

8. Педагогическая энциклопедия / И.А. Каиров, Ф.Н. Петров. Т. 2. М.: Советская энциклопедия, 1965. – 912 с.

References

1. Aleshina YU. E. Individual'noe i semejnoe psihologicheskoe konsul'tirovanie - 2-e izd. / YU.E. Aleshina. - М.: «Klass», 1992. - 204 s.
2. Gil'bah YU.Z. Test-oprosnik lichnostnoj zrelosti / YU.Z. Gil'bah. – К.: Nauchno-prakticheskii centr «Psihodiagnostika i differencirovannoe obuchenie», 1994. – 23 s.
3. Zelinchenko A. Psihologiya duhovnosti / A. Zelinchenko. – М.: Izd-vo Transpersonal'nogo instituta, 1996. – 213 s.
4. Kovalev S. V. Psihologiya semeinyh otnoshenii / S.V. Kovalev. - М.: Ped-ka, 1987. - 158 s.
5. Il'in E. Motivaciya i motivy / E. Il'in. – Spb.: Piter, 2003. – 512 s.
6. Maksimenko S. D. Geneza zdijsnennya osobistosti [Tekst]: Monografiya / S.D.Maksimenko. – К.: KMM, 2006. - 240 s.
7. Nemov R.S. Psihologiya: Ucheb. dlya stud. vys. ped. ucheb. zav.: v 3 kn. – 4-e izd. / R.S. Nemov. – М.: Gum. izd. centr VLADOS, 2001. – Kn. 1.: Obshchie osnovy psihologii. – 688 s.
8. Pedagogicheskaya e'nciklopediya / I.A. Kairov, F.N. Petrov. Т. 2. М.: Sovetskaya e'nciklopediya, 1965. – 912 s.

Чхаидзе А. А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ С МОТИВАЦИЕЙ СОЗДАНИЯ БРАКА

В статье рассмотрены теоретические аспекты мотивов вступления в брак. Подходы многих авторов и ученых к проблеме определения мотиваций у личностей, решивших заключить брак. Раскрыто понятие «личностной зрелости». Описано выборку и методики исследования. Определено взаимосвязь личностной зрелости с мотивацией создания брака. Источников – 8.

Ключевые слова: мотив, брачные мотивы, личностная зрелость.

Chkaidze A.

RELATIONSHIP PERSONAL MATURITY WITH MOTIVATION OF MARRIAGE

The article deals with theoretical aspects of the motives for marriage. Approaches of many authors and researchers to the problem of determining motivation of individuals who have decided to create a marriage. A concept to “maturity of personality” is exposed. Describes the sample and methodology of the study. Defined the correlation maturity of personality with motivation creating a marriage. Sources – 8.

Key words: motivation, motives of marriage, maturity of personality.

Чхаїдзе Анна Олександрівна - аспірант кафедри практичної психології факультету психології, історії та соціології Херсонського державного університету

УДК 159.9:61

Шебанова В.І.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ЕКСТЕРНАЛЬНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МЕТОДОМ АУТОГЕННОГО ТРЕНУВАННЯ

У статті показана актуальність проблеми розладів харчової поведінки. Описані різні напрямки корекції харчової поведінки й корекції ваги. Наведено характеристику екстернальної харчової поведінки, представлено детермінанти формування екстернальної харчової поведінки. Розглянутий спосіб корекції екстернальної харчової поведінки шляхом застосування методу аутогенного тренування. Джерел – 13.

Ключові слова: харчова поведінка, корекція харчової поведінки, екстернальна харчова поведінка, переїдання, аутогенне тренування.

Постановка проблеми. Останнім часом проблема ваги (як зниженої, так і підвищеної) є досить частою причиною звертання за психологічною й медичною допомогою. Так, за даними О.Швець, спеціалісту МОЗ України з дієтології, 16 % українських чоловіків та 20% жінок страждають на ожиріння, а близько 50% усіх українців – на надмірну вагу. Експерти ВООЗ

зазначають, що у порівнянні з 1980 роком, кількість людей із надмірною вагою у світі подвоїлася. Зважаючи на темп зростання кількості людей хворих на ожиріння Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила про початок всесвітньої епідемії ожиріння. Також привертає до себе увагу проблема, що пов'язана з надмірною худорлявістю – нервовою анорексією. Відповідні результати досліджень за останні роки показують, що це захворювання зафіксовано у 5% людей (у той час як лише 30 років тому воно фіксувалося у 2-3 % населення Землі). Показники анорексії у fashion-сфері (моделі, балерини, танцюристи тощо) понад 70%. З'явився навіть науковий термін, який описує таку тенденцію, як «анорексичний вибух у популяції». За даними численних опитувань, анорексія посідає третє місце серед найпоширеніших хронічних захворювань у підлітків. Середній вік початку розладів харчової поведінки – 11-13 років. Понад 50% дівчат у віці між 13 і 15 роками вважають, що у них надлишкова вага (але це не відповідає об'єктивним показникам). Близько 80% тринадцятирічних дівчат намагалися скинути вагу за допомогою різноманітних дієт або іншими способами. За результатами опитування жінок після 40 років 85 % з них мають бажання знизити вагу.

В той же час, за даними різних авторів результативність застосування різних методів корекції маси тіла лише за допомогою дієти не ефективна, та складає від 5% до 20% позитивних результатів у віддаленому періоді (Д.Г.Бессесен, Т.Г.Вознесенська, Г.А.Рильцова, І.О.Рукавішников, О.І.Салміна-Хвостова та ін.). На наш погляд це пов'язано з тим, що більшість таких програм недостатньо враховує вплив психічної діяльності на фізіологічні системи організму (підвищення й зниження апетиту, виникнення почуття насиченості й голоду). Зокрема, контроль над харчовою поведінкою й масою тіла вимагає враховувати типи харчової поведінки: обмежувальний, емоційгенний та екстернальний (які ми розглядаємо як субклінічні форми розладів харчової поведінки) [13]. Отже, медико-психолого-соціальна значимість розробки й впровадження сучасних методів діагностики й психотерапевтичної корекції субклінічних форм розладів харчової поведінки визначається з одного боку, їхньою поширеністю, а з іншого боку – наслідками важких соматоендокринних розладів, які викликають стійку психосоціальну дезадаптацію у вигляді зниження працездатності, статевої активності, афективних розладів, психосоматичних розладів, інвалідизації й смертності. Масштаби й темпи поширення різних розладів харчової поведінки загрожують фізичному й моральному здоров'ю як дорослого, так і підростаючого покоління, а також соціальній стабільності українського суспільства у найближчій соціальній перспективі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогоднішній день проблема розладів харчової поведінки та їх наслідків (зайва або недостатня вага) розглядається вченими з різних напрямків: фізіологічного, гігієнічного, дієтологічного (А.В.Володькіна, О.А.Присяжнюк, В.В.Фетісова, Л.О.Сфімова, М.М.Гінзбург, Н.М.Зубар та ін.), психологічного (Т.Г.Вознесенська, В.А.Сафонова, Н.М.Платонова, А.В.Пріленська І.Г.Малкіна-Пих та ін.).

На наш погляд, сучасні способи корекції харчової поведінки та фігури можна об'єднати у два напрямки. Перший – охоплює корекцію форми тіла на основі дієтотерапії (з урахуванням закономірностей фізіології й гігієни харчування). Зокрема, відзначимо корекційні програми А.В.Володькіної, Л.О.Сфімової Н.М.Зубар, Т.Малахової [3; 5; 6]. Другий – на основі психологічного підходу (Т. Г. Вознесенська, В.А.Сафонова, Н.Г.Платонова та ін.) [2]. А.В.Пріленська розглянула реабілітаційний аспект залежної харчової поведінки [9]. І.Г.Малкіна-Пих узагальнила різні напрямки психотерапевтичного впливу та вважає доцільним їх застосування при розладах харчової поведінки [7]. На наш погляд, окрім інтеграції різних методів психотерапевтичного впливу під час корекції розладів харчової поведінки, необхідно враховувати: по-перше – тип розладу харчової поведінки, а отже й основну причину розладу, а по-друге, основний корекційний вплив повинний бути спрямований не стільки на корекцію тіла й зниження ваги, скільки на формування й закріплення нової адаптивної (раціональної) харчової поведінки.

Висунуті нами положення знаходять своє підтвердження в роботах (А.М.Вейна, Т. Г.Вознесенської, А.В.Вахмістрова, А.І. Giannini, А.Е. Slaby, P.Rozin і ін.) Так, Т.Г.Вознесенська наголошує, що без врахування специфіки типу харчової поведінки неможливо побудувати адекватну схему психотерапії й добитися довготривалого клінічного ефекту [2].

Мета статті спрямована на визначення специфіки застосування методу аутогенного тренування як методу аутокорекції екстернальної харчової поведінки.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Перш ніж переходити до визначення специфіки застосування аутотренінгу при корекції екстернальної харчової поведінки коротко розглянемо поняття харчової поведінки та особливості екстернальної харчової поведінки.

У науковій літературі харчову поведінку визначають як спосіб життя та дій у різних умовах, що спрямована на пошук, вибір, приймання їжі з врахуванням її регуляторних, сенсорних та інших властивостей для забезпечення організму енергетичними й пластичними матеріалами, досягнення психологічного комфорту від її прийому. Отже, харчова поведінка характеризується оцінюванням цих процесів у відповідності до потреб, режиму харчування, смакових, дієтичних, культурних, соціальних, сімейних, біологічних та інших уподобань (В.Д.Менделевич, О.І.Салміна-Хвостова, О.О.Скурагевський, Е.І.Ткаченко, D.Allison, A.V.Heilbrun, J.L.Chua, L.Spitzer, T.V.Walsh та ін.). Харчова поведінка людини знаходиться в рамках континууму, що включає нормальні харчові паттерни, епізодичні харчові розлади та патологічну харчову поведінку. Як було вищезазначено виділяють три основних типи харчової поведінки: екстернальний, емоціогенний та обмежувальний [1; 2; 7; 12; 13]. Фіксація екстернального типу харчової поведінки призводить до постійного переїдання, що в подальшому обумовлює надлишкову вагу та ожиріння.

Екстернальна харчова поведінка (від лат. *externus* – зовнішній, сторонній) проявляється підвищеною реакцією не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі, а на зовнішні стимули (вид людини, що приймає їжу, запах їжі, харчові продукти, вигляд їстівних блюд та продуктів з рекламних щитів тощо). Саме реагування на зовнішні «їстівні стимули» обумовлює переїдання (при цьому майже не відбувається усвідомлення відчуттів, які йдуть із середини власного організму).

Шеренг дослідників (Т.Г.Вознесенська, Г.А.Рильцова, І.О.Рукавішников, О.І.Салміна-Хвостова та ін.) зазначають, що у тому, або іншому ступені екстернальна харчова поведінка властива всім людям із проблемами ваги (надлишковою вагою та ожирінням). Однак, Р.Є. Френкін відзначає, що чутливість до екстернальних стимулів виявляють й стрункі люди, а люди з надлишковою вагою можуть не реагувати на зовнішню стимуляцію [11]. Таким чином, незважаючи на те що екстернальність пов'язана з мотивацією харчової поведінки, між нею й вагою людини однозначної відповідності не має, оскільки головною роль відіграють інші фактори: доступність їжі, інтенсивність метаболічних процесів, рівень самоконтролю.

Екстернальна харчова поведінка як неадекватний стереотип реагування на зовнішні стимули обумовлюється:

- відсутністю диференціювання стану «голод» та «апетит» (в більшості випадків людина з екстернальною харчовою поведінкою сприймає «апетит» за «голод»);
- підвищеним реагуванням на зовнішні стимули приймання їжі;
- зниженою насичуваністю (відчуття ситості у людини з екстернальною харчовою поведінкою запізнюється за часом і відчувається як механічне переповнення шлунка).

Тому коротко зупинимось на розгляді понять «голод» та «апетит», «насиченість».

Голод як фізіологічний стан (на відміну від голодування як стану тривалої недостатності харчування, який є патологічним) служить виявленням потреби організму у поживних речовинах, яких він був позбавлений на якийсь час, що привело до зниження їх змісту. Суб'єктивним проявом голоду є неприємні відчуття печіння, «ссання під ложечкою», нудоти, іноді запаморочення, головного болю й загальної слабкості. Зовнішнім об'єктивним проявом голоду є харчова поведінка, що виражається в пошуку й прийманні їжі; вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду. Суб'єктивні й об'єктивні прояви голоду обумовлені збудженням різних відділів ЦНС. Сукупність нервових елементів цих відділів І.П.Павлов назвав харчовим центром, функціями якого є регуляція харчової поведінки та травневих функцій. Недостатнє або одноманітне харчування пригнічує у людини ряд різних функцій організму, надмірне призводить до перенавантаження серця і судин, до зношення залозистого апарату травної системи та передчасного старіння.

Апетит (від лат. *appetitus* — прагнення, бажання) – це відчуття, пов'язане із тягою людини до певної їжі, бажання з'їсти що-небудь особливе, бажане в даний момент. Апетит відображає не стільки потребу в їжі взагалі, скільки може бути обумовлений наступними чинниками: - специфікою обміну речовин або потребою у тих або інших компонентах їжі (у зв'язку із їх дефіцитом у організмі); - індивідуальними та груповими звички; - особливостями національної кухні й продуктів, яким віддається перевага. Апетит залежить від смаку, запаху, температури, способу приготування їжі, ставлення до яких виробляється з дитинства на основі традицій харчування в сім'ї, в даній місцевості, в країні тощо. Апетит також може з'являтися і незалежно від безпосередніх фізіологічних потреб, показуючи в цьому випадку індивідуальну схильність до переваги певних видів їжі. Розрізняють дві форми апетиту: загальний апетит (до будь-якої їжі) та спеціалізований (вибірковий), які характеризують потреби організму в білках, жирах, вуглеводах,

мінеральних речовинах, вітамінах. В.М.Покровський, Г.Ф.Коротько та ін. відзначають, що апетит підвищуються завдяки дії різних подразників: звичний час прийому їжі; думки про їжу; зовнішній вигляд, запах і смак страви; підсилювачі смаку – спеції, гострі й пряні приправи, які стимулюють смакові рецептори; закуски, що передують прийманню основних блюд; напівфабрикати; спосіб готування та умови прийому їжі (гарна сервіровка стола), традиції, що пов'язані з рясним застіллям тощо [10]. Отже, апетит відіграє важливу роль в отриманні задоволення від їжі й безумовно впливає на формування харчових звичок.

Розлади апетиту є симптомом багатьох захворювань: при порушенні діяльності харчового центру й травної системи, ендокринних, нейрогенних й психогенних розладах, інтоксикаціях спостерігається зменшення апетиту (навіть до повної відсутності – анорексія); при порушенні діяльності харчового центру та шлунково-кишкового тракту, при поразках, пухлинах головного мозку, при нервово-психічних розладах різної етіології, авітамінозах, ендокринних хворобах можуть спостерігатися як хворобливе посилення апетиту (булімія), так і його зміни (перекручування тобто бажання їсти неістинні речовини).

Протилежними відчуттями (стосовно голоду й апетиту) виступають – *відчуття насиченості та ситості*. *Насиченість* – це стан, що обумовлює завершення прийому їжі; *ситість* – це стан, при якому бажання їсти на якийсь час пригнічується. Ці стани фізіологічно не фіксуються, але супроводжуються відчуттям повноти шлунку та *почуттям задоволення* (як психологічної складової). Виявляють *первинне*, або *сенсорне насичення*, і *вторинне*, або *обмінне*. *Сенсорне насичення* пов'язують з гальмуванням латеральних ядер гіпоталамусу, перевищенням концентрації у крові хімічних сполук, що поступають з їжею (глюкози, тригліцеридів, вільних амінокислот та ін.) та активізацією рецепторів рота і шлунку (під впливом наповненості шлунку, тривалості перебування їжі). Але, слід зауважити, що висококалорійна їжа малого об'єму викликає менше відчуття ситості, ніж та, яка містить баластні речовини. *Вторинне*, або справжнє насичення настає через 1,5-2 години після прийому їжі, коли в кров надходять продукти гідролізу нутрієнтів.

Ідеальним фізіологічним моментом для завершення прийому їжі вважають припинення споживання їжі на стадії «до всмоктування та засвоєння їжі». У випадку регулярного припинення споживання їжі винятково після її засвоєння підвищується рівень поживних речовин у крові, що неминуче призведе до переїдання та надлишкової ваги.

Знаючи даний механізм можна рекомендувати людині з екстернальним типом харчової поведінки підсилити стимуляцію первинного насичення для попередження переїдання: - 1. кожного дня вести харчовий щоденник. Раз на тиждень проводити самоаналіз досягнень та помилок своєї харчової поведінки; 2. приймати їжу у приємній обстановці, не поспішаючи й ретельно пережовуючи; 3. приймати їжу за добре сервірованим столом, з красивого посуду; 4. під час приймання їжі необхідно насолоджуватися саме цим процесом – «вживанням їжі» не відволікатися (на розмови, перегляд телепередач, читання, тому що це гальмує процес нормального насичення); 5. зберігати віру у свої потенціальні можливості.

Усе це забезпечує виникнення своєчасного, раннього насичення й нормалізує апетит відповідно до дійсних енергетичних потреб організму.

Отже, можливість саморегуляції та опанування власною харчовою поведінкою є актуальним питанням для багатьох людей, які звертаються до спеціалістів як з метою попередження надлишкової ваги, так і з метою схуднення при наявності зайвої ваги та ожиріння.

Ми представляємо колегіальний досвід роботи у «Школі правильного харчування» куди звертаються люди з метою корекції фігури та навчання принципів раціонального харчування. Організаційна робота включає кілька етапів. На попередньому етапі збирається анамнез (для виключення церебральних й ендокринних форм ожиріння), проводиться клінічна бесіда та діагностуються особливості харчування та типи харчової поведінки.

Першим етапом психокорекції є усвідомлення учасником корекційної групи його проблеми – дезадаптивного стереотипу харчової поведінки (у даному випадку – екстернальної харчової поведінки).

На другому етапі з'ясовується особистісна мотивація зниження ваги (тому що спроба схуднути, тільки заради схуднення, приречена на невдачу). З цією метою ми застосовували опитувальник «Діагностика мотивації корекції фігури» (варіант модифікований нами) та методику «Декартові координати» (яка також була модифікована у відповідності до мети нашої роботи). На нашу думку, досягнення бажаного стану можливо лише заради значущої мети. У межах нашої

роботи, це оволодіння адаптивними стратегіями харчової поведінки та досягнення стрункості заради бажаної вагітності, народження дитини, отримання бажаної роботи тощо.

Третій етап: оволодіння учасниками групи корекції методом аутогенного тренування (аутотренінгу, АТ) як засобу вирішення різноманітних проблем пов'язаних з фізичним та психічним здоров'ям.

Учасникам презентують сутність методу (для кращого розуміння його дієвих механізмів).

Презентація: «Метод аутотренінгу являє собою універсальний спосіб словесного самовпливу. Переваги даного методу складаються в тому, що він не вимагає вольових зусиль (оскільки спрямований не стільки на подолання чогось, скільки на *підтримку* досягнення бажаних результатів). Він не потребує додаткових засобів, фінансових та інших витрат. АТ зручний у використанні, повністю безпечний, оскільки обумовлений тільки власними бажаннями й цілями. Цей метод дозволяє досягти високого рівня саморегуляції та контролю над психологічними та фізичними станами. АТ насамперед творчий процес, який проявляється як у складанні словесних формул самонавіювання, так і у виборі проблеми психічної саморегуляції. Він дозволяє мінімізувати негативні емоції, змінити деструктивні стратегії поведінки на адаптивні, і відповідно досягти внутрішньої гармонії та цілісності особистості».

Аналіз особливостей екстернальної харчової поведінки показав, що в основі даного варіанту розладу (підвищене реагування на зовнішні стимули приймання їжі, відсутність диференціювання стану «голоду» та «апетиту», знижена насичуваність). Саме тому, при навчанні учасників групи «корекції фігури» (для яких властивий екстернальний тип розладу харчової поведінки) текст АТ повинен включати не лише формули, що спрямовані на досягнення стрункості, але і формули самонавіювання щодо редукування підвищеного реагування на зовнішні стимули приймання їжі, орієнтацію на прийом їжі тільки при відчутті «голоду», підвищення рівня насичуваності та можливості припинення прийому їжі при ранньому насиченні незважаючи на різні зовнішні фактори (улюблена їжа, компанія, тощо), регуляцію емоційного стану, зниження емоційного напруження, редукування болісних відчуттів при психосоматичних захворюваннях (робота із симптомами), нівелювання негативних станів (роздратованості, гніву, тривоги, депресії тощо), зниження відчуття втомлюваності, підвищення рівня фізичної й психічної активності, працездатності, нормалізації сну, орієнтації на позитивне мислення й досягнення бажаних станів.

З огляду на вищесказане ми наполягали щоб учасники групи «корекції ваги» самостійно склали власні варіанти текстів самонастроювання, тому що у кожного індивіда свої цілі, бажані стани, симптоматика тощо. Ми глибоко переконані в тому, що не може існувати універсального тексту для всіх загалом, і вважаємо, що низька ефективність АТ у деяких випадках може пояснюватися використанням готових чужих варіантів. Цілком зрозуміло, що спочатку учасники групи просили надати їм готові тексти, які вони могли б застосовувати «як взірець» та намагалися користуватися тими, які знаходили у літературі та інтернет-джерелах. Наша робота полягала в тому, щоб переконати, стимулювати й допомогти більш точно сформулювати власні формули-наміри й уникнути явних помилок при їх складанні.

На цьому етапі учасникам групи «корекції ваги» надавалася наступна інструкція. «Складіть список Ваших цілей, які Ви ставите перед собою в плані регуляції свого емоційного стану, життєвих успіхів, корекції фігури. Визначте їх конкретно та якомога докладніше. Чітко усвідомте для себе, чого саме Ви бажаєте, для чого Вам це необхідно, за який термін Ви бажаєте цього досягти. Запишіть кілька варіантів формул-намірів для кожної цілі. Доберіть образну метафору до бажаного стану. Під час одного сеансу варто вибрати одне-два конкретних завдання (але у випадку тривалого періоду роботи над досягненням бажаного результату формули-наміри та цілі можуть змінюватися). Формули можуть бути «вдалими» (ефективними) та «менш вдалими». Наприклад: формула «Я хочу схуднути» є малоефективною, тому що вона є абстрактною, не чіткою (вона не орієнтує на скільки кілограм суб'єкт бажає зменшити вагу, за який термін та які частини тіла сприймаються ним як «проблемні»). Більш ефективним, у даному варіанті, може бути формулювання: «Я хочу зменшити вагу свого тіла на 5 кілограм за два тижні. З кожним рухом мої ноги стають все більш стрункішими й підтягнутими. З кожним днем моя фігура стає все більш стрункою. Я хочу бути стрункою. Я можу бути стрункою. Я буду стрункою. Я струнка. Зайві кілограми тануть наче сніг навесні».

Спираючись на досвід нашої психотерапевтичної та викладацької діяльності ми рекомендуємо учасникам під час складання самостійних формул-намірів керуватися наступними правилами:

1. Формули-наміри необхідно конструювати у позитивній модальності (тобто уникати частки «не»).
 2. Твердження повинні бути короткими, конкретними, чіткими, щоб основна ідея фрази (тексту) була «прозорою», очевидною. Інакше кажучи, основна ідея фрази не повинна загубитися у витіюватих нетрях розумового процесу.
 3. Під час одного сеансу варто вибирати одне-два конкретних завдання.
 4. При складанні тексту АТ рекомендується застосовувати 12-15 формул-намірів. Дієслова пропонуються використовувати у наступній послідовності: «Мрію – Хочу – Можу – Буду – С».
 5. Формулювання майбутнього часу (наприклад: «Я прагну контролювати ЦО й СКІЛЬКИ я з'їдаю») слід поєднувати з формулюваннями теперішнього часу («Я контролюю ЦО й СКІЛЬКИ я з'їдаю»). Це дозволяє звернути внутрішню увагу на фіксацію процесу, який вже відбувається у реальному часі.
 6. Зміст формули-наміру повинний бути спрямований тільки на себе (тобто із застосуванням слів «я», «мені»). Наприклад: фраза «Я хочу щоб моя дитина слухалася мене з першого разу» є не вдалою, бо стосується не власно себе, а іншої людини.
- Наведемо окремі варіанти конструювання формул-намірів під час засвоєння учасниками корекційної групи методу АТ (табл.1).

Таблиця 1

Варіанти конструювання формул-намірів учасниками корекційної групи

«менш ефективні» варіанти	«більш ефективні» варіанти	пояснення переваг «більш ефективного» варіанту
«Я не хочу набирати вагу й продовжувати товстіти»	«Я хочу знизити свою вагу на 15 кілограм за три місяці»	А) Позитивна модальність («НЕ хочу» першого варіанту змінюємо на «ХОЧУ»). Б) Невизначеність першого варіанту змінюємо на чітку установку («програму») зниження ваги (із зазначенням конкретного терміну та бажаного результату)
«Я втомилася жити жирною корою, і прагну схуднути».	«Я прагну стати стрункою»	Перший варіант акцентує увагу на «негативних аспектах» реальності. Слово «схуднути» неусвідомлено пов'язується з коренем «худо» (погано). Відповідно, краще шукати позитивний аналог.
Я боюся не впоратися із приступом обжерливості (Варіант компульсивного переїдання, коли людина не помічає ЦО й СКІЛЬКИ вона з'їдає. Така особливість прийому їжі не дозволяє їй насолоджуватися процесом їжі).	Я уявляю собі як я повільно пережовую їжу. Я зосереджую свою увагу на смакових відчуттях їжі... Я із задоволенням вдихаю аромат їжі. Я із задоволенням насолоджуюся процесом їжі... Я легко контролюю як я їм – повільно-повільно.... Я легко контролюю що й скільки я з'їдаю. Я насолоджуюся процесом їжі.	Переведення уваги з «ситуації тривоги» – «Я боюся не впоратися...» (перший варіант) на процес вживання їжі (формула дозволяє «розтягнути» його у часі, фіксує на позитивних переживаннях, які пов'язані із процесом приймання їжі). Дозволяє усвідомити можливість контролю й моделює «відчуття успіху», сприяє формуванню впевненості у собі під час вирішення проблеми.
Інші можуть переїдати, але я не буду	Я легко контролюю що й скільки я з'їдаю.	Переведення уваги: - з інших на себе; - з того, що є проблемою (переїдання) на бажаний стан (можливість контролю над процесом приймання їжі)

Я можу дотримуватися обраної дієти. Мені подобається моя дієта Мені легко дотримуватися обраної дієти.	Я дотримуюсь принципів правильного харчування. Я їм усе що корисно. Мені легко відмовитися від шкідливої їжі, яка є отрутою для мого організму.	На наш погляд необхідно дотримуватися принципів раціонального харчування, а не різних дієт (тому що у більшості випадків дієта обмежує різноманітність раціону харчування, а відповідно, постачання у потрібних нутрієнтах, що є необхідними для повноцінної життєздатності).
Я зможу їсти лише один раз на день	Я люблю себе. І з любові до себе я можу дозволити собі їсти 4-5 разів на день я їм правильно.	Перший варіант акцентує увагу на обмеженому харчуванні, що є фізіологічною помилкою. Відомо, що при харчуванні 1-2 рази на день відчуття голоду зумовлює переїдання. У відповідності до принципів раціонального харчування їжу потрібно вживати 4-5 разів на день при цьому необхідно керуватися певними правилами раціонального харчування.
Я не хочу займатися садомазохізмом, я не хочу страждати (Ця фраза стосується емоційного стану на тлі розлучення)	Я хочу жити повноцінним життям	Змінення негативної модальності першого варіанту на позитивну модальність.

Рамки статті не дозволяють нам докладно описати фрази на всіх етапах АТ, що буде зроблено в наступних публікаціях. Коротко перелічимо основні «мішені» психотерапевтичної корекції при екстернальній харчовій поведінці: - зміна поведінкового харчового стереотипу – підвищеного реагування на зовнішні стимули прийому їжі; - зміна ставлення до їжі, - навчання диференціювання станів «голоду» та «апетиту»; - навчання завершення прийому їжі у фазі первинного насичення; - формування раціональної харчової поведінки; - регуляція емоційного стану, зниження емоційного напруження; - прийняття свого тілесного образу Я; - пошук і формування інтересів не пов'язаних з їжею; - збільшення рухової активності.

По закінченню заняття учасникам групи пропонувалось щодня перед сном заповнювати щоденник, у якому необхідно описувати ситуації, пов'язані з особливостями вживання їжі (вказувати не тільки кількість і якість їжі, яка споживалася протягом дня, а також мотив початку й закінчення прийому їжі), аналізувати ситуації «зривів», відзначати думки, почуття й вчинки, пов'язані з формуванням нового раціонального стереотипу харчування.

Висновки. Застосування методу аутогенного тренування як засобу самокорекції екстернального типу харчової поведінки дозволяє змінити дезадаптивний стереотип харчової поведінки та ірраціональних когнітивних установок, розширити діапазон навичок саморегуляції емоційними станами, налагодити систему правильного харчування та здорового способу життя, що в свою чергу виступає фактором корекції ваги та підвищення якості життя в цілому.

Література

1. Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ различных форм эмоциогенного пищевого поведения / А.В. Вахмистров // Альманах клинической медицины. – 2001. - № 4. – С. 127 – 130.
2. 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.
3. 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 №1(3), 2010. – С. 65-68.
4. Воробейчик Я.Н. Руководство по аутопсихотерапии (история, теория, практика) / Я. Н. Воробейчик. – Одесса : Альянс – Юг, 2004 – 360 с.

5. Єфімова Л. О. Дієтологічний супровід програм корекції фігури / Л. О. Єфімова // LNE Україна. – 2004. - №5 (27). – С. 100-102.
6. Зубар Н.М. Основи фізіології та гігієни харчування: Підручник / Н.М.Зубар — К.: Центр учбової літератури, 2010. — 336 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г.Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 1040 с. (Серия «Справочник практического психолога»).
8. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д.Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
9. Приленская А.В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением (клинико-реабилитационный аспект) : автореф. дис. на соискание ученой степени кнд.мед.наук: спец. 14.00.18 – психиатрия / А. В. Приленская. – Томск,2009. - 19 с.
10. Физиология человека / Под.ред. В.М.Покровского, Г.Ф.Коротько. – М.: Медицина, 2007. – 656 с. (Серия «Учебная литература для студентов медицинских вузов»).
11. Фрэнкин Р.Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р.Е.Френкин. – СПб.: Питер, 2003. – 651 с. («Серия Мастера психологии»).
12. Шебанова В. І. Теоретичний аналіз типів харчової поведінки особистості / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2011. – Том Х. – Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 19. – С. 647 – 656.
13. Шебанова В.І. Субклінічні форми розладу харчової поведінки / В.І. Шебанова // Проблеми та перспективи розвитку педагогічних та психологічних наук [Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 20 квітня 2013 р.)]. – К.: ГО Київська наукова організація педагогіки та психології. – 2013. – С. 69- 71.

References

1. Vahmistrov A.V. Kliniko-psihologicheskii analiz razlichnyh form e'mociennogo pishchevogo povedeniya / A.V. Vahmistrov // Al'manah klinicheskoy mediciny. – 2001. - № 4. – S. 127 – 130.
2. Voznesenskaya T.G. Narusheniya pishchevogo povedeniya i komorbidnye sindromy pri ozhireniy i metody ih korektsii / T.G.Voznesenskaya, V.A.Safonova, N.M.Platonova // ZHurn.nevrologii i psikiatrii im. S.S.Korsakova, 2000. - № 12. - S. 49-52.
3. Volod'kina A.V. Kompleksnii pidhid do korektsii form tila ta profilaktika rozvitku celyulitu / A. V. Volod'kina, O. A. Prisyazhnyuk, V.V.Fetisova // Visnik Zaporiz'kogo nacional'nogo universitetu №1(3), 2010. – S. 65-68.
4. Vorobejchik YA.N. Rukovodstvo po autopsihoterapii (istoriya, teoriya, praktika) / YA. N. Vorobejchik. – Odessa : Al'yans – YUg, 2004 – 360 s.
5. Єфімова Л. О. Дієтологічний супровід програм корекції фігури / Л. О. Єфімова // LNE Україна. – 2004. - №5 (27). – С. 100-102.
6. Zubar N.M. Osnovi fiziologii ta gigiyeni harchuvannya: Pidruchnik / N.M.Zubar — K.: Centr uchbovoi literaturi, 2010. — 336 s.
7. Malkina-Pyh I.G. Terapiya pishchevogo povedeniya / I.G.Malkina-Pyh. – М. : E'ksmo, 2007. – 1040 s. (Seriya «Spravochnik prakticheskogo psihologa»).
8. Mendelevich V.D. Psihologiya deviantnogo povedeniya / V.D.Mendelevich. – SPb.: Rech', 2005. – 445 s.
9. Prilenskaya A.V. Pogranichnye nervno-psihicheskie narusheniya u pacientov s zavisimym pishcheyvm povedeniem (kliniko-reabilitatsionnyi aspekt) : avtoref. dis. na soiskanie uchenoy stepeni knd.med.nauk: spec. 14.00.18 – psikiatriya / A. V. Prilenskaya. – Tomsk,2009. - 19 s.
10. Fiziologiya cheloveka / Pod.red. V.M.Pokrovskogo, G.F.Korot'ko. – М.: Medicina, 2007. – 656 s. (Seriya «Uchebnaya literatura dlya studentov medicinskih vuzov»).
11. Fre'nkin R.E. Motivaciya povedeniya: biologicheskie, kognitivnye i social'nye aspekty / R.E.Frenkin. – SPb.: Piter, 2003. – 651 s. («Seriya Mastera psihologii»).
12. SHebanova V. І. Teoretichnii analiz tipiv harchovoi povedinki osobistosti / V. І. SHebanova // Aktual'ni problemi psihologii: Zbirnik naukovih prac' Institutu psihologii imeni G.S.Kostyuka. – К.: DP «Інформаційно-аналітичне агенство», 2011. – Том Н. – Psihologiya navchannya. Genetichna psihologiya. Medichna psihologiya. – Vip. 19. – S. 647 – 656.
13. SHebanova V.І. Subklinichni formi rozladu harchovoi povedinki / V.І. SHebanova // Problemi ta perspektivi rozvitku pedagogichnih ta psihologichnih nauk [Materiali mizhnarodnoi naukovo-praktichnoi

конференції (м.Київ, 20 квітня 2013 р.]. – К.: ГО Київська наукова організація педагогіки та психології. – 2013. – С. 69- 71.

Шебанова В.И.
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ЭКСТЕРНАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
МЕТОДОМ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

В статье показана актуальность проблемы расстройств пищевого поведения. Описаны разные направления коррекции пищевого поведения и коррекции веса. Приведена характеристика экстернального пищевого поведения, представлены детерминанты формирования экстернального пищевого поведения. Рассмотрен способ коррекции экстернального пищевого поведения путем применения метода аутогенной тренировки. Источников – 13.

Ключевые слова: пищевое поведение, коррекция пищевого поведения, экстернальное пищевое поведение, переизбыток, аутогенная тренировка.

Shebanova V.I.
PSYCHOCORRECTION EXTERNALITIES EATING BEHAVIOR BY AUTOGENOUS
TRAINING

The article describes the urgency of the problem of eating disorders and the various directions of correction of eating behavior and correction of weight. Provides the profiles the externalities-eating behavior, are the determinants formation emotion-eating behavior. The way of correction of externalities eating behavior by applying the method of autogenous training. Sources – 13.

Key words: eating behavior, correction of eating behavior, externalities-eating behavior, overeating, autogenous training method.

Шебанова Віталія Ігорівна - кандидат психологічних наук, доцент, докторант факультету психології, кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

УДК 159. 9

Шевченко О.В.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ З ВАДАМИ ЗОРУ

У статті досліджено соціально-психологічні проблеми адаптації дорослих з вадами зору. Надано дані дослідження за допомогою анкети «Особливості сприйняття соціальної ситуації при патологіях зору». Досліджено, що на перший план виходять проблеми пов'язані зі зниженням якості життя, труднощами працевлаштування, соціальною пасивністю. Джерел – 5.

Ключові слова: адаптація, соціально-психологічні проблеми, життєвий стереотип, соціальні ролі зниження якості життя, соціальна пасивність.

Постановка проблеми. Актуальність теми полягає в необхідності вивчення проблем соціальної адаптації дорослих з вадами зору, тому що зростає поширеність зорових дефектів в суспільстві. У цю категорію входять особи які мають труднощі в процесі соціальної адаптації. Соціальна значущість цієї проблеми і зумовили вибір теми дослідження.

Серед проблем соціальної адаптації дорослих з патологією зору можна виділити такі, як психофізіологічні, індивідуально-типологічні та соціально-психологічні. Психофізіологічні проблеми включають до себе труднощі зі сприйняттям і орієнтацією в просторі, слабкість, підвищену стомлюваність, труднощі концентрації уваги, дратівливість, непереносимість яскравого світла, гучних звуків, поганий сон та ін.. Індивідуально-типологічні – це відхилення характеру, пов'язані з комплексом неповноцінності; емоційні порушення; розвиток патопсихологічних синдромів; індивідуальне ставлення до себе й до оточуючих, що призводить до відсутності мотивації на процес реабілітації. До соціально-психологічних проблем відносяться порушення звичного життєвого стереотипу; зміна соціальних ролей, пов'язаних із захворюванням; індивідуальне або зневажливе ставлення оточуючих; зниження якості життя; труднощі працевлаштування; соціальна пасивність, яка може призводити до ізоляції від суспільства. Наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості можуть бути соціальна неуспішність, девіантні форми поведінки, психологічний стрес, що призводить до нервово-психічних