та ін.), які, турбуючись про суб'єкта, намагаються його нагодувати.

Аналогічно **психогенне переїдання як «ситуація реальної надмірної ваги»** (крайній вияв проблемної ХП за типом переїдання на тлі хронічної незадоволеності вагою) також зумовлює трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності. Однак, у цьому разі, «їжа» розглядається як основний спосіб

зниження психічного напруження. Виникає питання: у яких випадках особливий тілесний досвід призводить до трансформації внутрішньої картини життєдіяльності? З чим пов'язане збереження структури внутрішньої картини життєдіяльності?

Спираючись на вищевикладені закономірності, ми припускаємо, що стан хронічної незадоволеності реальною або уявною надмірною вагою (як особливий негативний досвід тілесності) трансформує внутрішню картину життєдіяльності особистості, зокрема, її часовий й смисловий аспекти. Процес трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості відображає процес формування іншої (нової) ідентичності на основі прийняття нової (іншої) психосоматичної ролі – «пасивного товстуна» («худого товстого») або «активного товстуна» («товстого худого»)³, що сприяє формуванню й закріпленню проблемних харчових патернів у континуумі «норма – патологія» як перебігу хвороби. Іншими словами, проблемні стратегії харчової поведінки є результатом трансформації ВКЖ, кризи ідентичності (у зв'язку з порушенням звичної системи ролей і прийняттям іншої ролі), зниження життєстійкості, блокування або надмірної активності рефлексивних процесів, втрати контролю над ситуацій (зниженням інтернальності каузальності).

Отже, на підставі аналізу ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою, що супроводжується викривленими патернами ХП та чинників трансформації ВКЖ особистості, ми дійшли висновку, що нормалізувати проблемну (дезадаптовану) харчову поведінку можливо засобами психокорекційного впливу. Мішенями впливу мають бути викривлені аспекти ВКЖ (життєві відносини, часові орієнтації тощо). Опорою на цьому шляху є особистісні ресурси індивіда (підвищення ефективності рефлексивних процесів, рівня відповідальності за власне життя, життєстійкості, інтернальності

³ У 1957 році Н. Вгуч на основі власних досліджень хворих на ожиріння ввела терміни «худий товстий» та «товстий худий». Термін «товстий худий» був запроваджений для осіб, які, незважаючи на успішне зниження ваги та значне схуднення, все ж таки незадоволені власною зовнішністю та продовжують сприймати себе «товстими», що зумовлює проблемну харчову поведінку. Термін «худий товстий» стосується осіб, у яких ожиріння з'явилося у дорослому віці, тобто коли цілісний образ свого тіла вже був сформований як «худий» або «нормальний». Це дозволяє індивіду, що страждає на ожиріння, сприймати порушення ваги як формальну зовнішню ознаку, яка свідчить про окремі проблеми зі здоров'ям. В його уявленні ожиріння – як «поганий одяг», якого необхідно позбутися для того, щоб знову відчувати себе здоровим (цит. за В.І. Шебановою) [46].

каузальності та ін.). Це дозволить гармонізувати відносини суб'єкта зі світом, ставлення до себе, а отже, надасть можливість відчувати задоволеність від свого повсякденного буття та радість від шляху, який називається ЖИТТЯ.

Модель, що відображає закономірності й фактори впливу особливого тілесного досвіду на внутрішню картину життєвого шляху, презентовано на рис. 7.

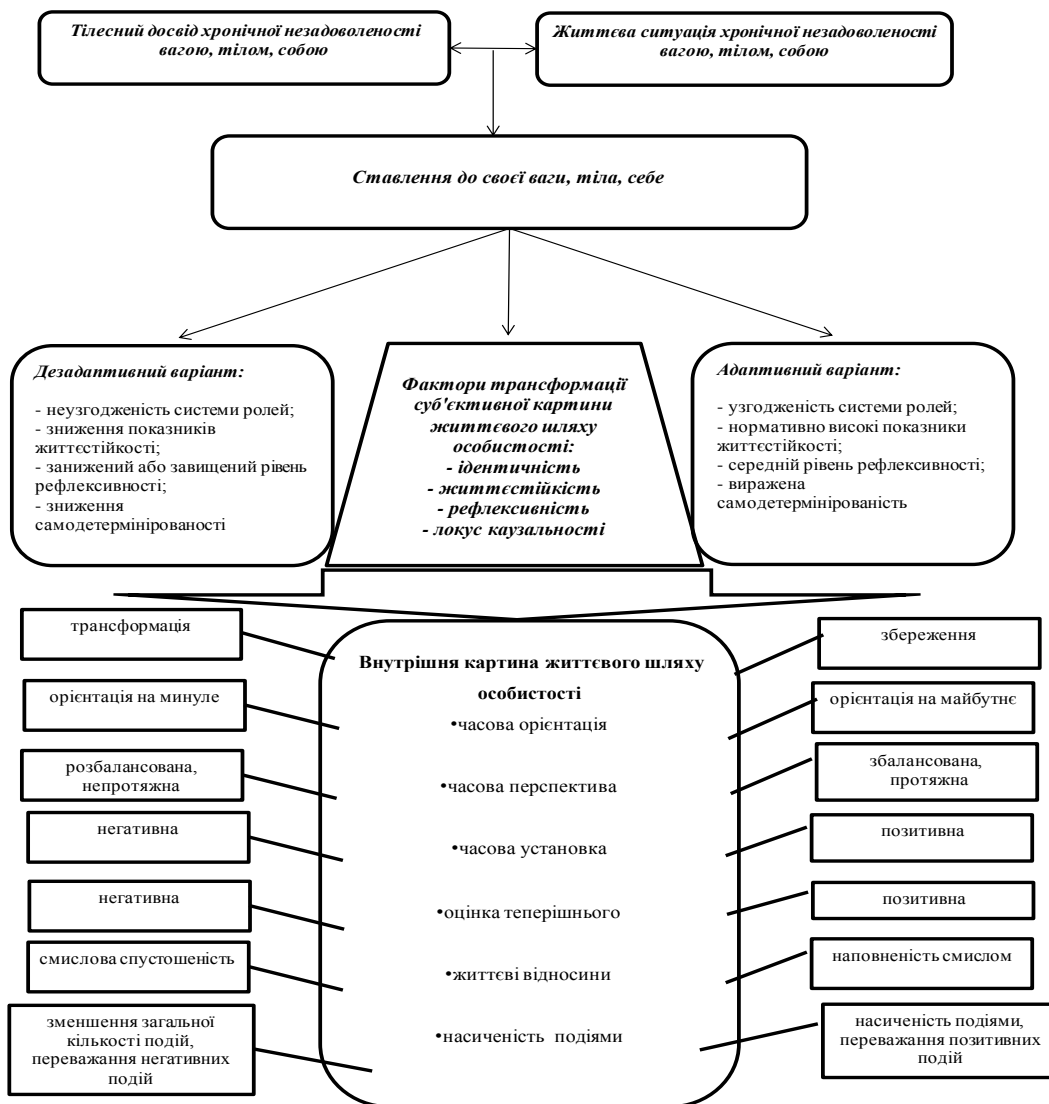


Рис. 7. Чинники трансформації внутрішньої картини життєвого шляху особистості

Докладний аналіз впливу факторів трансформації суб'єктивної картини життєвого шляху особистості був презентований нами у публікаціях [38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49].

Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової

поведінки.

Ми виходимо з припущення, що проблемна ХП є результатом багатьох десинхронних процесів тілесності, зокрема викривлення деяких аспектів особистісної ідентичності. Саме тому цей пункт роботи, присвячений дослідженню питання про можливість трансформації особистісної ідентичності, оскільки нормалізація ХП можлива лише за умови гармонізації особистості.

Спираючись на теоретичні позиції розглянуті нами у публікаціях [38; 39; 44; 45; 46; 47], вважаємо, що ідентичність може бути презентована як антологія «Я» щодо життєвих подій, наповнених для особистості певним змістом. На нашу думку, реальна або уявна надмірна вага як соматична характеристика тілесності зумовлює негативний емоційний стан як сукупний результат різноманітних соматичних відчуттів та психологічних переживань негативного характеру. У випадку його тривалості хронічна незадоволеність власною вагою «вплітається» в ідентичність та стає фоною характеристикою особистості. Інтеграція негативних психосоматичних чинників тілесності детермінує процеси *трансформації ідентичності та змінення сприйняття сукупності значущих подій*. Це відбувається внаслідок переосмислення свого перебування у теперішньому як життєвому просторі, що пов'язує оцінки подій минулого та очікування від майбутнього. При цьому саме «теперішнє» надає цим подіям смисл та сприяє або збереженню ідентичності на відносно сталому рівні, або формуванню іншої (нової), але не обов'язково адаптивної ідентичності. На нашу думку, саме ідентичність або «робоча Я концепція» як складне інтегроване утворення тілесності виконує ряд важливих функцій – розуміння й осмислення конкретної життєвої ситуації. Звідси випливає, що процес психотерапевтичної корекції повинний бути спрямований на допомогу людині створити нову (іншу) більш гармонійну упорядкованість смислових подій, що є запорукою суб'єкта щодо розв'язання різних конфліктів. Це дозволить перетрансформувати ідентичність суб'єкта, гармонізувати його відносини зі світом (в т.ч. Іншими, власним тілом, їжею, собою в цілому тощо), і, відповідно, вийти з кризи (психотравмуючої ситуації хронічної незадоволеності) та нормалізувати ХП.

Проведений нами теоретичний аналіз категорії «ідентичність» у ракурсі чинника трансформації внутрішньої картини життєдіяльності, показує, що дослідники звертають увагу, що навіть за умови нормативного розвитку базовим проявом ідентичності є трансформація «Я». При цьому характерними особливостями ідентичності є формування «відчуття цілісності, єдності та неперервності» і «відчуття цілісності різних періодів життя», що є результатом пошуку смислової бази та ціннісного самоконструювання особистості, ядром якого є стійкі смислові конструкти – особистісні смисли, ідеали й цінності, які розподілені та презентовані у часі. У разі життєвої кризової ситуації організація чуттєво-діяльнісного сприймання подій теперішнього грубо порушується, що зумовлює переоцінку та переосмислення подій минулого і майбутнього.

Дослідження ідентичності у сучасних наукових розвідках [1; 2; 4; 5; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 25; 27; 29; 30; 32; 33; 35; 36; 51; 52] акцентують увагу на тому, що поведінка особистості в конкретній ситуації визначається спрямованістю її ідентичності, тобто людина будує свою поведінку відповідно до суб'єктивного розуміння ситуації, що, своєю чергою, базується на особистих оцінках та особливостях сприйняття. Ми поділяємо зазначені дослідницькі позиції та вважаємо, що здорова (зріла) життєва позиція визначає формування здорової (зрілої) особистості, яка здатна вирішувати життєві протиріччя, знаходити оптимальне співвідношення зовнішніх і внутрішніх вимог та на цій основі формувати свою здорову тілесність, у т.ч. здорову харчову поведінку. Водночас ми переконані, що порушення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» зумовлюються внутрішнім конфліктом внаслідок неузгодженості між зовнішніми та внутрішніми вимогами. При цьому викривлені стратегії харчової поведінки – «стратегії переїдання» або «стратегії обмеження в їжі» (навіть повна відмова від їжі) обираються суб'єктом як спосіб вирішення внутрішнього конфлікту. Однак, ці способи виконують лише компенсаторну функцію, і не здатні розв'язати внутрішній конфлікт, тому подальша фіксація ініціює виникнення порушення циклів харчової поведінки. Етапи циклу презентують відповідні схеми:

У випадку анорексії: «уявна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «психологічний смисл їжі: їжа – ворог» → «обмеження в споживанні їжі» → «харчовий зрив⁴» → «уявна надмірна вага» → повтор циклу.

У випадку булімії: «реальна або уявна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «внутрішній конфлікт між позитивними й негативними психологічними смислами їжі» → «поведінкові стратегії, спрямовані на зниження ваги та обмеження в споживанні їжі» → «харчовий зрив – переїдання – блювота» → «реальна або уявна надмірна вага» → повтор циклу.

У випадку ожиріння, психогенного (компульсивного) переїдання: «реальна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «конфлікт між наміром знизити вагу й позитивним психологічним смислом їжі» → «поведінкові стратегії, що спрямовані на зниження ваги й обмеження у споживанні їжі» → «харчовий зрив – переїдання» → «реальна надмірна вага» → повтор циклу.

Відтак результат боротьби на етапі конфлікту може завершитися не на користь харчового зриву, а на користь дієти і фізичних навантажень, що дійсно дозволить реально знизити вагу. Однак проблема в тому, що після завершення періоду дієти маса тіла знову зростає. У зв'язку з цим, *щоб виключити харчові зриви, що провають наростання ваги, необхідна трансформація смислів як самого процесу схуднення, так і психологічних смислів їжі та смислу подолання труднощів, смислу свого теперішнього буття.*

Вважаємо за потрібне звернути увагу на те, що у *випадку анорексії психологічний смисл їжі («їжа – ворог»)*, з одного боку, загострює соматичний діатез, оскільки є відкритою конфронтацією з соматичною складовою тілесності, зокрема біологічними потребами тіла («щоб жити треба їсти»), з іншого боку, – узгоджується з *наміром «знизити вагу»* (у складі психологічної складової). Відповідно, це підсилює психосоматичний діатез – мотивацію на самообмеження в їжі й створення неадекватних когнітивних конструктів («заборона на їжу – це найкраще, що я можу для себе зробити», «жити, щоб не

⁴ У даному контексті термін «харчовий зрив» вживається з позиції хворого на нервову анорексію, хоча насправді кількість з'їденого найчастіше значно менше нормального порційного об'єму їжі.

їсти» тощо). Крім того, підсилюється мотивація до підтримки інших поведінкових стратегій, які сприяють зниженню ваги. На нашу думку, *мотивація анорексиків як внутрішня сила (енергія боротьби)* – це результируючий вектор двох односпрямованих енергій (тенденцій) – *результат поєднання намірів й смислів*. Завдяки власній мотивації (енергії внутрішньої нужди), суб'єкт здатний успішно витримувати й долати (хоча й дезадаптивно!) як зовнішній тиск оточення (близьких, лікарів та інших людей, які змушують їсти), так і внутрішній тиск власної тілесності (реальну потребу в їжі, відчуття голоду й апетиту тощо). Відтак, стратегії подолання (викривлені патерни ХП, надмірні виснажливі фізичні навантаження, прийом лікарських препаратів, очисні процедури та ін.), виконуючи для суб'єкта позитивну функцію (відповідно до його намірів та смислів), є безумовно дезадаптивними, оскільки призводять до різних серйозних функціональних порушень та повного виснаження організму.

У випадку ожиріння або психогенного переїдання психологічний смисл їжі виконує функцію джерела задоволення (способу розрядки, розради, «вірного друга» тощо), при цьому, з одного боку, вступає в протиріччя з наміром «зниження ваги» (як ідеальної психологічної складової), з іншого – узгоджується з потребами тіла (соматичною складовою тілесності: «щоб жити треба їсти») та потребами у відчуттях комфорту й задоволення (психологічної складовою тілесності). Перевага у бік останньої змінює життєву позицію («жити щоб їсти») – поведінкові стратегії спрямовуються на користь психологічного смислу їжі, що зумовлює внутрішнє протиріччя, оскільки суперечить наміру схуднути. Такий зсув поведінкових стратегій життєдіяльності стає «живильним» середовищем для виникнення й розвитку відчуття безпорадності, переконання у власній неспроможності й неможливості позитивних змін (як на усвідомлюваному, так і на неусвідомлюваному рівнях). Іншими словами, результируючий вектор, як результат двох різноспрямованих енергій – «наміру» та «смислу», є основою астенізації внутрішньої сили, що значно знижує впевненість суб'єкта у собі, нівелює самовідчуття «Я можу». Відсутність

переконаності в можливості досягнення успішних результатів зумовлює фіксацію на стратегіях, які дозволяють швидко і з мінімальними енергетичними витратами одержати відчуття комфорту, заспокоєння й задоволення. Найпоширенішим видом стратегій такого роду є переїдання, але фіксація на «стратегіях переїдання» зумовлюється не стільки потребою в їжі (соматичною складовою тілесності), скільки впливом її психологічної складової – можливості отримати емоційну розрядку на несприятливі зовнішні ситуації; можливістю швидко й з мінімальними енергетичними витратами відчутти комфорт, заспокоєння та задоволення. Отже, стратегії переїдання як викривлені патерни ХП, відповідно до перспективи здоров'я, є дезадаптивними стратегіями, що загрожують різними хворобами, несумісними з життям. Водночас, для певної категорії людей, у ситуації «тут і тепер», стратегії переїдання часто є єдиним надійним способом отримання задоволення/комфорту.

Виходячи з вищезазначеного, вважаємо, що *поняття «стратегія ХП»* є одиницею аналізу досвіду буття осіб з надмірною вагою на тлі хронічної незадоволеності вагою. Дане поняття операціонально містить не тільки стратегії вибору їжі та особливості приймання їжі, але й *способи поведження в різних ситуаціях, ставлення до себе та свого життя, принципи вирішення життєвих завдань, принципи відносин з Іншими, «відносин з їжею», власним тілом (ядром яких є смислові конструкти особистості: «Я та моє тіло», «Я та їжа», «Турбота про себе», «Прихильність до Інших»).*

На нашу думку, негативний тілесний досвід, зокрема, перебування у ситуації реальної або уявної надмірної ваги на тлі хронічної незадоволеності вагою переживається особистістю як травмуюча ситуація, що супроводжується *кризою ідентичності*, котра характеризується рольовим зсувом, порушеннями відчуття самототожності та смислових аспектів самовизначення. Окрім цього спостерігається порушення часових аспектів ідентичності особистості, що характеризується наступними проявами: - звуженням часової перспективи та сфер мотивації («відсутністю позитиву у майбутньому», «відсутністю майбутнього», «уявленнями ірреального майбутнього»); - переоцінюванням та переосмислюванням значущих

життєвих ситуацій відповідно до реальної травмуючої ситуації, що зумовлює новий етап життя, вибудовування іншої (нової) ідентичності на основі інших (нових) смислів, зміну життєвих стратегій, у т.ч. стратегій самопрезентації; - фіксованістю на подіях найближчого часу, пов'язаних з темою «їжі», «зниженням ваги», «моделюванням тіла», «ставленням до тіла» та ін.

Саме тому, векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її нормалізації є порушення: а) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла; б) «відносин з їжею», які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу; в) образу «Я», що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості; г) гармонійності стосунків зі значущими «Іншими», що виявляється надмірною прихильністю до Інших та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення. Результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки [43] є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу «Я», баланс між турботою про себе та турботою про «Інших», що дозволяє особистості досягнути автентичні екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. – СПб. : Алетейя, 2001. – 134 с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / [пер. с англ. А. Боковиков] / А. Адлер. – Академический Проект, Гаудеамус, 2015. – 240 с. (Серия «Психологические технологии»).
3. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства / Ю.А.Александровский. – М. : Литтера, 2010. – 272с.
4. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
5. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях:

- переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3–18.
6. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека / А. Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2007. – 528 с.
7. Бабенко-Сорокопуд И. В. Нарушения менструального цикла у двочек-подростков на фоне нервной анорексии / И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3(30). – С. 54–56.
8. Бессесен Д. Г. Избыточный вес и ожирение: профилактика, диагностика и лечение / Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. – М. : Бином, 2004. – 239 с.
9. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / О. І. Богучарова; КНУ ім. Тараса Шевченка. – К., 2013. – 39 с.
10. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М. : Российское педагогическое агенство, 1998. – 263 с.
11. Бурлачук Л. Ф. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки / Л. Ф. Бурлачук, В. І. Шебанова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – №1 (46). – С. 53–66.
12. Василенко Т. Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т. Д. Василенко. – Курск : КГМУ, 2011. – 572 с.
13. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 144 с.
14. Вознесенская Т. Г. Нарушения пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции / Т. Г. Вознесенская, В. А. Сафонова, Н. М. Платонова // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. – № 12. – С. 49–52.
15. Володькіна А. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту / А. В. Володькіна, О. А. Присяжнюк, В. В. Фетісова // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – №1(3). – С. 65–68.

16. Гряділь Т. І. Діагностика, лікування та профілактика ожиріння / Т.І. Гряділь, К. І. Чубірко, І. В. Чопей, М. М. Гечко, Я. О. Михалко, О. Р. Пулик // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. – С. 96–100.
17. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медицинская психология / А. Н. Дорожевец. – М., 1986. – 19 с.
18. Дука Ю. М. Патогенетичне обґрунтування діагностики, лікувальної тактики та профілактики виникнення системних порушень у вагітних жінок з надмірною масою тіла : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.01 / Ю. М. Дука ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – К., 2016. – 40 с.
19. Левин К. Теория поля в социальных науках / [пер. с англ. Е. Сурпина] / Курт Левин. – СПб. : Речь, 2000. – 406 с.
20. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д. А. Леонтьев. – 2-е изд., испр. – М. : Смысл, 2003. – 488 с.
21. Лэнгле А. Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: Сборник статей / [пер. с нем. О. Ларченко] / Альфред Лэнгле. – М. : Генезис, 2008. – 160 с. (Серия «Теория и практика экзистенциального анализа»).
22. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия [пер. с фр. под ред. И. С. Вдовиной, Л. С. Фокина] / М. Мерло-Понти. – СПб. : Ювента, 1999. – 603 с.
23. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов / К. Муздыбаев // Психол. журн. – 2000. – Т. 21. – № 4. – С 5–21.
24. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев / под ред. А. А. Бодалева – 4-е изд. – М. : МПСИ, Модэк, 2011. – 400 с. (Серия «Психологи России»).
25. Никитин В. Н. Онтология телесности: смыслы, парадоксы, абсурды / В. Н. Никитин. – М. : Когито-Центр, 2006. – 320 с.
26. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего [Электронный ресурс] / [пер. с англ. Е. Ю. Патяевой, Н. Н. Толстых, В. И. Шевяховой] / под

- ред. Д. А. Леонтьева / Ж. Нюттен. – М. : Смысл, 2004. – 608 с. – Режим доступа: e-reading.me/bookreader.php/113837/Motivaciya,_deiistvie_i_perspektiva
27. Поддубный Н. В. Психология и синергетика: методологический аспект / Н. В. Поддубный. – Белгород : Политерра, 2003. – 152 с.
28. Приленская А. В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением (клинико-реабилитационный аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / А. В. Приленская ; ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Росздрава. – Томск, 2009. – 19 с.
29. Роджерс К. Р. Становление личности: Взгляд на психотерапию / [пер. с англ. М. Злотник] / Карл Рэнсом Роджерс. – М. : Эксмо– Пресс, 2001. – 416 с. (Серия «Психологическая коллекция»).
30. Салмина-Хвостова О. И. Расстройства пищевого поведения [Электронный ресурс] / О. И. Салмина-Хвостова // Здравоохранение Чувашии. – 2010. – № 1. – Режим доступа : <http://journal.giduv.com/numbers/2010/1>.
31. Скугаревский О. А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления / О. А. Скугаревский // Психотерапия и клиническая психология. – 2003. – №2 (7). – С. 25–29.
32. Тиллих П. Мужество быть [Электронный ресурс] / [пер. с нем. Т. И. Вевюрко] / Пауль Тиллих // Психологическая библиотека Киевского Фонда содействия развитию психической культуры. – Режим доступа: <http://www.psylib.org.ua/books/tillp01/index>.
33. Титаренко Т. М. Постмодерна особистість в динаміці самоконструювання / Т. М. Титаренко // Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика / за ред. Н. В. Чепелевої. – К., 2010. – Т. 2, вип. 6. – С. 5–14.
34. Трубников Н. Н. Время человеческого бытия / Н. Н. Трубников ; ред. В. А. Лекторский. – М. : Наука, 1987. – 256 с.
35. Франкл В. Человек в поисках смысла / [пер. с англ. Д. А. Леонтьев] / ред. Л.Я. Гозмана, Д.А. Леонтьева / В. Франкл. – М. : Книга по требованию, 2012. – 366 с.
36. Фромм Э. Искусство быть / [пер. с англ. А. Александрова] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2013. – 352 с. (Серия: «Новая философия»).

37. Фуко М. Герменевтика суб'єкта. Курс лекцій в Коллеж де Франс, 1982. Выдержки / [пер. с франц. И. И. Звонаревой] / Сост., общ. ред. и предисл. В. В. Винокурова, А. Ф. Филиппова // Социологос Вып.1 / М. Фуко. – М. : Прогресс, 1991. – С. 284–311.
38. Шебанова В. І. Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 27. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 647–660.
39. Шебанова В. И. Ретроспективные воспоминания как метод диагностики расстройств пищевого поведения / В. И. Шебанова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2015. – Т. 8. – № 3. – С. 21–27.
40. Шебанова В. І. Особливості егоцентризму вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 29. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 752–762.
41. Шебанова В. І. Особливості сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду / В. І. Шебанова // Вісник Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара. Серія Психологія. – Вип. 21. / Ред. кол. Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава та ін. – Дніпропетровськ : ДНУ, 2015. – С. 112–121.
42. Шебанова В. І. Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги) / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / Ред. С. Д. Максименко. – К.; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – Том XI. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С. 560–577.

43. Шебанова В. И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переживания. Практическое руководство / В. И. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирский В. С., 2014. – 394 с.
44. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 1) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – № 5.–С.84–89.
45. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 2) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: Зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015.–№ 6. – С.59–68.
46. Шебанова В. І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма–патологія» : Монографія / В. І. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2016. – 612 с.
47. Яблонська Т. М. Розвиток ідентичності дитини в системі сімейних взаємин / Т. М. Яблонська. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. – 444 с.
48. Shebanova V. I. Speciale (Negativo) e del Corpo Sperimentare un Persona Crisi D'identità / V. I. Shebanova // Italian Science Review. – 2015. – 1(22) January.– P. 172–175.
49. Shebanova V. I. Psychological analysis of problematic issues about the psychological Online assistance is persons with eating behavior problems / V. I. Shebanova S. G. Shebanova // International scientific professional periodical journal «The unity of science» / publishing office Friedrichstrabe 10 – Vienna. – Austria, 2015. – P. 134–136.
50. Denborough D (Ed.) Trauma: Narrative responses to traumatic experiences / D. Denborough. – Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2006. – 231 p.
51. Rabin A. J. Future Time Perspective and Ego Strength / A. J. Rabin // The Study of Time III. Proceedings of the Third Conference of the international Society for the Study of Time. – Alpbach : Springer– Vellag, 1978. – P. 294–300.

52. Zimbardo P. G. Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning / P. G. Zimbardo // Positive psychology in Practice Hoboken. – N.J.:Wiley, 2004.– P. 456–521.