**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми фізичної терапії та ерготерапії при порушеннях харчової поведінки у жінок**

**1.1. Теоретико-методологічні основи дослідження харчової поведінки жінок**

Розкрито сутність харчової поведінки, особливості етіопатогенезу та класифікації харчових розладів, специфіку методів та стратегій психологічної допомоги при розладах харчової поведінки.

Висвітлюється наша методологічна позиція підходу до проблеми з точки зору проблем розвитку вищої психіки і особистості.

Особливу увагу приділено гендерним особливостям харчової поведінки в нормі і при відхиленнях.

Спеціальна увага приділена аналізу доробок, присвячених особливостям харчової поведінки жінок.

Науковці, які займалися проблемою особливостей харчової поведінки, виокремлювали різні сторони та аспекти цього складного феномену (С.В. Агра, В.О. Андрєєва, Г.А. Аріна, А.В. Бабаєва, О.В. Бацилєва, Д.Г. Бессесен, О.Е. Бєляєва, О.І. Богучарова, Л.Ф. Бурлачук, В.І. Шебанова, Н. Шнаккенберг та ін.).

Так, Л.Ф. Бурлачук розглядає проблему харчової поведінки особистості в контексті проблем психодіагностики.

В підході В.І. Шебанової харчова поведінка досліджується як феномен тілесності індивідуального та колективного суб’єкта.

Н. Шнаккенберг особливу увагу приділяла дисморфофобіям як викривленням сприймання власного тіла.

Відзначається соціокультурний, біологічний та онтогенетичний аспекти харчової поведінки людини.

Харчування людини з самого народження пов’язане з міжособистісною взаємодією.

Згодом їжа стає невід’ємною складовою процесів спілкування та соціалізації.

У свою чергу, традиції, харчові звички відбивають рівень розвитку культури, національну, територіальну і релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки (Л.М. Ваколюк, Є.І. Гетманчук, О.К. Кіслова, Г.Д. Золотова, Н.Ю. Краснопьорова, А.М. Скрипніков, О.О. Скугаревський, В.І. Шебанова).

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

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

Сучасні дослідники розглядають порушення харчової поведінки як дезадаптивний спосіб вирішення конфліктів: люди з порушеннями харчової поведінки використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм почуттям неадекватності перед лицем вимогливого життя.

Почуття неспроможності розвивається як за відсутності важливих життєвих навичок, так і на тлі невдалих спроб встановити ефективні стосунки з іншими людьми.

Порушення харчової поведінки, зокрема булімія, є стратегією копінгповедінки, в якій їжа, вага тіла і образ тіла стають головними життєвими цінностями.

З методологічної позиції генетико-моделюючого підходу була необхідність вихідної дефініції харчової поведінки, яка б враховувала виникнення та генез харчової поведінки людини.

Методологічно ми спираємося на положення Л.С. Виготського про суто людський характер будьяких потреб і дій людини. С.Д. Максименко показав, що конкретна поява будь-якої активності суб’єкта має суто людський характер і поведінка визначається єдиним енергетично-інформаційним носієм – нуждою, яка конкретизується в окремих потребах і одразу набуває соціального характеру, оскільки активність людини в нормі витікає із «зустрічі» вітальних потреб із соціальним оточенням.

На цій основі в якості робочого поняття харчової поведінки ми пропонуємо наступне.

Харчова поведінка – система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямована на задоволення потреби в їжі.

Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, що являє собою міжфункціональну психологічну систему, в якій істотним є не лише задоволення потреби, а й сам процес приймання їжі.

Тому існує зворотній вплив процесу харчування на відповідну вітальну потребу. В цьому сенсі відкривається процес генезу харчової поведінки, її загальні та індивідуальні особливості, зокрема статеві.

Остання має виражений гендерний характер, оскільки культурально потреби жінок (в тому числі харчові) в різних мега- і мікрокультурних середовищах набувають різних психосексуальних і соціопсихологічних ознак.

Основний теоретичний аналіз роботи проведено з точки зору методології функціонально-генетичного підходу (Л.С. Виготський). Результатом даної теоретико-аналітичної роботи став наш висновок, що (з точки зору культурно-історичного підходу) харчову поведінку слід розглядати як вищу міжфункціональну психологічну систему, яка виникає одразу після народження дитини і знімає суперечність біологічного і соціального факторів.

Генетико-моделюючий метод (С.Д. Максименко) дозволяє системно підійти до явища, що вивчається, висвітлюючи зворотній вплив вітальних та культурних чинників.

На основі цього методу була створена система діагностично-корекційних процедур, які описуються і аналізуються у роботі.

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

**1.2. Параметри і чинники харчової поведінки жінок**

Проведено аналіз харчової поведінки та харчових виборів жінок, виявленню особливостей самосвідомості жінок, вивченню «Я-тілесного» в структурі Я-концепції, дослідженню психологічної структури та змісту «Ятілесного».

В цілому, вивчення емпіричних та теоретичних закономірностей дало нам змогу виділити психологічні складові харчової поведінки жінок.

До виділених нами психологічних складових харчової поведінки відносяться:

- Мотивація (споживання певної їжі під впливом мотивів, пов’язаних з бажаними змінами в самосприйманні, необхідними обмеженнями з врахуванням процесів цілепокладання особистості тощо);

- Досвід (знання про користь харчових продуктів, обізнаність про основи здорового, фізіологічного, гармонійного, різноманітного харчування);

- Когнітивні особливості (відчуття від їжі, сприймання страв, пам’ять про смак тощо);

- Емоції (споживання їжі під впливом емоцій, щоб зменшити тривогу, подолати невпевненість, для уникнення страхів);

- Саморегуляція (наприклад, споживання їжі як засіб зменшення психологічного напруження);

- Операціональні характеристики (власне поведінковий компонент споживання їжі: особливості темпу, обставин, повторюваних патернів харчової поведінки).

Встановлено, що харчова поведінка людини існує у межах континууму, що включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, нарешті, патологічну харчову поведінку (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне та ін.).

Зміст і роль харчової адикції серед усього різноманіття типів адиктивної поведінки вивчені недостатньо.

Деякі автори (Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Ж. Нардоне) відносять відхилення харчової поведінки до групи проміжних адикцій; інші (Т. Манн, Н. Шнаккенберг) вважають, що нервова анорексія і булімія є специфічними психопатологічними феноменами.

Причиною нервової анорексії, як правило, вважають дисморфофобічні переживання, пов’язані з невдоволенням власною зовнішністю, у тому числі і зайвою вагою.

Булімія зустрічається як психопатологічний симптом у рамках багатьох інших психічних розладів: органічних захворювань головного мозку, розумової відсталості, шизофренії тощо.

Ряд дослідників вивчає такий психологічний феномен, як «тілесність» (Т.С. Леві, В.А. Подорога, Д.А. Бескова, І.М. Биховська, В.М. Розін, Б.В.Марков та ін.).

Я-тілесне представляє інтерес і є предметом одночасного вивчення різних психологічних дисциплін.

Дослідники (Р. Бернс, О.Т.Соколова, В.С. Мухіна, І.С.Кон, М. Владімірова, А.Ш.Тхостов, А.А.Налчаджян та ін.) підкреслюють, що уявлення про своє тіло, його розміри, форму, привабливість, служать найважливішим джерелом формування уявлення про власне Я.

Були виділені кілька основних дефініцій Я-тілесного: схема тіла (інтегральний фізіологічний сенсомоторний еквівалент тіла); образ тіла як складна комплексна єдність сприйняття, установок, оцінок, уявлень, пов’язаних з тілесною зовнішністю і з функціями тіла (О.Т. Соколова); концепція тіла як формальне знання про тіло, яке виражається за допомогою загальноприйнятих символів (Р. Шонц); тілесність як феноменологічна реальність, що є поєднанням біопсихосоціальних аспектів тілесного буття суб’єкта у фізичному світі (Д.А. Бескова); Я-фізичне як продукт самосвідомості, один з вимірів Я-концепції людини, що включає когнітивну, афективну і поведінкову складові.

Таким чином, образ «Я-тілесне» є важливим фактором функціонування харчової поведінки жінок.

Виділення психологічних складових харчової поведінки жінок уможливлює диференційовані уявлення про сутність та форми прояву харчової поведінки як комплексного феномену.

Узагальнені уявлення про таку підструктуру самосвідомості, як «Я-тілесне», дозволили розробити та запропонувати систему психологічних засобів контролю та корекції харчової поведінки жінок.

**1.3. Засоби контролю харчової поведінки жінок**

Проаналізовано чинники, що впливають на контроль режиму харчування, підходи до подолання розладів харчової поведінки та особливості психологічної саморегуляції харчової поведінки жінок.

Проблемі психологічних засобів контролю та саморегуляції харчової поведінки присвячена низка наукових робіт (О.Ф. Бондаренко, Л.Ф. Бурлачук, Н.В. Ковальова, В.І. Коростій, О.С. Кочарян, С.Д. Литвин-Кіндратюк, С.Д. Максименко, В.І. Моросанова, П. Спаркс, А. Станкард, Г. Таска, П. Шіран та ін.).

Головною особливістю методів саморегуляції є їх спрямованість на формування адекватних внутрішніх засобів, що дозволяють людині здійснити спеціальну діяльність щодо зміни свого стану (Дж. Айзер, В.М. Астахов, О.І. Богучарова, Ф.Ю. Василюк, Н.Ф. Каліна, О.М. Кокун, В.І. Моросанова, М. Фішбейн).

Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок припускають виокремлення, зокрема:

- Планованої харчової поведінки (споживання їжі відповідно до заздалегідь визначеного плану, дієти чи системи харчування);

- Спонтанної харчової поведінки (споживання їжі без попереднього плану, без системи);

- Особистісної харчової поведінки (споживання їжі визначається самою особистістю, системою її цінностей, мотивів, установок, цілей);

- Польової/ситуаційної харчової поведінки (споживання їжі визначається ситуацією, яка є в наявний момент; особистість йде не за власними інтенціями, а за стимулами ситуації, яка її оточує).

Виокремлення основних типів та психологічних складових харчової поведінки жінок обумовило необхідність розгляду особливостей саморегуляції харчової поведінки.

Основу терапії нервової анорексії складає усунення конфліктних ситуацій (психотерапія при безпосередній участі членів сім'ї) і поступове приведення розпорядку життя в нормальний стан.

Психокорекція має бути спрямована на виявлення спонукальних мотивів, почуттів і прагнень хворих (О.Е. Бєляєва, О.Ф. Бондаренко, Л.М. Вольнова, П.П. Горностай, Н.І. Долишня, Ю.М. Дука, Н.Ф. Каліна, В.І. Коростій).

Психотерапевт або психотерапевтична група повинні наполегливо і послідовно, але украй обережно розвивати у хворих упевненість в собі і прагнення до лікування.

Сімейна терапія може допомогти вирішити основні сімейні труднощі, наприклад, проблемні стосунки між членами сім'ї, надмірну опіку і суворість по відношенню до хворого, його нездатність виходити з конфліктних ситуацій.

Психологічна допомога особам з булімією включає як когнітивну терапію (розпізнавання ненормальної поведінки пацієнта), так і терапію, спрямовану на безпосередню корекцію ненормальної поведінки (Л.В. Дудар, М.О. Овдій, В.І. Коростій, Е.С. Креславський, А.Є. Нижник, А.В. Рогов та ін.).

Будь-яка корекція зайвої ваги повинна проходити під спостереженням декількох фахівців: дієтологів, ендокринологів, психотерапевтів і психологів.

Якщо є симптоми нервової булімії, то спочатку необхідно вилікувати цей розлад.

Для цього застосовується спеціальна програма, яка складається з ряду послідовних психологічних корекційних заходів.

Їх мета полягає в тому, щоб навчити людину виходити без втрат з важких життєвих ситуацій, вивільнити внутрішнє «Я» і допомогти повніше реалізувати себе (Д. Вільямсон, Т. Вебб, Ю.И. Савенков, Ю.Л. Савчікова, Л.І. Сидоренко, В.І. Смоляр, О.Т. Соколова та ін.).

Психологічна допомога при розладах харчової поведінки – це підтримуючий процес для постановки пріоритетів та цілей, а також створення індивідуалізованих планів дій для клієнта, який визнає та підтримує відповідальність за турботу про себе (М.В. Гриньова, Т.І. Гряділь, І.В. Журавльова, О.М. Кокун, В.А. Косяк, Є.С. Креславський, О.В. Кузьмінська та ін.).

Фахівці проводять психологічне консультування з проблем харчової поведінки з клієнтами для фасилітації поведінкових змін. Згідно теорії багатоаспектного розгляду перспектив ризику (Р. Бейкер, К. Бутел, М. Вайзман, Е. Гарфінкел), на людину одночасно впливають декілька різних чинників, що сприяють розвитку розладу режиму харчування. Чинниками можуть бути соціальний тиск, проблеми сепарації від батьків, особливості періоду онтогенезу тощо.

При корекції таких розладів корисно використовувати комбінації соціокультурних, психологічних і біологічних підходів.

Коли до розладу призводять не один, а декілька чинників, методи корекції мають бути гнучкими, розробленими конкретно для кожного унікального набору проблем клієнта.

Клінічну картину компульсивного переїдання складають два головні компоненти: споживання значних обсягів їжі за відносно короткі періоди часу та відчуття втрати самоконтролю у процесі такого компульсивного споживання.

Притому ці компоненти не завжди є нерозривно пов’язаними. Для пояснення поведінки, яка формує та підтримує компульсивне переїдання, слід окреслити зв’язки між поведінковою, когнітивною, афективною та інтерперсональною підсистемами.

Таким чином, психологічні засоби контролю харчової поведінки поділяються на зовнішні та внутрішні.

Опора на засоби самоконтролю та саморегуляції є важливою в процесі надання психологічної допомоги жінкам з розладами харчової поведінки.

Аналіз засобів контролю харчової поведінки підводить нас до необхідності дослідження чинників, що впливають на харчову поведінку та формування розладів – анорексії, булімії та компульсивного переїдання.

**РОЗДІЛ 2**

**Комплексні засоби** **фізичної терапії та ерготерапії при порушеннях харчової поведінки у жінок**

**2.1. Аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку жінок**

Розглядається якість життя, дитячо-батьківські взаємини, образ «Я-тілесне», оптимістичні упередження як фактори, які впливають на харчову поведінку, аналізується проблема харчових виборів в контексті норми та патологій харчової поведінки жінок, а також виявляються основні особливості надання психологічної допомоги особистості з розладами харчової поведінки.

Сучасна клінічна практика подає переконливі свідчення того, що психіатричні розлади у батьків здатні впливати на можливості та практики виховання дітей, і відповідно на дитячий розвиток (Г.А. Аріна, А.В. Бабаєва, О.В. Бацилєва, Д.Г. Бессесен, М. Вайзман та ін.).

Розлади харчової поведінки є важливим джерелом психіатричної морбідності серед жінок та предметом особливої фахової уваги щонайменше з таких двох підстав: по-перше, ключові симптоми вказаних розладів є надзвичайно поширеними та деструктивними у повсякденному житті, зокрема будучи перешкодою відповідальному та емпатично чутливому батьківству.

До цих симптомів зараховують надзвичайну стурбованість через форму, вагу та вигляд власного тіла, так само, як і екстремальні форми харчової поведінки, спрямовані на обмеження прийому їжі та/або на компенсацію переїдання.

Все вищевказане відволікає увагу батьків від актуальних потреб дитини.

По-друге, батьки з розладами харчової поведінки зазвичай мають проблеми у налагодженні міжособистісних стосунків, включно зі стосунками із власними дітьми.

Основними факторами, що впливають на харчову поведінку жінок, є якість життя, дитячо-батьківські взаємини, образ «Я-тілесне» та оптимістичні упередження.

Через біологічну, психологічну, економічну, соціальну та епідеміологічну важливість та значущість багато дослідників та психологівпрактиків звертають увагу на харчові вибори (М. Вайзман, Н. Вайнстайн, Р.Б. Вінг, П. Вінкельман, Т.Г. Вознесенська, А.В. Володькіна, М.В. Гриньова, Т.І. Гряділь, О.Є. Гуменюк, І.Н. Гурвич, Н.І. Долишня, Л.В. Дудар, Ю.М. Дука, Н.М. Зубар та ін.).

У цілому виділяють три загальні підходи щодо моделей харчових виборів.

Згідно з першим підходом, існуючі моделі, концепції та теорії, які були створені для пояснення інших тем, використовуються для дослідження харчових виборів.

Сюди відноситься теорія планованої поведінки, модель переконань щодо здоров’я, транстеоретична модель, соціально-когнітивна теорія, модель гедоністичного споживацького вибору тощо (Дж. Айзер, А. Бандура, Р. Бейкер, К. Бутел, М. Вайзман, Е. Гарфінкел).

У другому підході нові моделі для пояснення харчової поведінки розвиваються дедуктивно, при цьому аналітики створюють свої власні пояснення щодо того, як здійснюються харчові вибори (Р. Вінг, П. Вінкельман, К. Ермітаж, Дж. Ешлі).

Згідно з третім підходом, моделі харчового вибору виникають індуктивно, з використанням якісних методів дослідження, щоб виробити теоретичні інтерпретації щодо того, як люди когнітивно оцінюють їжу та як вони залучаються до харчових виборів (Н. Вайнстайн, Т. Вебб, М. Фішбейн, Х. Чарнг та ін.).

Узагальнюючим може виступити підхід, орієнтований на генетико-моделююче дослідження проблем харчової поведінки особистості (С.Д. Максименко).

Кожний досвід нового харчового вибору додається до нового досвіду людини і може впливати на наступні харчові вибори (М. Вайзман, Т. Манн, Н. Рамсі, Д. Перлмуттер, В.А. Сидоров, Я. Татонь, Н. Шнаккенберг та ін.).

Дослідження змін у траєкторіях харчового вибору груп людей та окремих індивідів дає можливість вивчити вплив соціальних та економічних тенденцій на харчову поведінку особистості.

Ціла низка факторів, від біологічних до антропологічних, взаємодіють у складний та мінливий спосіб, впливаючи на розвиток та підтримку харчових виборів людини (Т. Манн, Я.І. Олексієнко, Х.Г. Рабуховська, Н. Рамсі, Н. Шнаккенберг та ін.).

Розуміння поведінкових впливів у ширшому контексті психосоціальних взаємодій є ключовим для розробки дієтологічних настанов, методик харчування та просвітницьких заходів, які допомагають споживачам вибудовувати оптимальні системи харчування та здійснювати здорові харчові зміни у власному житті.

Для правильного вибору цілей цих харчових змін, зокрема модифікацій особистісних переконань та патернів поведінки, важливо знати та розуміти точки критичного впливу на харчовий вибір людини.

Харчова поведінка безперервно набувається протягом усього життя людини, і тому зміни у такій поведінці вимагають формування повторюваних звичок, які мають бути так само тривалими (Т. Манн, Д. Перлмуттер, Ю.Л. Савчікова та ін.).

Феномен поведінкової зміни у харчовій поведінці людини аналізується у межах значної кількості психологічних та соціальних теорій і концепцій (Дж. Айзер, Р. Бейкер, К. Бутел, Е. Гарфінкел, К. Ермітаж, Дж. Ешлі, М. Фішбейн, Х. Чарнг та ін.).

Крім того, моделі запобігання розладам використовуються для додаткового вивчення підтримки зміненої поведінки.

Незважаючи на те, що у психотерапевтичних інтервенціях щодо харчової поведінки зазвичай використовується якась одна модель, найбільш ефективною виглядає комбінація кількох теорій.

Слід зазначити, що наразі жодна теорія чи модель неспроможна вичерпно пояснити та передбачити увесь спектр різноманітної харчової поведінки людини.

Можна виокремити чотири основні середовищні механізми, через які розлади харчової поведінки батьків можуть впливати на виховання дитини та дитячий розвиток.

По-перше, екстремальні установки щодо харчування, форми та маси тіла можуть мати прямий вплив на дитину.

Наприклад, батьківський страх повноти може спричиняти недогодовування дитини, а хворобливе занепокоєння щодо ваги та форми тіла, а також обсягів спожитої їжі може призводити до конфліктів з дітьми стосовно часу прийомів їжі та формування у батьків упереджено-критичного ставлення до зовнішності та харчової поведінки власних дітей.

По-друге, розлади харчової поведінки можуть перешкоджати батьківству назагал.

Наприклад, надмірне батьківське занепокоєння їжею, харчуванням, формою, розмірами та вагою тіла може вплинути на концентрацію їхньої уваги та зусиль у такий спосіб, що це перешкоджатиме необхідній чутливості до актуальних дитячих потреб, зацікавлень та запитів.

По-третє, батьківські розлади харчової поведінки, зокрема прояви надмірної занепокоєності, можуть працювати як дієва рольова модель для дітей.

По-четверте, розлади харчової поведінки батьків можуть бути пов’язані із неузгодженими шлюбними та родинними стосунками, які теж можуть впливати на розвиток та виховання дітей.

Таким чином, аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку жінок, дозволив виокремити суттєві характеристики норми та девіацій цієї поведінки.

Слід враховувати такі фактори, як якість життя, дитячо-батьківські взаємини, образ «Я-тілесне» та оптимістичні упередження, а також низку інших чинників, які визначають своєрідність функціонування системи харчової поведінки жінок.

**2.2. Дослідження особливостей харчової поведінки жінок та засобів їх корекції**

Наведені результати емпіричного дослідження психологічних особливостей саморегуляції жінок з розладами харчової поведінки з використанням кореляційного та факторного аналізу, а також результати формувального експерименту.

Для емпіричного дослідження були використані такі психодіагностичні методики:

1. Голандський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire).

2. Опитувальник харчової залежності.

3. Опитувальник самоорганізації діяльності (англ. Time Structure Questionnaire, TSQ).

4. Тест диспозиційного оптимізму, або тест життєвої орієнтації (англ. Life Orientation Test, LOT), запропонований Ч. Карвером та М. Шейєром, валідізований Т.О. Гордєєвою, О.А. Сичевим та Є.М. Осіним.

5. Опитувальник часової перспективи Зімбардо (англ. Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI).

6. Методика «Шкала співзалежності» (The Codependency Self-Inventory Scale), розроблена Б. Уайнхолдом та Д. Уайнхолд.

7. Тест на вдячність М. Селігмана.

Досліджувану вибірку склали 58 жінок.

Частину вибірки (18%) утворили жінки із зайвою та надмірною вагою.

Середній вік досліджуваних жінок – 25,08 р., середній показник ІМТ (індексу маси тіла) – 21,96.

Існує кореляція, досліджена між харчовою залежністю та наполегливістю за опитувальником самоорганізації діяльності.

Це свідчить про негативний зв’язок: чим більш наполегливою є людина, тим менша ймовірність настання харчової залежності, і навпаки.

Отже, наполегливість корелює з віком, з одного боку, та з негативною ймовірністю настання харчової залежності, з іншого боку.

Це є важливим для можливих психокорекційних інтервенцій, які можуть бути спрямовані на таку особистісну характеристику, як наполегливість в самоорганізації діяльності.

Існує кореляція між харчовою залежністю та цілеспрямованістю в самоорганізації діяльності.

Інакше кажучи, чим більш цілеспрямованою та організованою є людина, тим менша ймовірність настання харчової залежності, і навпаки.

В психокорекційному сенсі це також є важливим для нас, оскільки підсилення особистісної характеристики цілеспрямованості може допомогти подолати розлади харчової поведінки та вибудувати більш оптимальні патерни взаємодії з їжею.

Існує кореляція між харчовою залежністю та обмежувальною харчовою поведінкою доводить, що розлади харчової поведінки мають загальну особистісну основу, а психокорекційні впливи повинні будуватися із врахуванням позиції цілісної особистості.

Зв’язок між харчовою залежністю та обмежувальною харчовою поведінкою може бути також пояснений такою закономірністю: чим більше людина обмежує себе в їжі, тим більша залежність від цього аспекту життя у неї виникає.

Вирішення цієї проблеми пов’язане з поступовим розвитком чутливості до власних потреб та перефокусуванні на інших значущих сферах життя людини.

Обмежувальна харчова поведінка також позитивно корелює із співзалежністю що пов’язане з тим, що проблеми у відносинах з їжею часто є відображенням проблем у міжособистісних взаєминах.

Кореляція Пірсона віднайдена між харчовою залежністю та часовою перспективою негативного минулого.

Це свідчить про те, що негативний досвід у минулому із високою ймовірністю може призводити до настання харчових залежностей. У процесі факторного аналізу нами були виділені 5 факторів – «Оцінювання», «Самоорганізація», «Часові та тілесні показники», «Саморегуляція харчової поведінки», «Сприймання часу».

Фактор 1 «Оцінювання» (19,44% дисперсії) є біполярним і відображає тенденцію того, що чим більш вдячною та оптимістичною є людина, тим менше вона негативно та фаталістично сприймає минуле і теперішнє та є менш схильною до співзалежностей.

Фактор 2 «Самоорганізація» (14,12% дисперсії) є уніполярним і відображає взаємний зв’язок таких характеристик, як планомірність, використання зовнішніх засобів, бажання структурувати час та часову перспективу майбутнього.

Фактор 3 «Часові та тілесні показники» (9,87% дисперсії) є біполярним і відображає взаємозв’язок віку, індексу маси тіла та часової перспективи позитивного минулого. Причому цікавою є закономірність: чим більшим є вік та індекс маси тіла, тим в меншій мірі минуле сприймається позитивно, і навпаки.

Фактор 4 «Саморегуляція харчової поведінки» (9,13% дисперсії) є біполярним та відображає аспекти цілеспрямованості та наполегливості стосовно харчової поведінки.

Загальна тенденція, відображувана цим фактором, така: чим більш цілеспрямованою та наполегливою є людина, тим менша ймовірність настання харчової залежності, і навпаки.

Фактор 5 «Сприймання часу» (7,23% дисперсії) є уніполярним та відображає різні аспекти того, як людина може сприймати час, зокрема теперішнє, у континуумі від фаталістичного до гедоністичного.

У формувальному експерименті брали участь 25 жінок у віці 17-25 років.

Після завершення психокорекційної програми нами було проведено контрольне дослідження, метою якого було визначення її ефективності. У контрольній групі, де не проводилася корекційна робота, усі показники залишилися на попередньому рівні.

У експериментальній групі, де проводилася корекційна робота, усі показники змінилися: зменшилася кількість жінок з високими (на 8%) і низькими показниками (на 4%) обмежувальної поведінки, і на 12% збільшилася кількість жінок з нормою по цьому параметру.

Виявлені значущі відмінності говорять про те, що корекційна програма допомогла жінкам розвинути навички саморегуляції, оптимізувати систему харчових виборів.

Учасниці стали задоволені своєю зовнішністю більшою мірою, ніж спочатку. Статистичний аналіз отриманих результатів свідчить про те, що значущі відмінності були виявлені за усіма шкалами говорить про високий рівень відмінностей між контрольною і експериментальною групами: в групі жінок, де проводилася корекційна робота, показники закритості, внутрішньої конфліктності, самозвинувачення нижчі, а самовпевненості, самокерування, самоставлення, самоцінності, самоприйняття, самоприв’язаності – вище, ніж в групі жінок, де така робота не проводилася.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження складалося з двох основних частин – констатувальної та формувальної.

Були виявлені значущі кореляційні зв’язки, здійснений експлораторний факторний аналіз та перевірена ефективність запропонованої нами програми для допомоги жінкам з розладами харчової поведінки.

**2.3. Комплексна корекція форм тіла жінок засобами фізичної терапії та ерготерапії**

Якість і кількість споживаної їжі залежить від різноманітних соціальних і фізіологічних чинників, серед яких харчова поведінка відіграє провідну роль.

Спочатку людський організм формувався в умовах споживання кількості їжі, еквівалентної енергії, що витрачається.

Відомо, що споживання їжі не лише компенсує енерговитрати, а й поліпшує психологічний стан людини через стимуляцію синтезу біологічно активних речовин із морфіноподібним ефектом (із легкою ейфорією та досить часто – з харчовою залежністю) [1; 2].

З розвитком цивілізації їжа стала легкодоступною, різноманітною та висококалорійною. Водночас добова витрата енергії скорочується.

Велика кількість їжі, що оточує людину, призводить до того, що їжа може бути використана «за першим бажанням» особи без фізіологічної на те необхідності, лише для реалізації психологічної потреби.

Подібні зсуви у харчовій поведінці призводять до розвитку надмірної маси тіла та ожиріння [3].

Обмежувальна харчова поведінка характерна для людей, які займаються самолікуванням ожиріння, і часто виникає на тлі дієтотерапії.

Це проявляється у надмірному харчовому самообмеженні або у використанні безсистемних, але дуже суворих дієт.

Отже, корекція форм тіла молодих жінок із надмірною вагою засобами фізичної реабілітації є тією актуальною проблемою, що потребує вирішення так як в сучасному житті під впливом соціальних і фізіологічних чинників харчова поведінка молодих жінок являється провідною проблемою.

Зниження рухової активності, переїдання або голодування, стреси, щоденний побут та виснажлива робота – чинники, що негативно впливають не тільки на стан здоров’я молодих жінок взагалі, а й на зовнішній естетичний вигляд, що приводить до відчуття дискомфорту у соціумі та особистого незадоволення фігурою.

Для виконання дослідницької роботи ми використовуємо наступні методи: аналіз і узагальнення літературних даних, педагогічний експеримент, антропометричні методи та визначення складу тіла, функціональні проби, методи математичної статистики [4].

Гіпотеза дослідження полягає у тому, що поєднане застосування аеробних, силових вправ, масажу та раціонального харчування приведе до більш вираженої корекції форм тіла і целюліту у молодих жінок.

За останні роки в літературі накопилось багато даних стосовно різноманітних програм корекції надмірної ваги з залученням різних видів фізичного навантаження. Вчені з College of Physiotherapy, Pravara Institute of Medical Sciences, India, 2013 р., у своїй роботі акцентують увагу, що надмірна вага негативно впливає на грудну клітину, діафрагму та м'язи передньої черевної стінки, що в свою чергу призводить до порушення зовнішнього дихання. просто застосування аеробних вправ.

У 2011 році Мороз О. О. у своїй роботі показала, що найбільш оптимальними для корекції маси тіла жінок молодого віку були аеробно-силові тренування, що призвели до зменшення маси тіла на 4%, зменшення жирового компоненту на 1,4%, підвищення м'язевої маси на 6,1%.

Тренування аеробної спрямованості сприяли зменшенню маси тіла на 3,3%, зменшення жирового компоненту склало 3,2%.

Тренування силового спрямування призвели до збільшення м'язової маси на 3%, показники загальної маси та жирового компоненту зросли до 2%.

Використання у заняттях аеробної та силової спрямованості дихальних вправ підсилює їх оздоровчий та коригуючий ефект [5].

Аеробні вправи є ключовим фактором програм для зниження вісцерального жиру, та потребують подальшого вивчення.

Вчені з Каліфорнії довели, що 60 хвилинні аеробні вправи впливають на центр голоду, пригнічують апетит та знижують мотивацію до вживання їжі.

В літературі зустрічаються дослідження які демонструють, що аеробні навантаження однаково ефективні для корекції маси тіла як чоловіків так і жінок.

Останнім часом великої уваги почали приділяти оздоровчим фітнес програмам в яких акцент робиться на регламентне дихання.

Такі оздоровчі програми як бодіфлекс, оксісайз, ніши, пілатес, пранаяма йога та інші.

В літературі зустрічаються дані про використання вищезазначених програм для корекції надмірної ваги.

Є думка про те, що спеціальні дихальні вправи дозволяють збільшити насичення киснем клітин, що в свою чергу призводить до прискорення метаболічних процесів та окислення жирів [7].

Інші численні дослідження показали, що тренування дихальних м'язів покращує дихання та витривалість, так само як їзда на велосипеді чи фізичні вправи на витривалість.

Хоча механізм за допомогою якого тренування дихальних м'язів покращує фізичну працездатність до кінця не з'ясований та потребує додаткових досліджень [8].

Ходьба є найпоширенішим методом профілактичної та оздоровчої медицини в світі.

Статистичні дані засвідчують велику популярність ходьби як виду фітнесу в усьому світі.

Так у США нею займаються більше 50 млн осіб, у Канаді близько 40% населення.

Велика кількість прихильників оздоровчої ходьби проживає в Південній Америці, Європі, особливо в скандинавських країнах.

В Фінляндії професійні лижники, які намагалися підтримувати себе в формі весь рік, запропонували тренування без лиж, використовуючи ходьбу та лижні палки.

Цей вид ходьби почали називати скандинавською або Nordic walking, за останні десятиріччя вона набула великої популярності серед населення і не тільки скандинавських країн.

Її особливість полягає в тому, що в процесі заняття включаються в роботу до 90% м'язів тіла, це сприяє більшій траті калорій ніж при звичайній ходьбі [9].

Ще один важливий загальний ефект занять оздоровчою ходьбою – нормалізація функцій центральної нервової системи (ЦНС), а саме співвідношення процесів збудження і гальмування.

Порівнюючи з початком дослідження, наприкінці ми спостерігали зменшення маси тіла та зміни складу тіла серед жінок обох груп, але проведений детальний аналіз показав статистично достовірну різницю в динаміці показників в групах та між групами.

Отже, було виявлено, що у жінок основної групи зменшення маси тіла склало 9,5%, у жінок контрольної групи 5,8%, різниця між групами мала достовірний характер (р < 0,05).

ІМТ маси тіла у жінок основної групи після дослідження склав 24,7 ± 0,8 кг/м (зменшення на 11,5%), аналогічний показник серед жінок контрольної групи склав 26,3 ± 0,8 кг/м (зменшення на 6,4%), при чому ми не спостерігали достовірної різниці за даним показником між групами (р > 0,05).

Об’єм талії (ОТ) достовірно знизився у жінок основної групи на 10,4% (р < 0,05), а у жінок контрольної групи – на 3,4% (р > 0,05), різниця між групами була достовірна (р < 0,05).

Зменшення об’єму стегон (ОС) у жінок основної групи склало 7,4% (р < 0,05), а у жінок контрольної групи – 3,2% (р > 0,05), різниця між групами була достовірна (р < 0,05).

Показник ОТ/ОС серед жінок основної групи зменшився на 3,2% (р < 0,05), а у жінок контрольної групи – на 0,2% (р > 0,05), різниця між групами була достовірна (р < 0,05).

Значно зріс показник ЕГК: у основної групи на 47,6% (р < 0,01), у контрольної групи на 14,6% (р < 0,05), різниця між групами була достовірна (р < 0,05).

Динаміка ваги тіла та окружностей у жінок обох груп була значною внаслідок зменшення відсотку жирової тканини в організмі. У жінок основної групи зменшення жирової тканини було на 20,6% (р < 0,05), а у жінок контрольної групи на 12% (р < 0,05), різниця між групами мала достовірний характер (р < 0,05).

Збільшення м'язового компоненту у жінок основної групи склало 6,1% (р > 0,05), а у жінок контрольної групи – 3,8% (р > 0,05), різниця між групами була недостовірна (р > 0,05).

Хотілося б відзначити факт, що в контрольній групі поліпшення стану целюліту були незначними, а в основній значно було покращено стан целюліту.

Так, у жінок основної групи спостерігалось зменшення шкірно-жирових складок на передній поверхні грудної клітки на 34,1% (р < 0,05), середній аксилярній лінії на 32,6% (р < 0,05), на рівні пупка на 31,8% (р < 0,05), надостній ділянці на 26,5%, (р < 0,05), задній поверхні плеча на 20,9% (р < 0,05), під лопаткою на 28,9% (р < 0,05), передній поверхні стегна на 35,3% (р < 0,05).

У жінок контрольної групи зменшення шкірно-жирових складок було менш вираженим: на передній поверхні грудної клітки на 25,6% (р < 0,05), середній аксилярній лінії на 16,5% (р > 0,05), на рівні пупка на 12,4% (р > 0,05), надостній ділянці на 11,2%, (р > 0,05), задній поверхні плеча на 9% (р > 0,05), під лопаткою на 19,7% (р < 0,05), передній поверхні стегна на 18,1% (р < 0,05).

Таким чином, на основі аналіз вищенаведених даних ми бачимо, що в процесі корекції надмірної ваги серед жінок обох груп спостерігалася позитивна динаміка антропометричних показників.

Також було виявлено, що в основній групі покращення показників було більш вираженим, ніж у контрольної групи, що говорить про більш ефективний вплив розробленої програми реабілітації на зменшення жирової тканини.

Виявлено зменшення приросту пульсу на пробу в обох групах, в основній групі динаміка мала більш виражений характер 35,7%, в контрольній групі – 14,2%.

Різниця між групамистатистично достовірна (р < 0,05).

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що нами було виявлено позитивну динаміку антропометричних та функціональних показників кардіореспіраторної системи в обох групах, але жінки, що займалися за розробленою програмою реабілітації, мали переваги по більшості показників.

В результаті вивчення літературних джерел було встановлено, що надмірна вага та целюліт – одна з актуальних проблем жінок сьогодення, яка з кожним роком набуває все більших обертів в усьому світу.

На даний час гостро стоїть питання профілактики виникнення ожиріння серед осіб молодого віку, яке пов’язане зі зміною стереотипу життя сучасної молоді, вживанням висококалорійної їжі та низьким рівнем фізичної активності.

Важливим моментом є своєчасне виявлення осіб молодого віку з надмірною вагою та проведення корекційних засобів з метою оптимізації антропометричних, функціональних показників та запобіганню подальшого набору маси тіла.

В зв’язку з вищезазначеним актуальність проблеми корекції форм тіла та целюліту у молодих жінок не викликає сумнівів.

Тому пошук нових комплексних заходів реабілітації цього контингенту є актуальним завданням сучасності.

У всіх групах були досягнуті зміни антропометричних показників.

У кінці дослідження у жінок обох груп відзначалася позитивна динаміка: зменшення проявів дистрофічних змін шкіри (ефект «апельсинової шкірки»), зменшення об'єму талії, стегон, зменшення набряклості нижніх кінцівок.

В результаті дослідження встановлено, що поєднане застосування аеробних, силових вправ, масажу та раціонального харчування приводить до більш вираженої корекції форм тіла і целюліту у молодих жінок.

Ожиріння та депресія є частими коморбідними станами у практиці фізичного терапевта, що ускладнюють клінічний перебіг один одного, отже, потребують комплексного підходу у реабілітаційній діагностиці та корекції.

Для оцінки симптомів депресії проведено розпитування 28 осіб другого зрілого віку з екзогенним ожирінням І-ІІІ ступеня за опитувальником Patient Health Questionnaire-9.

За результатами визначення реабілітаційного комплаєнсу пацієнтів було поділено на дві частини.

Групу порівняння склали особи з низьким рівнем комплаєнсу, які були проінформовані про ускладнення ожиріння; ознайомлені з основними принципами гіпокалорійного харчування та фізичної активності.

Основну групу склали особи з високим рівнем комплаєнсу, які проходили річну розроблену програму корекції маси тіла із застосуванням заходів для підтримки досягнутого рівня комплаєнсу, модифікації харчування, збільшення фізичної активності, лімфодренажних процедур, поведінкової психокорекції.

Контрольну групу склали особи з нормальною масою тіла. У пацієнтів із ожирінням виявлялась депресія, пропорційна ступеню ожиріння.

При ожирінні ІІ-ІІІ ступеня депресія була більше вираженою у жінок, порівняно із чоловіками.

Застосування заходів немедикаментозної реабілітації призводило до нормалізації психоемоційного стану хворих при ожирінні І-ІІ ступеня.

При всіх ступенях ожиріння визначалось статистично значуще зменшення ступеня вираженості ознак депресії і, відповідно, покращення якості життя.

При ожирінні ІІ-ІІІ ступеня жінки частіше відмічали негативний вплив ожиріння на соціальне функціонування у порівнянні із чоловіками.

Діагностика симптомів депресії у хворих з ожирінням є раціональним аспектом реабілітаційного обстеження.

Ефективність програми корекції немедикаментозними засобами в рамках програми фізичної терапії доцільно оцінювати за динамікою психологічного стану.

У даний час практично кожен четвертий житель планети має надлишкову масу тіла або страждає ожирінням.

Поширеність захворювання продовжує збільшуватися і вже досягає масштабів епідемії, що зводить його в ранг одного з найбільш соціально значущих хронічних захворювань [1, 2].

Психологічні та психопатологічні фактори відіграють велику роль у генезі ожиріння.

Серед них особлива увага приділяється психічному стресу, емоційним та когнітивним порушенням, аномаліям особистості, розладам харчової та соціально зумовленим стереотипам поведінки [3, 4].

У хворих з індексом маси тіла (ІМТ) > 25 кг/м2 зростає ризик виявлення психопатологічних розладів, а у більш ніж у половини пацієнтів з морбідним ожирінням (МО) виявляються психічні порушення [5].

Можливі психологічні механізми зв'язку ожиріння і депресивних розладів включають стигматизацію осіб з ожирінням, розвиток у них низької самооцінки, негативного ставлення до образу власного «Я» і подальшої тривоги та депресії.

Симптоми останніх у огрядних осіб наростають паралельно збільшенню бала психосоціальних проблем.

Психопатологічний дистрес виявляється у 26% осіб з ожирінням і погіршує якість життя достовірно більше, ніж супутні ожирінню соматичні захворювання.

Крім того, психотравмуючі події дитинства в 4,6 рази підвищують ризик ожиріння в дорослому віці.

В анамнезі у таких осіб часто відзначається рання втрата або алкоголізм батьків, а в дорослому віці – незадовільне сімейне життя і сексуальні відносини, що посилює депресивну і тривожну симптоматику [5, 6, 7].

Депресія сама по собі також вважається широко розповсюдженим захворюванням, особливо серед пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями.

Її поширеність впродовж життя в популяції становить біля 17%, а в осіб з ожирінням – 29-56%.

Огрядні особи відносяться до групи ризику виникнення даного захворювання за такими потенційними або наявними критеріями: наявність поведінкових розладів та епізодів депресії в анамнезі, захворювань з хронічним перебігом; психоемоційне навантаження; соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у сім’ї [8, 9].

Депресія також знижує комплаєнтність хворих, тобто ускладнює розвиток довірчих усвідомлених відносин між фахівцем і пацієнтом, в ході яких останній готовий рівноправно співпрацювати з спеціалістом, слідувати його розпорядженням і рекомендаціям на основі отриманої інформації.

Депресивні пацієнти схильні до сумнівів, нерішучості, невіри в благополучний результат через почуття безвиході, провини, анергії та апатії [7, 8, 9].

У рамках неспецифічної профілактики ознак депресії, а також у процесі корекції її ознак доцільно надавати рекомендації щодо дотримання режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, регулярної фізичної активності здорового способу життя, загальних принципів самодопомоги та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток депресії на фоні корекції ознак основного захворювання [9].

Рекомендуються короткочасні аеробні вправи з поступовим переходом на довгострокову аеробну фізичну активність до закріплення нової звички.

Фізична активність стимулює вироблення ендорфінів, які викликають почуття радості, що триває впродовж декількох годин після того, як вправи закінчені.

М'язові навантаження також можуть сприяти нейромедіації серотоніну [10, 11].

Отже, доцільно проводити визначення антидепресивної ефективності немедикаментозних засобів реабілітації в рамках програми фізичної терапії осіб з хронічним соматичним захворюванням – ожирінням.

Метою дослідження було визначення ефективності програми немедикаментозної реабілітації за динамікою ознак депресії у жінок та чоловіків з ожирінням І-ІІІ ступеня.

У процесі дослідження проведено розпитування 28 осіб другого зрілого віку (39,6±1,4 років) з екзогенним ожирінням (діагностованого за індексом маси тіла):

І ступеня – 65 жінок, 51 чоловік;

ІІ ступеня – 64 жінки, 43 чоловіка;

ІІІ ступеня – 43 жінки, 31 чоловік.

Контрольну групу (КГ) склали 34 жінки та 26 чоловіків з нормальною масою тіла (41,1±2,3 років).

За результатами попереднього визначення реабілітаційного комплаєнсу (згоди на виконання реабілітаційних рекомендацій) [12] пацієнтів було поділено на дві частини.

Групу порівняння (ГП, відповідно до ступеня ожиріння ГП1, ГП2, ГП3) склали особи з низьким рівнем комплаєнсу; вони не проходили програму реабілітації для зменшення маси тіла, але були проінформовані про ускладнення ожиріння; ознайомлені з основними принципами гіпокалорійного харчування та фізичної активності при ожирінні.

Основну групу (ОГ, відповідно до ступеня ожиріння ОГ1, ОГ2, ОГ3) склали особи з високим рівнем комплаєнсу, вони проходили річну розроблену програму корекції маси тіла із застосуванням заходів для підтримки досягнутого рівня комплаєнсу, модифікації харчування, збільшення побутової та тренувальної фізичної активності, лімфодренажних процедур, елементів поведінкової психокорекції [12].

Для оцінки симптомів депресії, які виникають на фоні негативних емоцій та стресу, можуть спричинити виникнення ожиріння та ускладнюють реабілітаційний процес, використовували Опитувальник пацієнта про стан здоров'я PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) – шкалу самооцінки депресії з дев'яти пунктів, рекомендовану на території України в якості скринінгової анкети для первинного визначення наявності і ступеня депресії та ефективності протидепресивних міроприємств [9].

Критеріями оцінки вираженості депресії було:

0-4 бали - відсутня,

5-9 бали – легка («субклінічна»),

10-14 бали - помірної тяжкості,

15-19 бали – середньої тяжкості,

20-27 бали – тяжка.

В рамках окремого розділу цієї анкети також визначали самооцінку пацієнтами впливу симптомів депресії на соціальне функціонування (відсутність впливу, дещо, дуже, надзвичайно).

Дослідження проводились у відповідності до принципів «Належної клінічної практики» (Good Clinical Practice).

Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі у ньому.

Статистичну обробку отриманих результатів (розрахунок середнього арифметичного значення та середнього квадратичного відхилення (S); оцінка достовірності отриманих показників за критерієм Стьюдента) здійснювали за допомогою програми «Microsoft Excel» 5.0.

Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05.

При визначенні вихідного рівня депресії у пацієнтів з ожирінням виявлено наступні закономірності. У жінок з ожирінням І ступеня виявлено розлади по типу легкої субклінічної депресії.

Якщо за абсолютними цифровими параметрами вираженості змін пригніченого стану між гендерними групами не виявлено різниці (р>0,05), то за ступенем самооцінки впливу симптомів депресії на соціальне функціонування тільки чверть розпитаних чоловіків відмічали деякий вплив; серед жінок це відмічало більше 40%.

При ожирінні ІІ ступеня ступінь виявлених ознак відповідав депресії помірної тяжкості в обох гендерних групах, але був більше виражений у жінок.

У хворих з морбідним ожирінням (ІІІ ступеня) в обох статевих групах визначено зміни на рівні депресії середньої важкості.

Жінки частіше, ніж чоловіки, відзначали надзвичайний вплив пригніченого настрою на соціальне функціонування.

Після проведеної програми ФТ в обох гендерних групах ОГ1 досягнуто статистично значущого покращення психоемоційного стану, що проявлялось рівнем відсутності ознак депресії.

Майже всі обстежені вважали, що мінімальні ознаки психоемоційного пригнічення не впливали на психо-соціальне функціонування.

Після проведеного втручання у пацієнтів з ожирінням ІІ ступеня параметри чоловіків статистично значуще зменшились відносно вихідного рівня та досягли рівня норми, а у жінок виявили аналогічну тенденцію, проте зупинились на нижній межі субклінічної депресії.

Цей факт базувався на тому, що вони частіше відмічали деякий вплив пригніченого настрою на функціонування, ніж чоловіки.

Під впливом програми немедикаментозної корекції у хворих з ожирінням ІІІ ступеня психоемоційний стан статистично значуще покращивсядо рівня параметрів субклінічної депресії.

Але жінки, на відміну від чоловіків, як і при ожирінні ІІ ступеня, виявляли більш виражений вплив ознак депресії на соціальні функції.

Надмірна вага перестала розглядатися як суто естетична проблема і розцінюється як важливий фактор, що впливає на здоров'я, працездатність і якість життя.

На це прямо вказує зв'язок ожиріння з такими поширеними і соціально значущими захворюваннями, як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, синдром обструктивних апное уві сні, порушення репродуктивної функції, онкологічні захворювання, депресивні розлади [2, 4, 7].

Все це призводить до необхідності поглибленого вивчення етіології, патогенезу, клініки та діагностики ожиріння та його коморбідних станів, а також розробки нових методів їх корекції.

Найчастішим психічним розладом у пацієнтів з ожирінням є депресія, яка виявляється, за даними різних дослідників, у від третини до половини осіб, що мають ожиріння [1, 6, 13].

Так, в результаті обстеження 40,086 пацієнтів [1], був виявлений взаємозв'язок між масою тіла і депресією, суїцидальними спробами.

Визначено, що пацієнти з морбідним ожирінням (високого ступеня), особливо жінки, яких не задовольняв їх зовнішній вигляд, мали високий ризик розвитку депресії.

Дана закономірність підтверджена у проведеному дослідженні.

Стрес-реакції провокуються психосоціальними та економічними проблемами, депресією і тривогою, вживанням алкоголю і курінням.

При надмірному стресі викид кортизолу після стимулу надлишковий, його нормалізація уповільнена, циркадний ритм порушений, ранковий рівень знижений.

На рівень кортизолу впливає не тільки реальний стрес, але і спогади про перенесений і очікування майбутнього стресу, а також настрій.

Пригнічується виділення гонадотропінів та гормону росту, що веде до накопичення вісцерального жиру.

Паралельна активація симпатичної нервової системи супроводжується підвищенням рівня катехоламінів та артеріального тиску.

Депресія і тривога супроводжуються такими ж центральними і периферійними ознаками, як тривалий стрес.

Крім того, при фізичному та психічному стресі підвищуються концентрації нейропептиду Y, що підсилює споживання їжі («заїдання стресу»).

Особи з ожирінням відчувають подвійний стрес – загальний зовнішній соціальний та внутрішній, психоемоційний, пов’язаний із низькою самооцінкою, поганим ставленням до себе [7, 8, 13].

Терапевтичні вправи і фізична активність можуть полегшувати або допомогти зменшити прояви найбільш поширених розладів - тривоги і депресії.

Визначається кілька причин, за якими вправи позитивно впливають на психічне здоров'я.

Має місце поєднання прямих і непрямих факторів: покращення кровообігу та зниження застійних явищ та запалення покращує прогноз; на фоні позитивного впливу чинників навколишнього середовища покращується сприйняття та виникають зрушення у поведінці.

Узагальнюючи дані літератури [10, 11, 14, 15, 16, 18] та власний досвід, представлений у даній статті та у попередніх дослідженнях [12, 17], вважаємо, що засоби фізичної терапії мають велике значення для корекції ознак депресії у пацієнтів з ожирінням через такі механізми:

− збільшення переносимості емоційного стресу.

Оскільки фізичні вправи - це фізіологічний шок, регулярні тренування підвищують неспецифічну стійкість людини до інших видів фізичного та емоційного стресу;

− за рахунок звикання до ознак реакції організму на фізичне навантаження.

Для деяких тривожних хворих характерні підвищена частота серцевих скорочень, рясне потовиділення, озноб та інші симптоми стресу, які виникають під час нападу тривожності, що само по собі викликає розлад.

При регулярному тренуванні пацієнти навчаються контролювати прояви фізіологічного стресу, подібні підвищенню частоти серцевих скорочень або потовиділенню, отже, ці симптоми їх менше лякають;

− підвищуючи самоефективність та самодисципліну (наприклад, навчання вправам), що згодом призводить до вищої самооцінки та полегшує виробленню нового режиму дня;

− стимулюючи соціальні контакти за рахунок виконання вправ в групі інших людей, за підтримки друзів і сім'ї, разом з фізичним терапевтом;

− відволікаючи від негативних думок: усвідомлені вправи здатні відвернути від самозанурення, перенаправивши увагу від негативних внутрішніх проблем до поточних приємних переживань та відчуттів;

− заохочуючи участь замість запобігання.

Зосередження уваги на вправах надає діям значення, розробка і структурування програми акцентує увагу на цінність активності, а не на її уникнення, привчає до наполегливості.

Це навчання наполегливості, заняття замість бажання уникнути можуть допомогти людям з тривожністю подолати уникнення в інших сферах життя, зокрема в процесі досягнення цілей реабілітації;

− виконання вправ з опором та обтяженням допомагає виробленню наполегливості щодо досягненню поставленої мети, самоконтролю, вмінню долати труднощі незважаючи на неприємні відчуття;

− підвищення вироблення ендорфінів в процесі регулярних тренувань закріплює позитивний антидепресивний ефект та полегшує вироблення режиму та звикання до процесу тренування;

− поліпшення фізіологічного здоров'я за рахунок зменшення ознак соматичних факторів ризику поганого психічного здоров'я таких як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та інші серцево-судинні захворювання;

− прискорення загального та локального кровообігу, зокрема, у головному мозку, що нормалізує метаболізм та прискорює виведення продуктів обміну;

− покращення комплаєнтності пацієнта за рахунок співпраці з фізичним терапевтом, зменшення ознак напруги та депресії, та, відповідно, досягнення поставлених цілей реабілітації.

У пацієнтів із ожирінням виявляється депресія, пропорційна ступеню ожиріння, яка більше виражена у жінок порівняно із чоловіками. Застосування немедикаментозних заходів з метою нормалізації маси тіла в рамках програми фізичної терапії призводить до зменшення ступеня психоемоційної напруги, що проявляється статистично значущим зменшенням ступеня вираженості ознак депресії при всіх ступенях ожиріння та покращення психосоціального функціонування і, відповідно покращенням якості життя.

Діагностика симптомів депресії у хворих ожирінням за простими скринінговими опитувальниками є доцільним аспектом реабілітаційного обстеження у зв’язку із її значною поширеністю.

У випадку діагностики важкої (великої) депресії до складу мультидисциплінарної реабілітаційної бригади доцільно включати психіатра.

Ожиріння характеризується як надлишкове відкладання підшкірного та вісцерального жиру в результаті дисбалансу витрат та споживання енергії.

Воно може бути самостійним багатофакторним захворюванням – як первинне ожиріння (екзогенне, аліментарно-конституціональне (АКО); 95% клінічних випадків), або синдромом, що супроводжує інші захворювання – вторинне ожиріння (симптоматичне; 5% випадків) [4, 10].

В цей час АКО визнано Всесвітньою організацією охорони здоров'я епідемією XXI століття. За її даними, у світі близько двох мільярдів дорослих людей у віці 18 років і старші мають надлишкову вагу, з них понад 600 мільйонів страждають ожирінням [10].

Харчова залежність вважається однією з найпоширеніших причин АКО і постійного зростання кількості огрядних людей. Вона супроводжується неконтрольованою тягою до прийому їжі, болючим сприйняттям зовнішнього вигляду, переживаннями страху і сорому через зловживання їжею та її прийомами.

Виробленню харчової залежності сприяє те, що споживання їжі не тільки компенсує енергозатрати, але й покращує психологічний стан людини за рахунок вироблення біологічно активних речовин, що мають морфіноподібний ефект [2, 5].

Харчова поведінка (ХП) визначається як ціннісне ставлення до їжі та її прийому; система стереотипів, ритуалів і звичок харчування в повсякденних і стресових умовах; певні поведінкові стратегії, орієнтовані на формування і перетворення образу власного тіла.

ХП визначається не тільки потребами, а й особистісними особливостями людини, специфікою її життєвого досвіду. Вона може виконувати різноманітні функції: розрядки психоемоційного напруження; чуттєвої насолоди (що може бути самоціллю); спілкування (їжа пов'язана з перебуванням в колективі); самоствердження (уявлення про престижність їжі і про відповідну «солідну» зовнішність, що особливо поширилося через розвиток соціальних мереж); підтримки певних ритуалів або звичок (релігійні, національні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, батьківській турботі); нагороди або заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетичної потреби тощо.

Важливу роль у розвитку порушень ХП відіграють особливості особистості: висока схильність до стресів, тривожних реакцій, невпевненість в собі [2, 7].

Адекватною формою ХП вважається прийом їжі з метою задоволення потреби в поживних речовинах, коли їжа є виключно засобом підтримки енергетичної та пластичної рівноваги організму.

АКО розвивається переважно в результаті різних порушень ХП на тлі стресу, будучи маркером психічної дезадаптації і неконструктивних стратегій подолання важких життєвих ситуацій [2, 6, 8].

Населення розвинених країн в цей час є своєрідним заручником легкодоступної їжі, особливо вуглеводневої та жирної, при цьому їжа переходить з категорії життєво необхідної в категорію задоволень, які людина намагається отримувати з кожним разом ще у більших кількостях.

Таким чином, поступово формується порушення ХП, що є предиктором розвитку АКО.

Отже, фізична терапія АКО, поряд із застосуванням збалансованої дієти, адекватних фізичних навантажень та інших немедикаментозних заходів, повинна включати базові заходи для корекції психологічного статусу при порушеннях ХП, зокрема такі, які може виконувати фізичний терапевт.

Обґрунтування дослідження. ХП, що визначається як стереотип харчування і включає в себе індивідуальні установки, звички і емоції, що стосуються їжі, оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна (патологічна) залежно від безлічі параметрів, зокрема, від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, а також від кількісних і якісних показників харчування [6, 8].

У здорової людини з нормальною масою тіла посилення реакції на зовнішні стимули проявляється тільки в стані голоду.

При цьому ступінь вираженості реакції прямо пропорційна інтервалу між прийомами їжі.

У хворих АКО ця закономірність відсутня. Виділяють три основні типи порушень ХП: обмежувальна, емоційна і екстернальна [2, 8].

Екстернальна ХП проявляється підвищеною реакцією людини не на внутрішні стимули до прийому їжі (зменшення рівня глюкози в крові, наповненість шлунка та його спорожнення), а на зовнішні – вигляд їжі, реклама харчових продуктів, перебування хворого в місцях, де готують або продають їжу.

Основним фактором появу цього типу ХП є доступність їжі, що обґрунтовує його превалювання в економічно розвинених країнах.

Хворі їдять до тих пір, поки не закінчиться їжа, навіть коли вже виникло відчуття насичення.

Емоційна ХП (емоційне переїдання, гіперфагічна реакція на стрес) визначається у випадках, коли стимулом до прийому їжі є не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що тривожна, роздратована, їй самотньо тощо («заїдає» стрес).

Обмежувальна ХП характеризується надлишковим харчовим самообмеженням і безсистемним дотриманням надмірно суворої дієти, на зміну якій приходять періоди вираженого переїдання.

Емоційний дискомфорт внаслідок постійного стресу (в період обмежень людина страждає від сильного голоду, а під час переїдання – від того, що знову набирає вагу, а всі зусилля були марними) призводить до відмови від подальшого дотримання режиму харчування і до рецидиву АКО.

Визначення типу ХП може бути основою для пошуку нових напрямків корекції маси тіла в рамках модифікації стилю життя хворих з АКО.

Визначення ставлення до їжі дозволяє визначити фактори фізичної терапії (ФТ), що зможуть компенсувати порушення режиму харчування, незадовільні психоемоційні відчуття, неприємні відчуття між прийомами їжі тощо.

Корекцію ставлення до прийому їжі можна вважати довготерміновою ціллю програми ФТ в рамках повільного зниження маси тіла та її тривалого підтримання на досягнутому рівні.

Отже, створення та апробація ефективності програми корекції маси тіла засобами ФТ з врахуванням динаміки ХП є актуальною проблемою галузі охорони здоров'я.

Проведено розпитування 28 осіб другого зрілого віку (39,6±1,4 років) з АКО. За результатами попереднього визначення реабілітаційного комплаєнсу (згоди на виконання реабілітаційних рекомендацій) [1], їх було поділено на дві частини.

Групу порівняння (ГП, відповідно до ступеня АКО – ГП1, ГП2, ГП3) склали особи з низьким рівнем комплаєнсу; вони не проходили програму ФТ для зменшення маси тіла, але були проінформовані про ускладнення ожиріння; ознайомлені з основними принципами гіпокалорійного харчування та фізичної активності при ожирінні.

Основну групу (ОГ, відповідно до ступеня АКО – ОГ1, ОГ2, ОГ3) склали особи з високим рівнем комплаєнсу.

Вони проходили річну розроблену програму корекції маси тіла із застосуванням заходів для підтримки досягнутого рівня комплаєнсу, модифікації харчування, збільшення побутової та тренувальної фізичної активності, лімфодренажних процедур, елементів поведінкової психокорекції [1].

Контрольну групу (КГ) склали 60 осіб із нормальною масою тіла (41,1±2,3 років).

Критерії включення в групу дослідження: другий зрілий вік на момент початку дослідження; індекс маси тіла ІМТ для осіб КГ – від 18,5-24,9 кг/м2 , для осіб з ожирінням – більше 30 кг/м2 , але не більше 50 кг/м2 ; відсутність загострення хронічної соматичної патології або декомпенсованого стану на момент початку дослідження; інформована згода щодо участі у проведеному дослідженні та обробки конфіденційної інформації.

Критерії виключення: симптоматичний характер ожиріння; наявність діагностованого цукрового діабету І типу, артеріальної гіпертензії; декомпенсований стан на момент початку дослідження; прийом препаратів для зниження ваги, корекції інсулінорезистентності, гіпотензивних на момент запланованого обстеження.

Порушення ХП визначали за Голландським опитувальником харчової поведінки – Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Мета опитування – визначення обмежувального, емоціогенного і екстернального типів ХП, пов'язаних з переїданням. DEBQ складався з 33 тверджень, що оцінювали за п’ятибальною системою (оцінювання від 1 до 5 за категоріями ніколи/ рідко/ іноді/ часто/ дуже часто). 10 питань DEBQ характеризували шкалу емоціогенної ХП, 13 – шкалу екстернальної, 10 – шкалу обмежувальної [8].

Отримані дані обробляли статистично за допомогою програми «Microsoft Excel» 5.0.

Для оцінки достовірності отриманих показників застосовувались критерії Стьюдента.

Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у цьому дослідженні приймали рівним 0,05.

При розпитуванні у всіх групах хворих АКО виявлено порушення ХП (рис. 1, 2, 3).

У групі осіб із нормальною масою тіла теж виявлялись поодинокі випадки порушення ХП як у чоловіків, так і у жінок.

Ступінь порушень ХП (вираженість у балах) напряму залежав від ступеня АКО і, відповідно, був найвищим при ІІІ ступені ожиріння.

Обмежувальний тип ПХ не був найхарактернішим для хворих з ожирінням.

Виразнішими були результати виявлення емоціогенної та екстернальної ХП.

Емоціогенна ХП («заїдання» неприємних емоцій) у жінок при всіх ступенях ожиріння виявлялась статистично значуще частіше відносно показника чоловіків (рВ усіх групах хворих визначались численні випадки змішаного типу порушення ХП, що свідчить про виражені порушення психоемоційної сфери, наявність певних харчових звичок, закріплених відповідним тривалим нездоровим способом життя.

При первинному обстеженні осіб з АКО основної та груп порівняння статистично значущої різниці між відповідними параметрами не виявлено (р>0,05).

Величина реабілітаційного комплаєнсу, тобто згода пацієнта на виконання рекомендацій фізичного терапевта та активна участь у формуванні стану власного здоров'я, при повторному обстеженні виявились фактором, який визначав успіх корекції маси тіла.

Пацієнти основних груп стали свідоміше ставитися до споживання їжі, контролювати свої емоції та суб’єктивні відчуття, пов’язані із голодом та втомою, що проявилось у змінах ХП.

На запитання анкети щодо окремих ознак порушень харчування пацієнти частіше давали відповіді «рідко», «іноді», тоді як при первинному обстеженні основними були відповіді «часто», «дуже часто».

При ожирінні ІІ ступеня в обох гендерних групах також відмічена значна позитивна динаміка зміни ставлення до вживання їжі, хоча і не така значна, як при ожирінні І ступеня.

В основі сучасного лікування АКО лежить визнання хронічного характеру цього захворювання і, отже, необхідності довгострокової корекції, метою якої є відновлення порушеного обміну речовин [5, 10].

Прагнення за короткий термін позбутися великої кількості кілограмів призводить до компенсаторного збільшення прийому їжі та повторного набирання ваги («синдром рикошету»).

Основою лікування надлишкової маси тіла та будь-якої форми ожиріння в цей час є корекція харчування [2, 9, 10].

Однак, як дієтотерапія, так і інші існуючі методи лікування ожиріння (дієтотерапія, фізіопроцедури, фізичне навантаження), без урахування психологічних аспектів є недостатньо ефективними, оскільки не передбачають як основну цільову установку – формування раціонального, адекватного реальним потребам психологічного типу ХП.

Лише 5-10% хворих утримують досягнуту в результаті терапії масу тіла триваліше 1 року. У багатьох людей, які страждають АКО, виникає «дієтична депресія»; тому в цих випадках порушення ХП є провідним фактором зростання маси тіла. Тому одночасно з дієтотерапією повинна проводитися корекція ХП [2, 7].

Отже, корекцію АКО неможливо проводити тільки зусиллями фізичного терапевта.

Основну роль у корекції маси тіла відіграє харчування, яке контролюється пацієнтом самостійно і тип якого визначається ХП.

Відповідно, при небажанні пацієнта виконувати надані рекомендації, навіть при наявності інформації про шкідливість надлишкової маси та шляхи її корекції, позитивних змін не відбудеться.

Визначення типу ХП дозволяє фізичному терапевтові частково самостійно, без залучення вузьких фахівців, проводити базову корекцію харчування та обирати потрібні засоби ФТ.

При обмежувальній ХП акцент потрібно зробити на режимі харчування; емоціогенних порушеннях – покращити психоемоційний стан, компенсувати неприємні психосоматичні відчуття релаксаційними вправами, масажем, аутогенним тренуванням тощо.

При екстернальній ХП позитивну роль відіграють самоконтроль та режим харчування.

Вважаємо, що вплив на ХП в рамках програми ФТ здійснюється за рахунок наступних заходів (які виконуються в рамках досягнення коротко- та довготривалих цілей ФТ):

- чітке дотримання рекомендацій фізичного терапевта щодо режиму дня та часу вживання їжі;

- вироблення рефлексів до вживання їжі, прикріплених до часу та певної обстановки, бажано домашньої;

- самоконтроль вживання їжі, ведення щоденника харчування;

- самоаналіз та свідома селективна самокорекція неприємних відчуттів голоду, втоми, стресу;

- зменшення відчуття загальної психоемоційної напруги, стресу за рахунок фізичних тренувань, масажу, сприйняття покращення зовнішнього вигляду;

- акцент на мотивацію до схуднення, виявлену під час визначення реабілітаційного комплаєнсу, та визначену як довготермінова ціль ФТ (наприклад, занепокоєння про зовнішній вигляд або про стан здоров'я);

- навчання самодисципліни, збільшення внутрішньої стійкості за рахунок виконання вправ з опором, обтяженням;

- підвищення вироблення ендорфінів в процесі регулярних тренувань, що закріплює позитивний антидепресивний ефект та полегшує вироблення режиму дня;

- покращення комплаєнтності пацієнта за рахунок співпраці з фізичним терапевтом,

- досягнення поставлених цілей ФТ.

Динаміка змін ХП свідчить про зміну ставлення пацієнтів до процесу прийму та до їжі взагалі, що проявлялось зменшенням кількості епізодів «нездорового» харчування.

Тобто пацієнти здійснювали активне втручання в стан свого здоров'я. Водночас наявність у всіх групах, навіть після річного періоду корекції маси, осіб з порушеннями ХП свідчить про високий ризик повторного набору маси тіла, що, відповідно, потребує тривалого (пожиттєвого) спостереження.

У пацієнтів із ожирінням І-ІІІ ступеня виявляються порушення всіх типів ХП, ступінь вираженості яких пропорційний до ступеня ожиріння.

Для жінок характернішим є емоціогенний тип порушення ХП, для чоловіків – екстернальний.

Застосування немедикаментозних заходів з метою нормалізації маси тіла призводить до зменшення кількості жінок та чоловіків з порушенням ХП.

Отже, у програмах реабілітації хворих ожирінням потрібно використовувати не тільки різноманітні засоби і методи ФТ (масаж, кінезітерапію, модифікацію харчування), але й спрямовувати їх на етіологічний фактор переїдання – психологічне порушення харчової поведінки.

Наявність психологічних проблем у хворого АКО фізичний терапевт повинен розуміти сам, проводити роз’яснюючі бесіди щодо причин і наслідків ожиріння, постійно контролювати правильність виконання наданих рекомендацій, утримуючи реабілітаційний комплаєнс на високому рівні.

Запорукою успішного зменшення маси тіла та її утримання повинно бути активне визнання та усвідомлення хворим наявності проблеми власного ожиріння та вироблення прагнення її подолання на основі виявленого типу ХП.

Діагностика типу порушення ХП як етіологічного аспекту АКО за простими скринінговими опитувальниками є доцільним аспектом обстеження в рамках програми ФТ.

**Список використаної літератури**

1. Кизей И.Н. Патогенетическое обоснование лечения целлюлита / И.Н. Кизей, Я.А. Юцковская, Е.В. Ковальчук, Е.А. Раннева // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2010. – № 3. – С. 28-32.
2. Агафонова С.Г. Современные методы коррекции гиноидной липодистрофии / С.Г. Агафонова, Д.В. Гуткин, Е.В. Иванова, К.Л. Варданян, С.Б. Ткаченко, Н.Н. Потекаев // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2009. – № 6. – С. 53-56.
3. Ширшакова М.А. Мезотерапевтическая коррекция эдематозно-фиброзной панникулопатии (целлюлита) и локальных жировых отложений / М.А. Ширшакова // Пластическая хирургия и косметология. – 2010. – № 3. – С. 445-449.
4. Мороз О. Корекція компонентного складу тіла жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчого фітнесу / О. Мороз // Молодіжний науковий вісник. Серія: Фізичне виховання і спорт / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: І.Я. Коцан та ін.]. – Луцьк, 2012. – Вип. 7. – С. 87-91.
5. Трофимчук В.В. Вплив занять оздоровчою ходьбою на серцево-судинну систему студентів спеціальної медичної групи / В.В. Трофимчук, С.В. Калитка // Молодіжний науковий вісник. – 2010. – № 1. – С. 87-90.
6. Фізична реабілітація, спортивна медицина / [В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Б. Неханевич та ін.]. – Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. – 456 с.
7. Фізичне виховання. Фітнес-технології силової спрямованості: практикум / Ю.О. Усачов, С.П. Пунда, В.В. Білецька. – К.: НАУ, 2014. – 56 с.
8. Синиця С.В., Шестерова Л.Є. Оздоровча аеробіка. Спортивно-педагогічне вдосконалення : навч. посіб. / С.В. Синиця, Л.Є. Шестерова; Полт. нац. пед. ун-т імені В.Г. Короленка. – Полтава: ПНПУ, 2010. – 244 с.
9. Трофимчук В.В. Вплив занять оздоровчою ходьбою на серцево-судинну систему студентів спеціальної медичної групи / В.В. Трофимчук, С.В. Калитка // Молодіжний науковий вісник. – 2010. – № 1. – С. 87-90.
10. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. – Харків: Вид-во «Стильна типографія», 2019. 393 с.
11. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально- 26 методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.
12. Абсалямова Л. М. Психологічна структура і зміст «Я - тілесного». Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. VII, вип. 38. Київ, 2015. С. 24–39.
13. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2016. Вип. 5. Т. 1. С. 7–12.
14. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12.
15. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2017. Вип. 1. Т. 1. С. 8–13.
16. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2017. Вип. 3. Т. 1. С. 8–13.
17. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Харків: ХНПУ, 2017. Вип.55. С. 9–19.
18. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. Сєвєродонецьк, 2017. № 3 (44). С. 35–43.
19. Абсалямова Л. М. Якість життя та харчова поведінка невротично хворих людей. Психологія: реальність і перспективи: Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. Рівне: РДГУ, 2017. Вип. 9.С. 12–18.
20. Абсалямова Л. М. Гендерні відмінності якості життя та харчової поведінки невротично хворих. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 1. Запоріжжя, 2017. С. 48–53.