

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 214

спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Гирич Вікторія Сергіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

Д.мед.н,

(наукова ступінь, вчене звання)

Полшкова Світлана Геннадіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЗА ТЕМОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
1.1 Психологічні дослідження порушення харчової поведінки.....	6
1.2 Зв'язок ставлення до тіла та харчової поведінки.....	22
1.3 Перспектива у структурі мотивації порушень харчової поведінки.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1 Предмет дослідження, опис вибірки та гіпотези дослідження.....	32
2.2 Цілі та завдання дослідження.....	33
2.3 Методи дослідження.....	34
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	38
3.1 Аналіз результатів дослідження особливостей харчової поведінки.....	38
3.2 Кореляційний аналіз.....	43
3.3 Рекомендації психологічного втручання при порушеннях харчової поведінки.....	66
ВИСНОВОК.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Сприйняття часу, зокрема суб'єктивна оцінка людиною своєї життєвої перспективи, є одним із найважливіших складових функціонування здорової особистості. Численні дослідження у цій галузі відрізняються теоретичною розрізненістю. Безліч підходів різною мірою орієнтовані на емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти особистісних смислів сприйняття часу. У нашому дослідженні під перспективою особистості ми розуміємо складну особистісну освіту, що визначає ставлення людини до подій минулого, сьогодення та майбутнього в контексті мотивації збереження здоров'я, що є досить актуальним. Занепокоєння з приводу надлишкової маси тіла особливо поширене серед жінок, чому значною мірою сприяють засоби масової інформації, які пропагують певні стандарти жіночої краси та рекламують різні способи схуднення. Сучасне суспільство, вважаючи ідеальною струнку жінку з фігурою, недосяжною для переважної більшості, викликає почуття неадекватності у жінок, більш менш схильних до повноти.

Актуальність: у наш час все частіше ззовні нам нав'язуються ідеали про те, як ми маємо виглядати, що хотіти і відчувати при цьому. Ставлення до свого тіла – важливий компонент самовідносин. Часті випадки, що індекс маси тіла таких жінок у нормі, і при цьому вони сприймають себе як «надто товстих» або відчують інші негативні емоції щодо свого тіла та до своєї ваги. Також є випадки, коли для жінок їжа стає психотерапевтом, утішником, універсальним вирішенням проблем, їжа – це один із найвідоміших механізмів компенсації. Це впливає на її харчову поведінку, і жінки відчують тривожність, дискомфорт від великої кількості інформації та нерозуміння, що ж їм вибрати і як знайти свій шлях та найкращий варіант для себе.

Проблемою є те, що харчова поведінка найчастіше вивчається у контексті харчових звичок, правильного та неправильного харчування, рекомендацій,

вказівок. При цьому особливості харчової семантики у жінок з різним ставленням до свого тіла залишаються не вивченими, тоді як знання цих особливостей може бути важливим у процесі консультування з питань харчової поведінки та харчових звичок. У нашій роботі харчову семантику ми розумітимемо як смислове значення, яке людина вкладає в поняття їжі, аналізоване за допомогою мовних засобів.

Наукова новизна та значимість отриманих результатів: дипломна робота та її результати, дозволяють нам узагальнити та уточнити знання про розлади харчової поведінки, доповнити уявлення про взаємозв'язок ризику виникнення розладів харчової поведінки та самоповагу у жінок.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки.

Предмет дослідження – харчова поведінка жінок.

Мета дослідження: дослідити психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки.

Завдання дослідження: щц

1. Вивчити психологічні дослідження порушення харчової поведінки;
2. Виділити зв'язок ставлення до тіла та харчової поведінки;
3. Дослідити перспективу у структурі мотивації порушень харчової поведінки;
4. Емпірично перевірити висунуті гіпотези;
5. Провести кореляційний аналіз.

Гіпотези дослідження:

1. Існують значні відмінності в харчовій семантиці (у сенсах, пов'язаних з поняттям «їжа») у жінок з різним ставленням до свого тіла.
2. Існують значні відмінності в емоційному забарвленні ставлення до їжі у жінок із різним ставленням до свого тіла.

3. У жінок, незадоволених своїм тілом, смислове поле їжі є більш наповненим (з їжею пов'язується більше смислів), ніж у жінок, своїм тілом задоволених.

4. Існує зв'язок між ставленням жінок до свого тіла та типами харчової поведінки.

Емпіричну базу становили 101 жінка різної вікової категорії.

Теоретичною базою дослідження послужили:

Роботи в галузі соціальної та жіночої психології, роботи, пов'язані з формуванням образу тіла, з ставленням до тіла.

Методи дослідження: на вирішення поставлених завдань у роботі використали загальнонауковий пошуковий метод: аналіз наукової, методичної літератури та електронних інформаційних засобів за ключовими для даної роботи питаннями.

У емпіричному дослідженні було використано:

1. Метод мотиваційної індукції Ж. Нюттена.
2. Опитувальник перспективи Ф. Зімбардо.
3. Опитувальник невротичної особистості KON-2006.
4. Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки».
5. Шкала оцінки харчової поведінки.
6. Методика «Стиль саморегуляції поведінки».
7. Біографічний опитувальник.

Практична значущість: Отримані дослідження дозволять краще зрозуміти зв'язок між ставленням до їжі та харчовою поведінкою та отримати нові підходи до консультування з питань харчової поведінки через роботу зі змістами, пов'язаними з їжею.

Структура роботи: робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЗА ТЕМОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Психологічні дослідження порушення харчової поведінки

Ми розпочнемо цей розділ з розгляду визначення харчової поведінки, біологічних (фізіологічних) типів впливу, а також впливу соціально-психологічних факторів на харчову поведінку.

У вітчизняній та зарубіжній літературі під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, та діяльність із формування цього образу [9]. Отже, харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які носять індивідуальний характер [5]. Розглянемо підходи до вивчення харчової поведінки з біологічної та психологічної точки зору.

Біологічні потреби з урахуванням індивідуального досвіду та конкретних умов належать до фізіологічних потреб. Саме до них належать звички - «сформовані в процесі онтогенезу стереотипні дії дуже високого ступеня міцності та автоматизації» [7]. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами лікарів, модою [8], а також чималою мірою економічними та особистісними причинами. Стиль харчової поведінки відображає емоційні потреби та душевний стан людини. Харчування – найважливіша біологічна функція і з перших хвилин життя не лише відіграє роль задоволення голоду, а й приносить порятунок від тілесного дискомфорту під час грудного годування. Під час грудного вигодовування дитина набуває міцного зв'язку з матір'ю, відчуває комфорт і захищеність. Для дитини ситуація насичення еквівалентна ситуації «мене люблять» [1]. Одвічним питанням про цінність харчування є питання зв'язку харчування з життєвими цілями «є, щоб жити, або жити, щоб їсти». Потреба їжі

є однією з первинних, біологічних потреб, і це потреба спрямовано підтримку гомеостазу. Насамперед ми їмо для того, щоб отримувати необхідну енергію, будувати нові клітини і створювати всі складні хімічні сполуки, необхідні для життя.

Відповідно до теорії А. Володькіна, потреби, що стосуються біологічного виживання людини, мають отримати задоволення на мінімальному рівні, перш ніж стануть актуальними будь-які потреби вищого рівня [12]. Однак харчовий раціон людини, як правило, не обмежується лише життєво необхідними калоріями та поживними речовинами. Кількість з'їденого, час прийому їжі, перевага певних продуктів харчування та їх поєднань, створена атмосфера для їжі – все це носить індивідуальний характер. Роль фізіологічних механізмів прийому їжі полягає у регулюванні ваги тіла, забезпеченні різноманітності харчування та збереження балансу. На фізіологічному рівні це можна розглядати як механізм реакції у відповідь.

Наша поведінка, пов'язана із споживанням їжі, визначає прийом поживних речовин, необхідних для функціонування нашого організму. Два основних набори фізіологічних сигналів відповідають за стимулювання та припинення прийому їжі. Один набір сигналів стимулює прийом їжі та заснований на запасі жиру в організмі. Другий набір фізіологічних сигналів пов'язані з припиненням прийому їжі, ці фізіологічні сигнали викликають відчуття ситості. У сукупності ці два фактори допомагають забезпечити регулярний прийом їжі, призначений для підтримки певної ваги тіла та певної кількості та балансу поживних речовин. Термін «голод» означає стимул чи стан мотивації, спонукання діяти. Голод також, вже з погляду психології, означає суб'єктивний досвід, або відчуття, пов'язане з бажанням отримати та з'їсти їжу. Це суб'єктивне почуття голоду є фізіологічними відчуттями у тілі, голові, спазми у шлунку, запаморочення, нудоту, тиск у горлі. Описано випадки нестриманості, запальності.

Розрізняють чотири категорії припинення прийому їжі:

1. Сенсорно-специфічне насичення (це сукупність запахів, смаку, температури та складу їжі, «приємність» та естетичність споживаної їжі);
2. Когнітивні процеси (певні переконання про властивості їжі, і про те, як вони впливають на людину);
3. Ефект після вживання їжі (фізіологічний компонент);
4. Ефект після всмоктування речовин (каскад насичення). [33]

Сучасні дослідження в галузі соціальної психології відзначають соціальне значення їжі для людини. Харчова поведінка від народження пов'язана з міжособистісною взаємодією. Згодом їжа стає невід'ємною складовою процесу спілкування та соціалізації: дитячі свята, застілля, ділові обіди та прийоми. У свою чергу, традиції, харчові звички відбивають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки.

Психологічні дослідження харчової поведінки зводяться до того, що на біологічне почуття голоду безпосередньо впливають звички, сформовані у дитинстві та стратегії мислення [34].

У харчовій поведінці розрізняють: гармонійну або адекватну харчову поведінку та девіантну або відхиляється. Норма та патологія залежать від безлічі параметрів, зокрема – від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії особистісних цінностей людини, від кількісних та якісних показників харчування тощо. На вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо під час стресу, істотно впливають етнокультурні чинники [35].

Отже, харчова поведінка людини спрямована на задоволення не тільки біологічних та фізіологічних, але також психологічних та соціальних потреб. Саме тому проблема вивчення споживання їжі набуває самостійного значення, її слід відокремити від проблем вивчення процесу травлення [2]. Найпростішою формою харчової поведінки є прийом їжі з метою задоволення потреби в поживних речовинах, коли їжа стає засобом підтримки енергетичної та

пластичної рівноваги [3]. Дослідники в галузі харчової поведінки сходяться на думці, що їжа для людини є засобом: чуттєвої насолоди; розрядки психоемоційної напруги; самоцілі; спілкування; самоствердження, коли першорядну роль відіграють уявлення про престижність їжі та про відповідну «солідну» зовнішність; підтримки певних ритуалів чи звичок (релігійні, національні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (потреба у спілкуванні, батьківській турботі); нагороди чи заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетики харчової поведінки [10].

Харчова поведінка людини включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і порушення харчової поведінки. Нам здалося, що досить складно виділити «нормальні» харчові патерни, і дослідники значною мірою ігнорують відношення між нормальним та патологічним розвитком харчової поведінки [16], існує суворя типологія порушень харчової поведінки.

«Довідник з діагностики та систематики психічних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) визначає три види порушень харчової поведінки:

1. Нервову анорексію;
2. Нервову булімію;
3. Неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема, розлад або компульсивне переїдання (Binge Eating).

«Міжнародна класифікація психічних хвороб» 10-го перегляду (МКХ-10), що використовується в нашій країні, розглядає «Розлади прийому їжі» (F50) у розділі F5 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами» і включає нервову анорексію та нервову булімію [18].

Нервова анорексія (anorexia nervosa) (від грецького негативна приставка an – і orexis – апетит), є «свідоме обмеження їжі з метою схуднення у зв'язку з переконаністю у наявності уявної чи різко переоцінюваної повноти» [12]. Цей розлад відноситься до прикордонних психічних захворювань. Найчастіше

розвивається у дівчат у пубертатному та юнацькому віці і виявляється у свідомій відмові від їжі з метою схуднення, наростаючих вторинних соматоендокринних зрушень аж до кахексії та розвитку аменореї [6]. Відмова від їжі частіше пов'язана з невдоволенням своєю зовнішністю і, зокрема, надмірною повнотою (дисморфоманія) [13]. Пацієнти свідомо, що тривалий час ретельно приховують справжню причину свого схуднення і безуспішно лікуються у лікарів різних спеціальностей – терапевтів, гастроентерологів, ендокринологів, гінекологів, невропатологів. Під наглядом клінічних психологів та психіатрів вони виявляються, як правило, на стадії кахексії та за вітальними показаннями. Лікування стаціонарне у психіатричній лікарні. У динаміці синдрому нервової анорексії виділяють чотири стадії [16]:

1. ініційна;
2. активної корекції;
3. кахексія;
4. редукція синдрому.

Перша стадія нервової анорексії – ініційна – має особливості. Хворі висловлюють невдоволення переважно надмірною повнотою або всієї фігури, або окремих частин тіла («товстий живіт», «круглі щоки», «товсті стегна»). Хворим не подобається їхня фігура, оскільки вона не відповідає їхньому ідеалу, іноді вони прагнуть схуднення з метою наслідування будь-кого з найближчого оточення. На відміну від типового синдрому дисморфоманії, також не виражені ідеї відношення та депресія [13]. На стадії активної корекції пацієнти вдаються до різних способів зниження ваги. Це насамперед обмеження кількості їжі, виключення з харчового раціону окремих продуктів, строга дієта, спеціальні фізичні вправи (до повного виснаження), прийом великих доз проносних засобів, сон у холоді, застосування клізм, штучне викликання блювання з метою звільнення шлунка від щойно з'їденої їжі, іноді у великій кількості, у зв'язку з можливими нападами булімії (сильне почуття голоду з неможливістю

насичення). На цій стадії приєднуються соматичні прояви, настає аменорея, що набуває стійкого вираженого характеру. На стадії кахексії є клінічна картина аліментарної дистрофії: зниження маси тіла більш ніж на 50%; відсутність підшкірно-жирової клітковини; з боку шлунково-кишкового тракту, можливі голодні набряки. [26]. На ранніх стадіях нервової анорексії, попри схуднення, хворі дуже рухливі, активні, діяльні, тоді як стадії кахексії настає адинамія, втрата працездатності. У зв'язку з відсутністю критики до стану хворі продовжують голодувати, незважаючи на вкрай низьку вагу. У процесі лікування у міру підвищення ваги тіла знову посилюються думки про надмірну повноту, страх перед їжею. При правильному лікуванні хворі протягом 2-3 місяців набирають вагу до крайньої межі норми, проте менструації відновлюються трохи згодом – через 8 місяців – 1 рік.

Необхідно враховувати, що синдром нервової анорексії може бути і початковим проявом шизофренічного процесу, тому вже на ранніх стадіях необхідна правильна діагностика. Диференціально-діагностичним критерієм синдрому нервової анорексії при шизофренії є маячний характер ідей зайвої повноти, можливість обмеження в їжі з маячних мотивів іншого змісту (їжа погано перетравлюється, прийом жирної їжі викликає вугрі на обличчі), а також характер корекції «дефекту» зовнішності у вигляді швидкої заміни обмеження в їжі та активних фізичних вправ штучним викликанням блювання, та прийомом великих доз проносних засобів [8]. При шизофренії, на відміну від прикордонної патології, блювання не супроводжуються тяжкими вегетативними реакціями і набувають характеру патології потягів. У міру прогресування захворювання блюванням передують періоди невгамовного голоду, у зв'язку з чим хворі можуть вживати величезну кількість іноді малоїстівної їжі (відро води з борошном і цукром). Одночасно у хворих наростають характерні для шизофренії зміни особистості. Можлива поява нав'язливостей, сенестопатій [21]. Лікування має бути комплексним: медикаментозним плюс психологічна підтримка. На стадії

кахексії першому місці стоїть загальнозміцнювальна терапія, часте дробове харчування, налагодження діяльності шлунково-кишкового тракту. Після виходу з кахексії важливо утримати вагу, подолати страх збільшення ваги. Важливе місце у комплексному лікуванні займає психотерапія, переважно раціональна. Необхідне застосування також сімейної психотерапії. Успіх лікування великою мірою залежить від правильної поведінки родичів хворих, що вимагає від лікаря спеціальної роботи з ними [26].

Нервова булімія (бичачий голод) (від грец. Βυ(s) – бик і limos – голод) Нервова булімія є синдром, що характеризується повторними нападами переїдання і вираженим занепокоєнням з приводу маси тіла, що призводить до вироблення своєрідного стилю поведінки: епізоди обжерливості, що супроводжуються компенсаторною поведінкою – індукуванням блювання, використанням проносних засобів, надмірною фізичною активністю. Цей розлад має багато спільного з нервовою анорексією, включаючи надзанепокоєння своєю фігурою та масою тіла на фоні дисморфоманічних ідей [15]. Нервова булімія є відносно молодого нозологічного формою: так перший опис даної патології було зроблено на початку ХХ століття, а R. Casper у оглядовому дослідженні вказує, що часом появи даного захворювання слід вважати 40-ті роки минулого століття [36]. Однак історичні джерела вказують, що в давнину до індукованої блювоти вдавалися жителі Єгипту, Греції, Риму та ряду арабських країн. Наприклад, у Стародавньому Римі існували вомиторії, які люди відвідували у тому щоб використати блювотний засіб, а древній філософ Сенека писав: «Люди їли, щоб викликати блювоту, і викликали блювоту, щоб їсти» [22]. Вперше термін «нервова булімія» було введено G. Russel у 1979 р. для опису несприятливого злякисного варіанту нервової анорексії. Під час тривалого періоду субклінічних порушень або в розгорнутій стадії пацієнти часто первинно звертаються за допомогою до лікарів загальної практики, у тому числі щодо соматичних патологій, що виникають. У цьому слід визнати, що з лікарів загальної практики

відсутня настороженість щодо різних варіантів нервової булімії [22]. Поширеність нервової булімії у популяції серед жінок становить від 1,1 до 4,2%, а захворюваність на 26,5 випадків на рік на 100 000 населення. Захворювання починається у віковому інтервалі 15-25 років, що дещо пізніше, ніж початок нервової анорексії. Жінки в 8-10 разів частіше страждають на цю патологію, ніж чоловіки [27]. За даними Американської Психіатричної Асоціації від 1994 субклінічні форми, поширеність яких у популяції коливається від 4 до 16% і в 2-5 разів перевищує поширеність основного синдрому, є підводною частиною айсберга. В американських роботах вказується, що 10% дівчат віком до 13 років повідомляють про самовикликання блювоти з метою знизити масу тіла, а у старших класах у 25-35% дівчат відзначалися епізоди переїдання, що чергуються з очисною поведінкою. З психологічної точки зору у хворих з легкими субклінічними формами є ідеї, пов'язані з їхньою вагою, формою тіла та стереотипом харчування, домінуючого характеру; у пацієнтів з вираженими маніфестними формами ці ідеї стають надцінними [40].

Діагностичні критерії нервової булімії:

1. Неодноразово повторювані «приступи обжерливості» (булімічні кризи, binge-eating), що характеризуються двома ознаками: споживання їжі за певний проміжок часу (як правило, що не перевищує 2 годин) у кількості, що набагато перевищує кількість, що з'їдається більшістю людей за інших рівних умов у той самий проміжок часу. Почуття втрати контролю над харчовою поведінкою під час епізоду переїдання: нездатність перестати їсти, нездатність проконтролювати вид і кількість їжі, що з'їдається.

2. Регулярне вжиття неадекватних заходів щодо боротьби зі збільшенням маси тіла (компенсуюча поведінка): використання мимовільних блювот, зловживання клізмами, проносними, сечогінними або іншими лікарськими засобами, обмеження себе в їжі, надмірна фізична активність.

3. Приступи переїдання повторюються не менше двох разів на тиждень протягом 3 місяців (у проекті DSM-V не менше одного разу на тиждень).

4. Рівень самооцінки надмірно залежить від форми тіла та ваги.

5. Є спотворене сприйняття свого вигляду.

У роботах Я. Олексієнко та М. Фатєєва пропонується використовувати додаткові діагностичні критерії для діагностики нервової булімії на додаток до перелічених вище [31; 36].

Класифікація нервової булімії:

1. З очисними процедурами: у поточній стадії захворювання суб'єкт регулярно викликає блювання або невиправдано користується проносними або сечогінними препаратами чи клізмою;

2. Без очисних процедур: у стадії захворювання суб'єкт регулярно практикує інші види компенсуючого поведінки: голодування, надмірна фізична активність, але не вдається до очисних процедур.

Компульсивне переїдання. Клінічно значущі порушення харчової поведінки, які задовольняють діагностичним критеріям нервової анорексії чи булімії. Binge-Eating Disorder, BED) за своїми клінічними проявами має схожість з нервовою булімією за винятком регулярності дезадаптивної компенсаторної поведінки (наприклад, самовикликання блювоти). Як дослідницькі критерії для цього розладу в DSM-IV наводяться такі:

Повторювані епізоди переїдання, що характеризуються:

1. Вживанням виразно великої кількості їжі (порівняно з кількістю їжі, яку більшість людей може з'їсти за цей же проміжок часу за подібних обставин) за окреслений (наприклад, двогодинний) проміжок часу;

2. Відчуття втрати контролю за прийомом їжі (відчуття те, що протягом епізоду прийом їжі перебуває поза вольового контролю (тобто. відчуття нездатності зупинити прийом їжі чи контролювати, яка їжа чи скільки вживається)) [36].

При оцінці компульсивного переїдання труднощі можуть бути викликані оцінкою часу закінчення та розмірів епізоду переїдання. На відміну від епізоду при нервовій булімії, він не закінчується блюванням і втрата контролю над їжею може тривати кілька годин. Було виявлено, що 24% епізодів переїдання у жінок з діагнозом BED продовжуються протягом цілого дня. У осіб, які пред'являють скарги на наявність епізодів ненажерливості, найчастіше виявляються епізоди переїдання, які бувають важко відрізняються від їди здоровими людьми. Для уточненої оцінки слід ґрунтуватися на таких умовах. Наявність (як мінімум 3 з 5) пов'язаних поведінкових симптомів (висока швидкість їжі, переїдання при відсутності почуття голоду, припинення їжі лише при появі дискомфортних відчуттів, їжа поодинці через збентеження з приводу обсягу поглиненої їжі, почуття незадоволеного після епізоду переїдання). Виражений дистрес у зв'язку з епізодом ненажерливості. У людей, які страждають на компульсивне переїдання, при клінічному обстеженні виявляється виражена стурбованість з приводу своєї проблеми, яку вони зазвичай оцінюють як типове поведінкове порушення. Це занепокоєння зазвичай пов'язується пацієнтами з почуттям «втрати контролю» над прийомом їжі та наслідками цієї поведінки для здоров'я. Однак необхідно зазначити, що розглянуті три основні типи розладів не відображають всієї різноманітності порушень харчової поведінки. Серед інших порушень виділяють емоціогенну, екстернальну та обмежувальну харчову поведінку. [32]. Екстернальна харчова поведінка пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: людина з такою поведінкою їсть не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози та вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок тощо), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, добре накрытий стіл, реклама харчових продуктів. Реакцію на зовнішні стимули до їди визначає як апетит, а й повільно формується, неповноцінне почуття насичення. Іншим типом порушень харчової поведінки є емоціогенна харчова поведінка. Воно спостерігається у 30% населення. Таке порушення є

найбільш характерним для емоційних жінок, але зустрічається і у людей будь-якої статі. При цьому типі харчового порушення, стимулом до їжі є не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що неспокійна, тривожна, роздратована, у неї поганий настрій, вона скривджена, розчарована, їй нудно, самотньо. і т. д. Іншими словами, при емоціогенній харчовій поведінці людина заїдає свої прикрощі та нещастя, «заїдає» свій стрес, так само, як людина, яка звикла до алкоголю, його «запиває». Продукти харчування для людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, тому що дійсно приносять їм не лише насичення, а й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційну напругу, підвищують настрій. Третій тип порушень харчової поведінки – обмежувальна харчова поведінка. Так називають надмірне харчове самообмеження та безсистемне дотримання надмірно суворої дієти. Такого роду дієту неможливо дотримуватись довгий час, і досить швидко їй на зміну приходять періоди вираженого переїдання. В результаті такої поведінки людина перебуває в постійному стресі – в період обмежень вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання страждає від того, що знову набирає ваги і всі її зусилля були марними [20].

Ожиріння – одне з найпоширеніших у світі хронічних захворювань. В даний час кожен четвертий житель планети має надмірну масу тіла або страждає на ожиріння. У всіх країнах відзначається прогресуюче збільшення кількості хворих як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала ожиріння епідемією XXI ст. За прогнозами епідеміологів передбачається, що до 2025 року від ожиріння вже страждатимуть 40% чоловіків та 50% жінок. З поширенням ожиріння по планеті множаться і посилюються пов'язані з ним важкі соматичні захворювання: цукровий діабет другого типу, артеріальна гіпертензія, коронарна хвороба серця, онкологічні захворювання та інші, які призводять до погіршення якості життя, ранньої втрати працездатності та передчасної смертності. У клінічній практиці нерідко

недооцінюється негативний вплив ожиріння на виникнення, перебіг та ефективність лікування захворювань, що розвинулися на тлі надмірної ваги. Хворі з ускладненим ожирінням, як правило, отримують психологічну допомогу тільки з приводу вже наявної супутньої патології, їм не проводиться лікування, спрямоване безпосередньо на зниження маси тіла і тим самим на запобігання ускладненням[41].

Ожирінням називається надмірне відкладення жиру в організмі. Ожиріння може бути самостійним захворюванням або синдромом, що розвивається при різних захворюваннях (в останньому випадку надлишок маси тіла може усунутись після лікування або компенсації основного захворювання). Негативний вплив надмірної ваги на здоров'я людини відомий з часів Гіппократа, якому належить афоризм «Раптова смерть більш характерна для огрядних, ніж для худих». Тим не менш, сучасні уявлення про нормальну масу тіла почали формуватися лише з 30-х років ХХ століття. До цього періоду так звані хвороби цивілізації не були суттєвою проблемою для медицини, яка важко боролася з інфекційними захворюваннями. При середній тривалості життя менше 40 років вплив надлишкової маси тіла не міг стати об'єктом дослідження [9]. У формуванні порушень харчової поведінки при ожирінні велике значення має: по-перше, спадкова дисфункція церебральних систем, що регулюють їжу; по-друге, неправильне виховання у ранньому дитинстві; по-третє, особливості особистості хворого. Другий та третій фактори пов'язані з психологічними особливостями виникнення та підтримки зайвої ваги [38].

Незважаючи на широку поширеність, а також доведену роль ожиріння в патогенезі серйозних супутніх захворювань, єдина патогенетична класифікація ожиріння на даний момент не розроблена. Пропонуються різні варіанти класифікацій ожиріння, найбільш використовуваними з яких є класифікація за індексом маси тіла (ІМТ), рекомендована ВООЗ та робоча етіопатогенетична класифікація ожиріння ІМТ є найбільш інформативним показником, який

розраховує показника маси тіла у кілограмах на показник зростання людини, виражений у метрах та зведений у квадрат (кг/м²). Індекс маси тіла = маса тіла (кг)/зріст (м²) Ідеальне значення ІМТ становить 18,5-24,9.

Табл.1.1.

Ступені ожиріння (класифікація з ІМТ)

Маса тіла	ІМТ	Ризик супутніх захворювань, пов'язаних із ожирінням
Дефіцит маси тіла	<18,5	Низький
Нормальна маса тіла	18,5-24,9	Звичайний
Запобігання (надлишкова маса тіла)	25,0-29,0	Підвищений
Ожиріння 1 ступеня	30,0-34,9	Високий
Ожиріння 2 ступеня	35,0-39,9	Дуже високий
Ожиріння 3 ступеня	>40,0	Надзвичайно високий

Класифікація ожиріння [43]

а) Первинне ожиріння. Аліментарно-конституційне (екзогенно-конституційне).

1. Конституційно – спадкове.
2. З порушенням харчової поведінки.
3. Змішане ожиріння.

б) Вторинне ожиріння.

1. Зі встановленими генетичними дефектами.
2. Церебральне ожиріння.
3. Ендокринне ожиріння.
4. Ожиріння на тлі психічних захворювань та/або прийому нейролептиків.

Стадії ожиріння:

1. прогресуюча;
2. стабільна.

Типи ожиріння:

1. «Верхній» тип (черевний), чоловічий.

2. «Нижній тип» (стегново-ягідний), жіночий.

Ожиріння являє собою складне порушення різнорідного походження, включаючи різні типи поведінки, пов'язаного зі здоров'ям і індивідуальний вибір їжі. Розглядаючи історію розвитку поглядів на проблему ожиріння в психології можна виділити два напрями: перший стосується тіла людини. Він включає, передусім, об'єктивні причини: патологію обмінних процесів, гормональний дисбаланс, культуральні особливості харчування. Друга причина криється у глибинних душевних причинах: почуття провини, неприйняття, знедоленості та ін. Незважаючи на численні дослідження ожиріння, вчені психологічних спеціальностей до кінця не розуміють чіткий взаємозв'язок між психологічними змінними (стрес, особливості особистості, мотивації) та розвитком та ожиріння. Більшість психологічних досліджень у галузі вивчення ожиріння пов'язане з вивченням та формуванням реакції на стресові та емоційні стимули за допомогою споживання їжі. Аналіз таких досліджень можна зарахувати до психосоматичної теорії виникнення ожиріння. Серед досліджень у цій галузі хочеться відзначити Бокона та Ейкена, вони продемонстрували, що саме дієта, а не саме ожиріння переважно прогнозувала зайве споживання їжі як реакцію на стрес. Таким чином, люди, які страждають на ожиріння, сидять на дієті в спробі контролювати свою вагу, відчують хронічний стрес, що призводить до ще більшого споживання їжі. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, одержала назву «дієтичної депресії». Вперше «дієтичну депресію» описав А. Стункард у 1953 році це такі емоції: підвищені дратівливість і стомлюваність, почуття внутрішньої напруги та постійної втоми, агресивність та ворожість, тривожність, знижений настрій та пригніченість. Ця група досліджень узгоджується з іншою, не менш важливою концепцією у вивченні психологічних аспектів ожиріння – обмежувальним типом харчової поведінки. Передбачається, що пацієнти, які обмежують споживання їжі, намагаються обмежити їжу за допомогою різних процесів самоконтролю. Однак коли ці процеси

розгальмовуються, споживається зайва кількість їжі. Наявність сімейної схильності до ожиріння не викликає сумнівів. Ймовірність розвитку надлишкової маси тіла за наявності ожиріння в батьків становить 70-80 %, тоді як загалом у популяції ці показники становлять трохи більше 30%, а дефіцити маси в батьків - до 14%. Істотне значення у формуванні емоціогенної харчової поведінки, що веде до ожиріння, має неправильне виховання в ранньому дитинстві. Існує низка закономірностей, сприяють розвитку ожиріння: [4; 5].

1. Їжа грає домінуючу роль життя сім'ї; вона – головне джерело насолоди. Інші можливості отримання задоволення (духовні, інтелектуальні, естетичні) не розвиваються належним чином.

2. Будь-який соматичний чи емоційний дискомфорт дитини сприймається матір'ю як голод. Відзначається стереотипне годування дитини в ситуації внутрішнього дискомфорту, що згодом не дозволяє йому навчитися чітко диференціювати соматичні відчуття та емоційні переживання, наприклад, відрізнити голод від тривоги та внутрішньої напруги.

3. У сім'ях немає адекватного навчання поведінки у період стресу; і закріплюється стереотип «коли мені погано, я маю їсти»;

4. Виявлено порушення взаємовідносин між матір'ю та дитиною; в основному вони проявляються формальною гіперопікою, при якій головними турботами є: одягнути та нагодувати дитину. Привернути увагу матері дитина може лише голодом. Прийом їжі стає сурогатною заміною інших проявів любові та турботи. Це підвищує символічну значущість їжі;

5. У сім'ях психотравмуючі конфліктні ситуації у міжособистісних відносинах.

Одним з ключових аспектів, що впливає на становлення ожиріння, є особистісні чинники. В результаті аналізу проведених досліджень у цій галузі були виявлені деякі значущі фактори, які можуть бути пов'язані з розвитком ожиріння. Розглянемо їх детальніше:

1. Соціальна орієнтованість пацієнтів із ожирінням. Дослідження показали, що люди з ожирінням можуть мати виражену соціальну орієнтованість, яка проявляється у високій чутливості до думок та оцінок інших людей стосовно їх зовнішності та ваги.

2. Гарний інтелект. Деякі дослідження показали зв'язок між ожирінням і вищим рівнем інтелекту. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як здатність до саморегуляції та усвідомлення важливості здорового способу життя.

3. Низька стресостійкість. Виявлено зв'язок між ожирінням і низьким рівнем стресостійкості. Люди з ожирінням можуть мати тенденцію до більш інтенсивних стресових реакцій, що може впливати на їх харчову поведінку.

4. Схильність до тривожно-депресивних реакцій. Деякі дослідження показують зв'язок між ожирінням і тривожністю або депресією. Ці психологічні стани можуть сприяти надмірному споживанню їжі як способу заспокоєння або втілення негативних емоцій.

5. Психічна незрілість. Деякі люди з ожирінням можуть мати психологічну незрілість, що проявляється у відсутності адекватних стратегій саморегуляції і нездатності контролювати споживання їжі. Це може бути пов'язано з психологічними труднощами, такими як незрілість управління емоціями та імпульсивність.

6. Переважання недосконалих психологічних захистів. Дослідження свідчать про те, що люди з ожирінням можуть виявляти переважання недосконалих психологічних захистів, таких як відмова від усвідомлення проблеми або використання їжі як способу заспокоєння або втілення негативних емоцій.

7. Підвищена, погано контрольована емоційність. Особи з ожирінням можуть мати підвищений рівень емоційності та виявляти труднощі у контролі

емоційного стану. Це може сприяти вживанню їжі як способу регуляції емоцій та втілення стресу.

8. Пасивні форми поведінки. Деякі дослідження свідчать про те, що особи з ожирінням можуть виявляти пасивні форми поведінки, такі як відмова від фізичної активності або недостатня мотивація для зміни харчових звичок.

9. Ці особистісні чинники важливі для розуміння механізмів, що стоять за розвитком та підтримкою ожиріння. Врахування цих факторів може бути корисним при розробці інтервенційних програм, спрямованих на покращення саморегуляції та здорової харчової поведінки у людей з ожирінням. Додаткові дослідження цих особистісних чинників можуть робити внесок у розвиток більш ефективних підходів до попередження та лікування ожиріння. Наприклад, збільшення освіти та свідомості щодо впливу соціальної орієнтованості на самооцінку та сприйняття ваги може допомогти індивідам з ожирінням зрозуміти важливість власного самоприйняття та дбати про своє фізичне та психічне здоров'я.

Крім того, розвиток стресостійкості та уміння ефективно керувати емоціями можуть бути включені в програми психологічної підтримки для людей з ожирінням. Надання навичок з саморегуляції та альтернативних стратегій управління емоційним стресом може сприяти зменшенню споживання їжі як механізму компенсації.

Крім особистісних чинників, важливо також враховувати соціокультурні та середовищні фактори, що впливають на харчову поведінку. Здійснення комплексного підходу до розуміння причин ожиріння та розробка інтегрованих програм, які охоплюють особистісні, соціокультурні та середовищні аспекти, можуть сприяти ефективному попередженню та управлінню ожирінням.

1.2 Зв'язок ставлення до тіла та харчової поведінки

В уявленнях людини про себе величезну роль грає уявлення про образ тіла. Н. Зубар [15] зазначає, що формування починається з дитячого віку. Збільшення активності відбувається у підлітковому та юнацькому віці, котрим характерно високий розвиток самосвідомості. Приводить це до того, що зростають вимоги до себе та оточуючих. Найгостріше проблема проявляється серед жінок. У порівнянні з чоловіками, вони більше звертають увагу на будь-які відхилення від стереотипів, що транслуються.

Концепцію образу тіла можна зустріти у різних дисциплінах: у психології, філософії, психіатрії, медицині, культурології і навіть у феміністських дослідженнях. Застосовується термін часто й у засобах масової інформації. Чітко узгодженого визначення як у ЗМІ, так і в цих дисциплінах немає.

Поняття «образ тіла» включає широкий спектр фізичних та психологічних ефектів. У своїх дослідженнях британський доктор, біолог А. Сігман (2010) виявив: у деяких жінок, які бачать худших інших жінок, негайно змінюються хімічні процеси мозку. Спостерігається зменшення почуття власної гідності та стосовно себе з'являється почуття ненависті.

Поняття «образ тіла» та «схема тіла» найчастіше у літературі зустрічаються як суміжні. Під «схемою тіла» прийнято розуміти неусвідомлене внутрішнє уявлення, сукупна інформація про структурну організацію тіла, поточне і змінне положення частин тіла, а також його динамічні характеристики. «Схема тіла» відіграє важливу роль при організації рухів, а також у процесах, пов'язаних із регулюванням та підтримкою пози. Під «образом тіла» прийнято розуміти ментальне, усвідомлене суб'єктом уявлення про своє тіло.

Розглянемо визначення різних авторів:

Схема тіла – це психічна структура, у якій відбито конструкція свого тіла. Саме завдяки ній можлива успішна координація рухів різних частин тіла людини [24].

А. Кульчицька [18] розглядає схему тіла як «психофізіологічний інформаційний апарат, де постійно формуються та зіставляються статичний та динамічний образи тіла, а також оперативні образи – образи майбутнього руху».

Схема тіла є узагальнене уявлення індивіда про своє тіло: його контури і габарити, його межі, орієнтацію і стан руху в навколишньому просторі [25].

О. Варипаєв визначила схему тіла як «складний синтетичний образ власного тіла та його частин, що утворюється в мозку людини на основі сприйняття, відчуття, тактильних, кінестетичних, больових, зорових, слухових, вестибулярних та інших подразнень у порівнянні зі слідами минулого сенсорного досвіду»[10].

Л. Бурлачук зазначив: «Схема тіла або тілесний Я — образ є важливою для кожної особистості підструктурою самосвідомості, яка до того ж активно захищає від фруструючих впливів і набувається на основі власної рухової активності»[8].

Схему тіла можна назвати тілесним Я – образом особистості. Вона є базисом, у якому розгортається подальший розвиток я – концепції. Грунтуючись на такому розумінні, самопочуття і схема тіла «вбудовані безпосередньо в психічну структуру організму, будучи повноцінними «блоками або підструктурами Я концепції, що ситуативно виражається в подібних Я образах»[21].

Найважливішим джерелом формування ставлення до свого Я служать форма тіла та її розміри. М. Гриньова вказувала: «Самосвідомість, як і свідомість, виникає не відразу, не з народження, а в міру оволодіння власним тілом, у процесі перетворення звичайних дій на довільні дії»[13].

Відмінність Я і не - Я вперше виникає на рівні дотикових, м'язових та кінестетичних відчуттів. Це відбувається, коли немовля вистачає предмети, чіпає їх, кидає, бере в рот, і коли воно тримається за щось, падає, ударяється. У формуванні ранніх фізичних навичок важливу роль відіграє позитивний або негативний зворотний зв'язок: дитина отримує від навколишніх дорослих, які дають оцінку його діям та їх успішності[53].

Найважливіші теоретичні аспекти проблеми тілесного досвіду вніс Н. Зубар [15], який акцентував увагу тому, що «існує плутанина у використанні низки термінів, які стосуються образу Фізичного Я». Він запропонував використовувати категорію «тілесний досвід», яка є максимально широкою і відображає все, що має якесь відношення до зв'язку «індивід – його тіло». При дослідженні об'єктивних параметрів свого тіла, що сприймаються суб'єктом, С.Фішер наполягає на використанні терміна «сприйняття тіла». Такі терміни як «концепція тіла», коли це стосується зв'язку з ширшими психологічними системами, а «усвідомлення тіла» під час аналізу особливостей розподілу уваги до різних ділянок тіла. Категорія «тілесне Я» з'являється у випадках, коли досліджують особливості тілесної самоідентичності[57].

До визначення поняття «образ тіла» пропонують три основні підходи у сфері досліджень проблеми тілесності.

Перший підхід представлений роботами, де образ тіла розглядається як результат активності певних систем нейронів. Дослідження у ньому зводиться до вивчення різних фізіологічних структур мозку. У цьому підході поняття «образ тіла» чи «схема тіла» часто є тотожними. Цей підхід розглянуто в 1893 р. Боньєром і представлений у роботах Хеда: передбачається пластична модель власного тіла, яку кожна людина буде, спираючись на власні соматичні відчуття. «Схема тіла» забезпечує регулювання становища частин тіла, контроль та корекцію рухового акта залежно від зовнішніх умов [11].

У другому підході образ тіла сприймається як результат психічного відображення певної розумової картини свого тіла. У середині цього підходу відбувається змішання кількох визначень. На думку Дж.Чаплін, образ тіла є синонімом «концепції тіла». Л. Дудар стверджувала, що «концепція тіла» є лише одним із аспектів образу тіла, а іншим є «сприйняття тіла». «Концепція тіла» більшою мірою схильна до впливу мотиваційних чинників на відміну «сприйняття образу» (зорова картина тіла) [14].

Представники третього підходу стверджують, що «образ тіла» є складною комплексною єдністю установок, оцінок, уявлень, сприйняття, які пов'язані з тілесною зовнішністю та з функціями тіла. Такий погляд на образ тіла нині є найпоширенішим.

Говорячи про «образі тіла», більше мають на увазі результат психічного відображення власного тіла, як певна розумова картина фізичного Я. У ньому виражена самооцінка фізичного Я особистістю, самооцінка у якій переломлюється також ставлення оточуючих. Така освіта як прийняття себе формується під впливом цього образу та задоволеності ним. У структурі рівневого будови самосвідомості — рівень соціального індивіда — активність людини підпорядкована потреби у приналежності до спільності, визнання цієї спільнотою.

Концепція тіла відбиває цінність тіла, служить регулятором поведінки, спрямованого підтримку здоров'я та боротьби з хворобами, відбиває існуючі у суспільстві соціокультурні зразки і від сформованого образу тіла.

Таким чином, ми бачимо, що образ тіла є дуже важливою структурою, що стоїть на порозі індивідуального та соціального, він включає розуміння і усвідомлення такого феномену, як краса, і тому безпосередньо пов'язаний з оцінюванням своєї зовнішності і самооцінкою в цілому. Сформоване уявлення та ставлення до образу тіла одна із яскравих прикладів самопрезентації, що відбиває цінність тіла як, а також існуючі у суспільстві соціокультурні зразки. Схема тіла

- це психічна структура, в якій відображена конструкція власного тіла людини, на основі сприйняття, відчуття кінестетичних, тактильних, больових, вестибулярних, зорових, слухових та інших подразнень у порівнянні зі слідами минулого сенсорного досвіду.

1.3 Перспектива у структурі мотивації порушень харчової поведінки

У дослідженні ми розглянемо перспективу особистості як частину мотиваційної структури порушень харчової поведінки. Сприйняття часу, і особливо суб'єктивна оцінка людиною своєї життєвої перспективи, одна із найважливіших складових функціонування здорової особистості. Дослідження у цій галузі відрізняються теоретичною розрізненістю – існує безліч підходів, різною мірою сконцентрованих на емоційних, когнітивних та поведінкових аспектах особистісних смислів сприйняття часу. У нашому дослідженні ми зупинимося на підході М. Фатєєва та вивчення мотивації та перспективи О. Юрценюк [35]. У вітчизняній психологічній науці перспектива стала інтенсивно вивчатися з кінця 80-х років минулого століття. Отримано численні дані про соціально-економічні, статеві та індивідуальні психологічні чинники становлення перспективи особистості. Проте досліджень, присвячених вивченню можливостей впливу перспективи на харчову поведінку, знайти не вдалося.

Під перспективою розуміється «неусвідомлений процес, з допомогою якого людський досвід розміщується у певні часові категорії, чи тимчасові рамки, в такий спосіб, надаючи йому порядок, узгодженість, і зміст». Ф. Зімбардо був запропонований інструмент для оцінки перспективи (ZTPI – Zimbardo Time Perspective Inventory) [45; 46], що об'єднує мотиваційні, емоційні, когнітивні та соціальні аспекти функціонування особистості і набув широкого поширення в усьому світі. В. Смоляр із співавторами [28] розробила мовну та культуральну адаптацію опитувальника ZTPI на україномовній вибірці. Авторами була проведена оцінка психометричних властивостей української версії опитувальника, його шкали перевірені на внутрішню узгодженість та відтворюваність, структура української версії опитувальника практично повністю відтворює факторну структуру оригіналу [23;24;25].

Взаємодія з часом – фундаментальна характеристика людського досвіду як об'єктивного, так і суб'єктивного. Психологічний час особистості є сполучною ланкою між усіма структурами реальності, пронизує всі сфери життєдіяльності людини, як зовнішні, і внутрішні. Уявлення людини про своє майбутнє, ставлення до свого майбутнього забезпечує ефективність діяльності у теперішньому. Теоретично обґрунтоване положення про те, що перспектива як сукупність уявлень про майбутнє, роздуми про нього та планування свого життя, здатні надавати сильний мотиваційний вплив, активізувати та регулювати поведінку людини актуально для дослідження харчової поведінки людини.

Психологічний інструментарій запропонований В. Шебанова і Ж. Нютеном орієнтований вивчення майбутнього, і вимірюють ступінь поглиненості особистості ймовірними подіями майбутнього, іноді протиставляючи орієнтацію майбутнє орієнтації минуле/теперішнє. Відбувається вивчення тривалості часового проміжку, на яку проводиться планування, наприклад, кількість місяців або років, що охоплюються у свідомості особистості, а також мотиваційно-афективний аспект, пов'язаний із цим. Вивчається зміст думок про майбутнє, емоційна реакція на уявлення особистості про своє майбутнє, ступінь деталізації передбачуваних подій, оптимізм чи песимізм їхнього опису тощо. Вимірюється так зване «прийняття до уваги майбутніх подій», що показує ступінь прийняття до уваги віддалених наслідків при здійсненні дій та прийнятті рішень. Розробка методів оцінки перспективи започаткувала практичні дослідження її ролі у функціонуванні особистості. Частина робіт була присвячена вивченню зв'язку між перспективою, вживанням психоактивних речовин та мотивацією до збереження здоров'я. Результати показали, що орієнтація на перспективу гедоністичного сьогодення є значним предиктором вживання психоактивних речовин. У дослідженнях із застосуванням опитувальника на перспективу пропонується враховувати фактор

перспективи у розробці програм профілактики та лікування адиктивних порушень [38].

Деякі дані зарубіжних досліджень показують, що здатність індивіда до самоконтролю, планування власної поведінки та застосування знань практично має безпосереднє відношення до оцінки їм суб'єктивного континууму [46]. Дослідження взаємовідносин між фізичним та психічним здоров'ям та перспективою показали важливість балансу перспективи – балансу між позитивним ставленням до минулого, орієнтацією на майбутнє та отриманням задоволення в сучасному [47]. Порівняльне кроскультурне дослідження взаємозв'язку між перспективою та здоров'ям у українській та британській вибірках показало, що, незважаючи на спільність структури перспективи, існують культуральні відмінності у сприйнятті минулого, сьогодення та майбутнього [43].

Отже, як висновки з аналітичного огляду літератури ми можемо виділити таке:

1. Під харчовим поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах у ситуації стресу, поведінка, орієнтоване образ свого тіла, і діяльність із формуванню цього образу. Харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які носять індивідуальний характер;

2. У харчовій поведінці розрізняють: гармонійний або адекватний тип і девіантний або відхиляється (порушення харчової поведінки). Норма та патологія залежать від безлічі параметрів, зокрема – від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії особистісних цінностей людини, від кількісних та якісних показників харчування та т.д.;

3. Дослідники в галузі харчової поведінки сходяться на думці, що їжа для людини є засобом: чуттєвої насолоди; розрядки психоемоційної напруги; самоцілі; спілкування; самоствердження, коли першорядну роль відіграють

уявлення про престижність їжі та про відповідну «солідну» зовнішність; підтримки певних ритуалів чи звичок (релігійні, національні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (потреба у спілкуванні, батьківській турботі); нагороди чи заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетики харчової поведінки;

4. Визначають три види порушень харчової поведінки: нервову анорексію; нервову булімію; та неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема розлад чи компульсивне переїдання (Binge Eating);

5. Ожиріння – одне з найпоширеніших у світі хронічних захворювань. В даний час кожен четвертий житель планети має надмірну масу тіла або страждає на ожиріння. У всіх країнах відзначається прогресуюче збільшення кількості хворих як серед дорослого, так і серед дитячого населення. У формуванні порушень харчової поведінки при ожирінні велике значення має: по-перше, спадкова дисфункція церебральних систем, що регулюють їжу; по-друге, неправильне виховання у ранньому дитинстві; по-третє, особливості особистості хворого. Другий та третій фактори пов'язані з психологічними особливостями виникнення та підтримки зайвої ваги;

6. Істотне значення у формуванні порушень харчової поведінки, що призводить до ожиріння, має неправильне виховання у ранньому дитинстві. Існує ряд закономірностей, що сприяють розвитку ожиріння: їжа відіграє домінуючу роль життя сім'ї; будь-який соматичний чи емоційний дискомфорт дитини сприймається матір'ю як голод; у сім'ях немає адекватного навчання поведінці під час стресу і закріплюється стереотип «коли мені погано, я повинен їсти»; виявлено порушення взаємовідносин між матір'ю та дитиною; в основному вони проявляються формальною гіперопікою, при якій головними турботами є: одягнути та нагодувати дитину; у сім'ях відзначаються психотравмуючі конфліктні ситуації у міжособистісних відносинах.

7. Важливу роль становленні ожиріння грають і особистісні чинники. Аналіз проведених досліджень у цій галузі дозволив нам виділити такі: соціальна орієнтованість пацієнтів із ожирінням; високий рівень інтелекту; низька стресостійкість; схильність до тривожно-депресивних реакцій; психічна незрілість; переважання недосконалих психологічних захистів; підвищена, погано контрольована емоційність; пасивні форми поведінки.

8. У нашому дослідженні ми розглядаємо перспективу особистості як частину мотиваційної структури порушень харчової поведінки. Сприйняття часу, і особливо суб'єктивна оцінка людиною своєї життєвої перспективи, одна із найважливіших складових функціонування здорової особистості. Дослідження у цій галузі відрізняються теоретичною розрізненістю – існує безліч підходів, різною мірою сконцентрованих на емоційних, когнітивних та поведінкових аспектах особистісних смислів сприйняття часу.

9. Психологічні дослідження взаємовідносин між фізичним та психічним здоров'ям та перспективою показали важливість балансу перспективи – балансу між позитивним ставленням до минулого, орієнтацією на майбутнє та отриманням задоволення у сьогоденні.

Висновки до розділу I

Психологічні дослідження порушення харчової поведінки: У даному розділі було проведено аналіз психологічних досліджень, що стосуються порушень харчової поведінки. З'ясовано, що ці порушення можуть мати різні психологічні причини, такі як низька самооцінка, стрес, соціокультурні фактори та навчальні проблеми. Вивчення цих причин може допомогти у розробці ефективних стратегій лікування та попередження порушень харчової поведінки.

Зв'язок ставлення до тіла та харчової поведінки. Було з'ясовано, що негативне ставлення до свого тіла може сприяти розвитку порушень харчової поведінки, таких як анорексія та булімія. Отже, психологічний аспект і самооцінка грають важливу роль у формуванні та підтриманні нездорової харчової поведінки.

У даному розділі було розглянуто перспективи досліджень у структурі мотивації порушень харчової поведінки. Було встановлено, що мотиваційні чинники грають важливу роль у розвитку та підтримці порушень харчової поведінки. Дослідження в цьому напрямку можуть сприяти розумінню механізмів, що лежать в основі цих порушень, та розробці ефективних програм лікування та попередження порушень харчової поведінки. Додаткове дослідження може виявити ключові мотиваційні фактори, такі як прагнення до контролю, недоліки у самооцінці, суспільний тиск та інші, що впливають на формування шкідливих звичок у харчуванні.

У цілому, аналітичний огляд літератури у розділі 1 підкреслив важливість психологічних аспектів у розумінні порушень харчової поведінки. З'ясування зв'язків між психологічними факторами, ставленням до тіла та мотивацією може відкрити нові можливості для розвитку інтервенційних стратегій, спрямованих на попередження та лікування цих порушень. Дані висновки становлять підґрунтя для подальшого дослідження та розробки методів, спрямованих на

поліпшення психологічного благополуччя та здоров'я людей, що страждають від порушень харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Предмет дослідження, опис вибірки та гіпотези дослідження

Предметом нашого дослідження є харчова поведінка жінок.

У дослідженні взяли участь жінки різної вікової категорії із нормально та надмірною масою тіла. Критерій відбору досліджувану групу – відсутність занепокоєння проблемою зниження зайвої ваги та задоволеність своєю зовнішністю. Більшість жінок (85 %) відповідно до ІМТ перебувають у стадії предожирення, інші 15 % – страждають ожирінням 1 ступеня. Загалом у дослідженні взяли участь 101 особа. З метою цієї роботи було відібрано 90 випробувану, результати 11 учасників відсіяні за віком, статтю або неможливості обробки результату через високий відсоток допущених помилок. Звертає увагу, що відсоток припустимих помилок (пропусків пунктів у опитувальниках) вищий серед жінок із високим рівнем стресу.

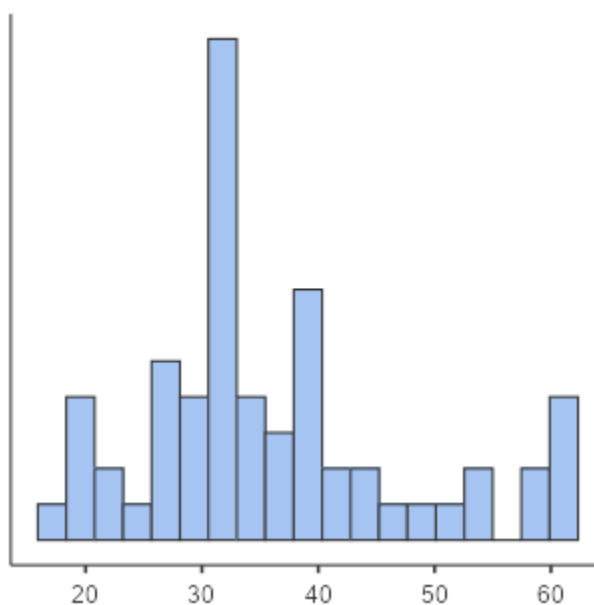


Рис. 2.1. Гістограма віку досліджуваних

Середній вік досліджуваних жінок – 40,6 рік, а саме: 11% (14 дівчат) 17-25 років, 24% - жінок 55 років і вище, а також 65 % (47 жінок) – від 25 – 55 років.

Вибірка складається з 101 особи віком від 17 до 59 року. Більшість досліджуваних (54 жінки, 53.5%) знаходяться в шлюбі. Майже половина досліджуваних 49 жінок, 48.5%) – наймані працівники, 27,7% (28 людей) не працюють, а 23.7% (24 жінок) - фрілансери або підприємці. За рівнем освіти: 17 жінок – середня, 6 – середня спеціальна, 1 – незакінчена вища, 77 – вища.

Більшість досліджуваних, 55 людей, (54.5%) мають помірний спосіб життя (2000-7000 кроків в день), 24.5% (25 жінок) - сидячий, і 21 жінка (20%) - активний (більше 7000 кроків в день).

Суб'єктивна оцінка життєвої ситуації: сприятлива – 17 осіб, спокійна – 31 людина, стабільно важка – 34 особи, важка – 12 осіб, критична – 7 осіб.

Додаткові гіпотези:

1. жінки із зайвою вагою, суб'єктивно задоволені собою, відрізняються високим життєвим тонусом, благополуччям у сімейному та професійному середовищі;

2. на жінок із зайвою вагою виявляється соціальний вплив, що знижує самооцінку.

У 15% жінок які взяли участь у дослідженні спостерігається ожиріння I ступеня, у решти – стан заожиріння.

Табл.2.2.

Розподіл вибірки залежно від маси тіла за ІМТ (ВООЗ)

ІМТ	Клас маси тіла	Кількість
25,0 – 29,9	Надмірна маса тіла (запобігання)	84,6 %
30,0 – 34,9	Ожиріння I ступеня	15,4 %

Жінки з цієї групи, переважно, (крім 9,6 %), хочуть скинути вагу (максимальний показник 10 кг). Близько 40% до 6 кг, решта 6-10 кг. При цьому переважна більшість жінок (92,3%) упевнена, що такі зміни їм під силу. Тільки чверть опитаних жінок, які страждають на зайву вагу, зазначають, що у них не

було проблем із харчуванням у дитинстві. Решті або важко з відповіддю (36,5%), або зазначають, що проблеми з харчуванням у дитинстві були.

Табл. 2.2

Проблеми з харчуванням у дитинстві

Проблема	Кількість виборів (%)
Погано харчувалися через брак коштів	9,6
Був поганий апетит	15,4
Мене перегодовували	28,8
У нашій сім'ї культ їжі	28,8
інше	17,3

В основному це або «культ їжі в сім'ї» (28,8%), або їх часто перегодовували (28,8%). Поганий апетит або погане харчування у дитячому віці відзначають лише 5,4 та 9,6 % відповідно. Тобто, наше дослідження підтверджує той факт, що витоки схильності до зайвої ваги йдуть з дитинства, найчастіше через надмірну турботу батьків про посилене харчування дитини.

Також не можна не враховувати генетичну схильність до зайвої ваги. Серед опитаних тільки в однієї людини немає родичів, які страждають від зайвої ваги. Більшість опитаних (71,2 %) таких родичів щонайменше 2-3.

Більшість опитаних жінок (73,1%) згодні із твердженням, що у жінки мають бути «округлі форми», оскільки головне, щоб було здоров'я. При цьому всі опитані вважають, що жінка не повинна бути худорлявою або повною. Так, більшість вважають, що жінка має бути нормальної статури (73,1 %). Для іншої частини опитаних зовсім не важлива статура, головне здоров'я.

Так як переважна більшість жінок, які страждають зайвою вагою, вважають, що жінка повинна бути нормальної статури, то не дивно, що в основній частині їхня поточна вага все ж таки впливає на самооцінку (рисунок 3.1). Лише для 30,8% (менше третини) відчуття своєї цінності не пов'язане з наявністю чи відсутністю зайвої ваги.

Лише 17,3% відзначають погіршення свого здоров'я та фізичного стану за останні кілька років. Переважна більшість не спостерігає явних змін у своєму стані здоров'я (76,9 %), а кілька людей навіть відзначають покращення – 5,8 %.

Також практично всі жінки не відчувають нестачу життєвого тону та енергії (таблиця 3.3). При цьому половина з них навіть відзначають у себе більш високу життєву енергію та тонус порівняно з оточуючими.

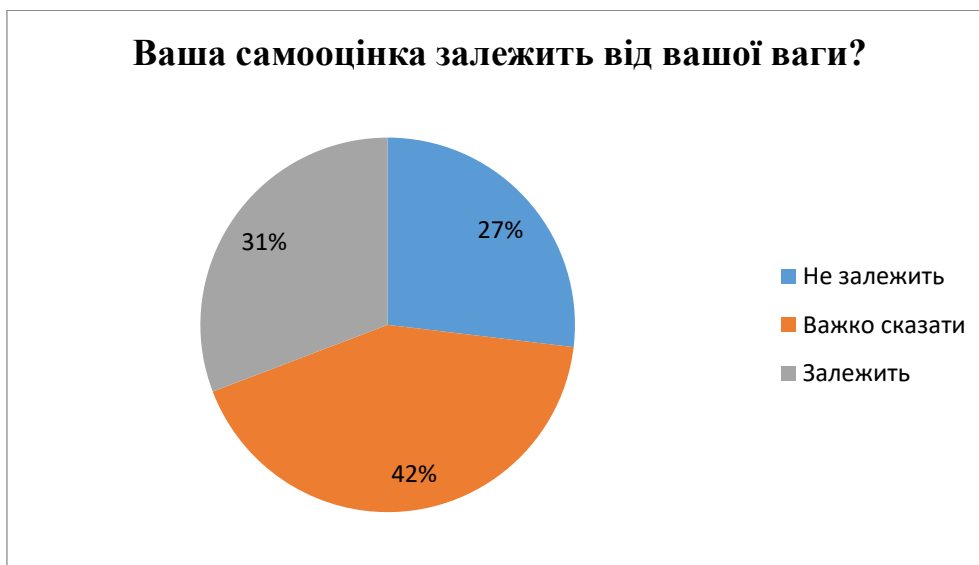


Рис.2.1. Розподіл відповідей питання «Ваша самооцінка залежить від Вашої ваги?»

Табл. 2.3.

Розподіл відповіді питання рівні життєвого тону і енергії.

Показник	Рівень		
	нижче, ніж у інших	на середньому рівні	вище, ніж в інших
Настрій та життєвий тонус	5,8	44,2	50,0
Активність та життєва енергія	-	46,2	53,8

Лише чверть опитаних визнають, що не мають регулярних фізичних навантажень. Близько половини важко було з відповіддю (42,3 %), а майже третину вважають, що їх фізичні навантаження регулярні (32,7 %). Цікаво, що

абсолютно всі опитані бажають зробити свою рухову активність більш регулярною та ефективною.

Цікаво, що повне невдоволення своєю роботою, сімейним та сексуальним життям спостерігається менше ніж у 20 % опитаних (таблиця 2.4, рисунок 2.2). Деяка незадоволеність роботою спостерігається у 40,4%, а сімейним життям лише у 23,5%. Переважно ті, що взяли участь у дослідженні, задоволені і роботою (44,2 %), і сімейними відносинами (57,7 %), і своєю сексуальною сферою (71,2 %).

Табл. 2.4.

Розподіл відповіді питання задоволеності різними сферами життя

Питання	Варіанти відповідей		
	Ні	Важко сказати, і так, і ні	Так
Подобається робота	15,4	40,4	44,2
Задоволеність сімейними відносинами	18,8	23,5	57,7
Задоволеність сексуальним життям	13,4	15,4	71,2

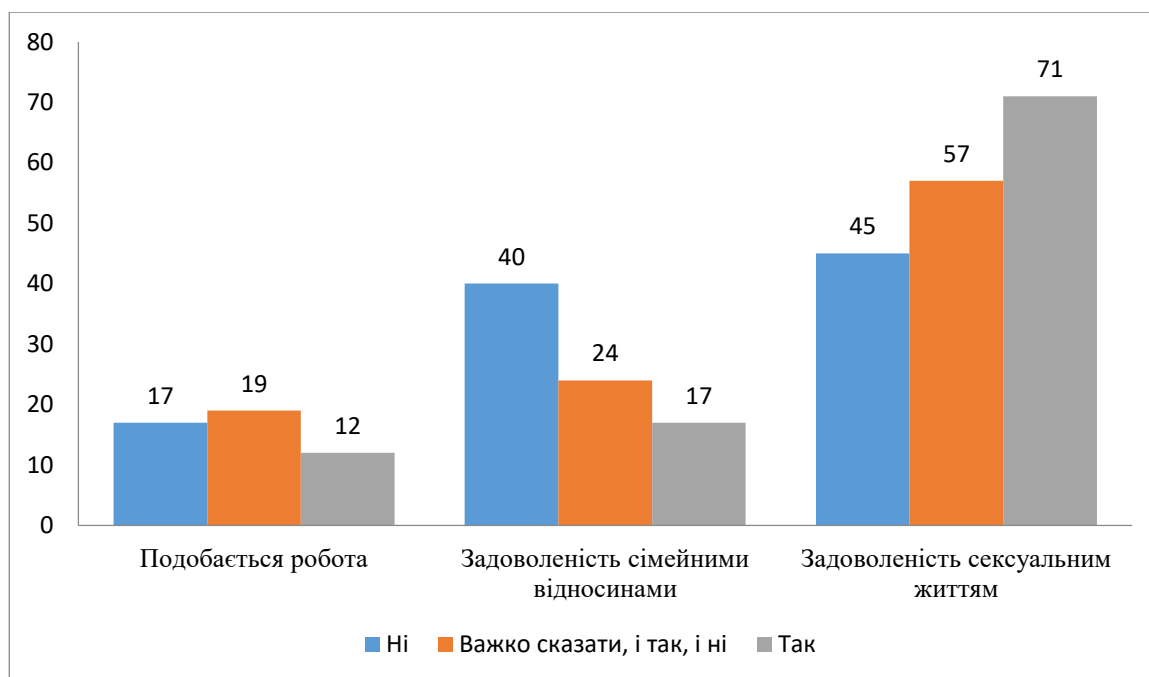


Рис. 2.2. Розподіл відповіді питання задоволеності різними сферами життя.

Також до опитувальника були включені питання щодо планування майбутнього. Серед жінок, які страждають на зайву вагу, лише 15,4 % не стурбовані майбутнім (рисунок 2.3). А майже у третини опитаних майбутнє викликає сильну тривогу.

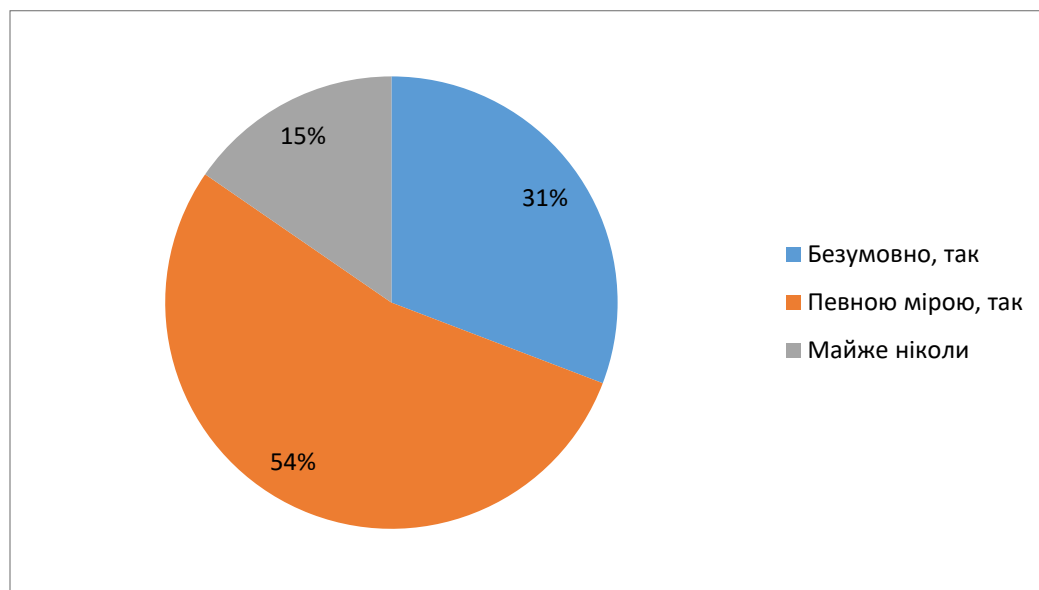


Рис. 2.3. Розподіл відповідей на запитання «Чи турбує Ваше майбутнє?»

Також серед опитаних не зустрічаються люди, котрі не схильні будувати будь-які плани на майбутнє. Переважна більшість схильна будувати плани частіше на найближчий рік (36,5 %) або кілька років (40,4 %). Більшість опитаних жінок не вважають, що вони проводять багато часу, а продуктивно використовують свій час (92,3 %).

2.2 Цілі та завдання дослідження

Мета даного дослідження полягає у глибокому розумінні психологічних особливостей жінок з порушеннями харчової поведінки. Для досягнення цієї мети визначено кілька завдань дослідження. Перш за все, планується вивчити результати психологічних досліджень, пов'язаних з порушеннями харчової поведінки, що вже були проведені. Далі, увага буде приділена встановленню зв'язку між ставленням до тіла та харчовою поведінкою. Окрім цього, планується дослідити, які мотиваційні чинники впливають на порушення харчової поведінки та як вони вплітаються у загальну структуру мотивації. Останнє завдання полягає в емпіричній перевірці висунутих гіпотез за допомогою досліджень на практиці. Крім того, буде проведений кореляційний аналіз для встановлення зв'язків між різними факторами.

Аналізуючи літературні джерела, були сформульовані наступні гіпотези дослідження. Перша гіпотеза стверджує, що поведінка, спрямована на підтримку та збереження здоров'я, пов'язана з суб'єктивною орієнтацією на майбутнє. Це означає, що жінки з порушеннями харчової поведінки, які більше зосереджені на своєму майбутньому та довгострокових цілях, можуть бути більш нахильними до практик, спрямованих на здоровий спосіб життя.

Узагальнюючи, дане дослідження має на меті дослідити психологічні аспекти жінок з порушеннями харчової поведінки з більшою глибиною та розкрити їх зв'язок з іншими психологічними факторами. Для досягнення цієї мети, першим завданням дослідження є огляд і аналіз психологічних досліджень, що стосуються порушень харчової поведінки. Це дозволить отримати уявлення про існуючі підходи, теорії та результати попередніх студій.

Другим завданням є виявлення зв'язку між ставленням до тіла та харчовою поведінкою. Це включає аналіз уявлень, переконань та емоцій, пов'язаних зі своїм зовнішнім виглядом та сприйняттям власного тіла. Перевірка гіпотези про

наявність зв'язку між цими двома факторами допоможе встановити, чи існує психологічний вплив на харчову поведінку жінок з порушеннями.

Третє завдання передбачає дослідження перспективи у структурі мотивації порушень харчової поведінки. Це означає виявлення ключових мотивів, які стимулюють такі порушення, таких як бажання контролювати вагу, прагнення до ідеального зовнішнього вигляду або соціальні чинники, що впливають на харчування. Розуміння цих мотивів дозволить краще зрозуміти динаміку харчової поведінки жінок з порушеннями.

Четверте завдання полягає в емпіричній перевірці висунутих гіпотез. Це включає проведення дослідження залежності між різними факторами, такими як ставлення до тіла, мотивація та харчова поведінка, шлях до проведення анкетування або спостережень, щоб зібрати дані від жінок з порушеннями харчової поведінки. Ці дані потім аналізуються і порівнюються з сформульованими гіпотезами, щоб визначити, чи підтверджуються вони емпірично.

Останнє завдання дослідження полягає у проведенні кореляційного аналізу. Це дозволить встановити зв'язки та взаємозв'язки між різними факторами, що впливають на порушення харчової поведінки у жінок. Наприклад, можна вивчити, чи існує кореляція між ставленням до тіла та мотивацією для здорового харчування, або чи є зв'язок між суб'єктивною орієнтацією на майбутнє та поведінкою щодо харчування.

У підсумку, це дослідження має на меті глибше розуміння психологічних особливостей жінок з порушеннями харчової поведінки. Завдяки аналізу попередніх досліджень та формулюванню гіпотез, дослідники намірені виявити зв'язки між ставленням до тіла, мотивацією та харчовою поведінкою. Проведення емпіричних досліджень та кореляційного аналізу дозволить підтвердити або спростувати гіпотези та отримати більш глибоке розуміння цих психологічних аспектів.

2.3 Методи дослідження

У нашому дослідженні були використані такі методики:

1. Біографічний опитувальник. Під мети та завдання нашого дослідження були використані авторські питання щодо актуальної ситуації учасників нашого дослідження. Опитувальник включає питання, що стосуються соціо-біографічного статусу учасників дослідження, сімейного статусу, професійної складової. Блок питань висвітлює ставлення до тіла, уявлення про жіночу красу та повноту. Повний текст опитувальника міститься у додатку (Додаток А).

2. Метод мотиваційної індукції, запропонований Ж.Нюттеном(Додаток Д). Аттitudи до теперішнього, майбутнього, минулого часу (в адаптації К. Муздибаєва, 2002). Ця шкала заснована на семантичному диференціалі Осгуда і складається з 19 біполярних прикметників. Відповіді даються за 7-бальною системою, де 7 – найвища позитивна оцінка, а 1 – вкрай негативна.

Три індекси за даною шкалою:

Емоційне ставлення до часу (афективне сприйняття) Перший індекс утворений на основі наступних пунктів шкали: приємне-неприємне, безпечно-страшно, прекрасне-жахливе, легке-важке та світле-темне.

Ціннісне ставлення до часу. До другого індексу увійшли пункти: насичене подіями – бідне подіями, цікаве – нудне, значне – незначне, осмислене – безглузде, моє – чуже.

Особистісний контроль часу (оцінка здатності керувати своїм часом)

Третій індекс заснований на пунктах: сповнене надій - безнадійне, що швидко проходить - довго тягнеться, успішне - невдале, вільне - невольне, активне - пасивне.

1. Опитувальник перспективи Зімбардо (Додаток Е) (Zimbardo Time Perspective Inventory, скор. ZTPI) спрямований на діагностику системи відносин особистості до тимчасового континууму. Методика спрямована на оцінку

ставлення до часу, а через це – на оцінку ставлення особистості до навколишньої дійсності взагалі, а також до самого себе, свого досвіду та майбутніх перспектив.

2. Опитувальник невротичної особистості KON-2006 (Додаток Є) вказує на деякі з аспектів (субсистем), що мають специфічний вплив на утворення невротичних розладів. Опитувальник може полегшити оцінку та опис цих дисфункцій, одночасно диференціювати невротичні розлади та інші стресові реакції (особливо „гострі”), на освіту яких особистісні дисфункції ніяк не впливають.

Психометричні особливості 24 шкал цього опитувальника дозволяють вважати їх досить однорідними, вірними і більш менш незалежними, а аналіз «попадання» вказує на велику ймовірність того, що ці шкали інформують про дисфункції особистості, пов'язані з розвитком невротичних розладів. Обсяг цих дисфункцій визначає значення загального показника посилення особистісних умов невротичних розладів X-KON. Спираючись на спосіб самоописання, цей опитувальник дає можливість оцінити ступінь дисфункцій особистості без особливих тимчасових витрат випробувачів, а використання комп'ютерних програм дає можливість отримання роздруківки, що містить як інформацію про відповіді, так і значень окремих шкал і показника X-KON.

3. Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ) (Додаток Ж) з метою оцінки розладів харчової поведінки. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ. Був створений у 1986 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення даного опитувальника було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та супроводжуваним його ожирінням, та диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами. При

створенні опитувальника використовувалися три теорії переїдання, кожна з яких знайшла відображення у діагностиці відповідного типу харчової поведінки: емоціогенної, екстернальної та обмежувальної.

4. Шкала оцінки харчової поведінки (Додаток 3) (англ. Eating Disorder Inventory, скор. EDI). Клінічний діагностичний інструмент, виконаний у формі опитувальника, призначений для виявлення розладів прийому їжі, насамперед нервової анорексії та нервової булімії. Перша версія опитувальника була розроблена в 1983 році D. M. Garner, M. P. Olmstead, J. P. Polivy. Основна мета створення опитувальника EDI була в тому, щоб не тільки показати відмінність фізіологічних, поведінкових та особистісних характеристик між підгрупами пацієнтів із клінічно значущими девіаціями у харчовій поведінці, а й розділити осіб із субклінічними формами розладів та практично здорових.

5. Методика «Стиль саморегуляції поведінки» з метою оцінки розвитку індивідуальної саморегуляції (Додаток I). Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» (ССПМ) було створено 1988 року у Психологічному інституті РАО в лабораторії психології саморегуляції У. І. Моросанової і придатний як наукових досліджень, і як інструмент практичної діагностики різних аспектів індивідуальної саморегуляції. Твердження опитувальника побудовані на типових життєвих ситуаціях і не мають безпосереднього зв'язку зі специфікою будь-якої професійної чи навчальної діяльності. Мета методики – це діагностика розвитку індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю, що включає показники планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, а також показники розвитку регуляторно-особистісних властивостей – гнучкості та самостійності.

Математичні методи обробки.

Описові статистики (середні та стандартні відхилення), побудова таблиць сполученості та порівняння відсоткових розподілів за хі-квадратом Пірсона,

порівняння середніх значень за t-критерієм Стьюдента для незалежних та залежних вибірок. Кореляційний аналіз за критерієм Спірмена.

Висновки до розділу II

У цьому розділі були викладені основні аспекти методологічного підходу до дослідження порушень харчової поведінки. Було чітко визначено предмет дослідження, що включає психологічні та мотиваційні аспекти цих порушень. Також було надано опис вибірки, яка включає пацієнтів з діагнозом порушень харчової поведінки. Гіпотези дослідження були сформульовані на основі попередніх досліджень та літературних джерел.

В підрозділі 2.2 були визначені цілі та завдання дослідження. Головною метою було вивчення впливу психологічних факторів та мотивації на розвиток та підтримку порушень харчової поведінки. Для досягнення цієї мети були поставлені конкретні завдання, такі як проведення психологічних тестів, анкетування, аналіз статистичних даних та інтерпретація отриманих результатів.

Були описані методи, для збору та аналізу даних. Серед них були психологічні тести, стандартизовані анкети, інтерв'ю та спостереження. Для статистичного аналізу даних були використані методи дескриптивної статистики, кореляційного аналізу та регресійного аналізу. Ці методи дозволили зібрати об'єктивні дані та провести аналіз результатів, що дозволило перевірити гіпотези дослідження.

Вибірка пацієнтів була обґрунтована і відповідно репрезентувала цільову групу. Застосовані методи дослідження були надійними та дозволили зібрати релевантні дані для подальшого аналізу. Цілі та завдання дослідження були чітко сформульовані, що дало можливість систематично розглянути вплив психологічних та мотиваційних факторів на порушення харчової поведінки.

Представлені висновки та методологія дослідження є важливим внеском у розуміння проблеми порушень харчової поведінки та можуть послужити основою для подальших наукових досліджень в цій галузі.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Аналіз результатів дослідження особливостей харчової поведінки

Описові статистики за методикою «Шкала оцінки харчової поведінки» (ШОХП) відображені в таблиці 3.1. Згідно з отриманими даними, спостерігається деяке підвищення показників лише за двома шкалами: «Недовіра у міжособистісних відносинах» (3,8 бала) та «Незадоволеність тілом» (3,5). При цьому за всіма шкалами досить високе стандартне відхилення (до 2,8), що свідчить про підвищений розкид індивідуальних значень. Тобто частина опитаних все ж таки сприймають певні частини тіла як надмірно товсті і відчувають деяке почуття відстороненості від контактів з оточуючими. Можливо, такий результат можна проінтерпретувати так: незважаючи на те, що жінки переважно здорові, вони відчувають невдоволення тілом і труднощі в міжособистісних контактах через «стереотипне» неприйняття оточуючими повних людей.

Табл. 3.1.

Середні значення показників за методикою ШОХП

Шкала	Середнє	Ст.откл.
Прагнення до худоби	2,0	2,0
Булімія	0,9	2,1
Незадоволеність тілом	3,5	2,2
Відчуття загальної неадекватності (неефективність)	0,9	2,1
Перфекціонізм	2,8	2,8
Недовіра у міжособистісних відносинах	3,8	2,1
Інтероцептивна некомпетентність	0,5	1,9

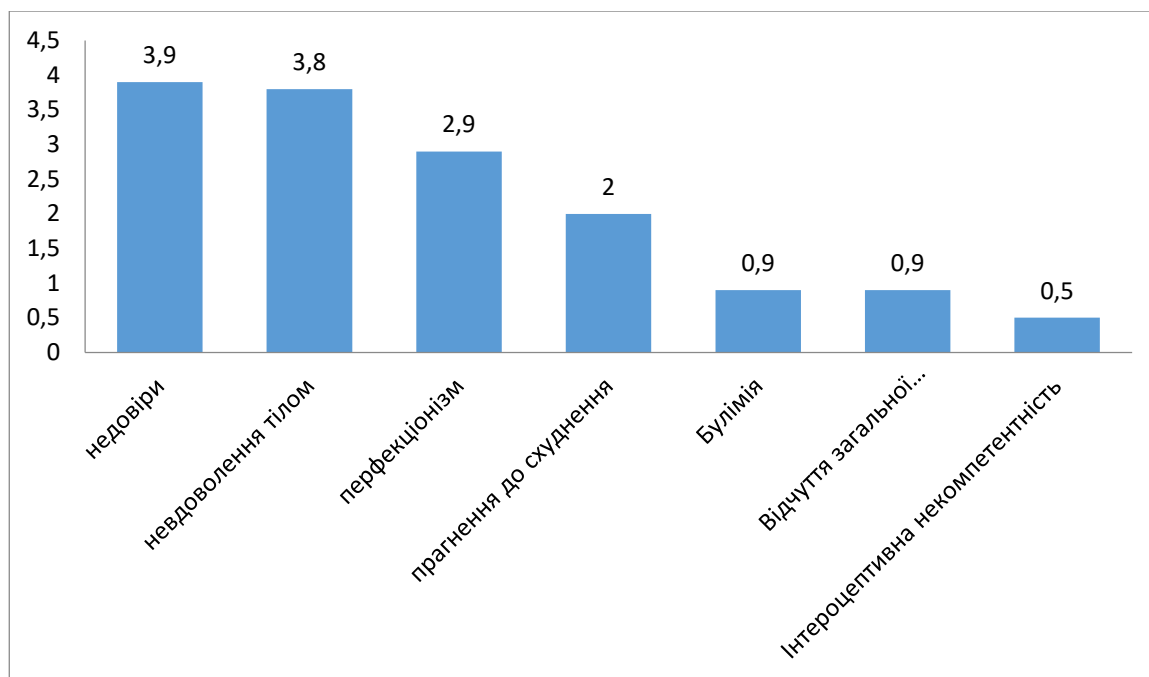


Рис. 3.1. Середні значення показників за методикою ШОПВ

Найменші значення середніх значень за шкалами: «Інтероцептивна некомпетентність» (0,5), «Булімія» (0,9) та «Відчуття загальної неадекватності (неефективність)» (0,9). Тобто для переважної більшості опитаних жінок, які взяли участь у дослідженні, не властиві такі порушення харчової поведінки як: дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення, наявності невизначених спонукань до переїдання та очищення, сильні відчуття загальної неадекватності (відчуття самотності) та нездатності контролювати власне життя).

Середні значення та стандартні відхилення показників розладу харчової поведінки за методикою DEBQ відображені у таблиці 3.2. Найбільш високі значення у групи за шкалою «Обмежувальна харчова поведінка» (3,45 при нормі до 2,4). Тобто жінки, які взяли участь у дослідженні, здебільшого страждають надмірними харчовими самообмеженнями та захопленням надто строгими дієтами, що може призвести до «дієтичної депресії».

Також у даної вибірки, згідно з проведеним дослідженням, спостерігаються порушення харчової поведінки також і за «емоціогенним» типом (середнє 2,77 при нормі 1,8). Тобто у жінок із зайвою вагою, які взяли участь у дослідженні,

при емоційній напрузі збільшується апетит і стимулом до їди стає не голод, а емоційний дискомфорт (тривожність, роздратування, образа тощо). Їжа таким людям приносить не лише насичення, а й заспокоєння.

Екстернальна харчова поведінка вбирається у середніх значень групи норми.

Табл. 3.2.

Середні значення показників розладів харчової поведінки за методикою Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Шкала	Середнє	Ст.откл.
Обмежувальна харчова поведінка	3,45	0,09
Емоціогенна харчова поведінка	2,77	0,05
Екстернальна харчова поведінка	2,55	0,11

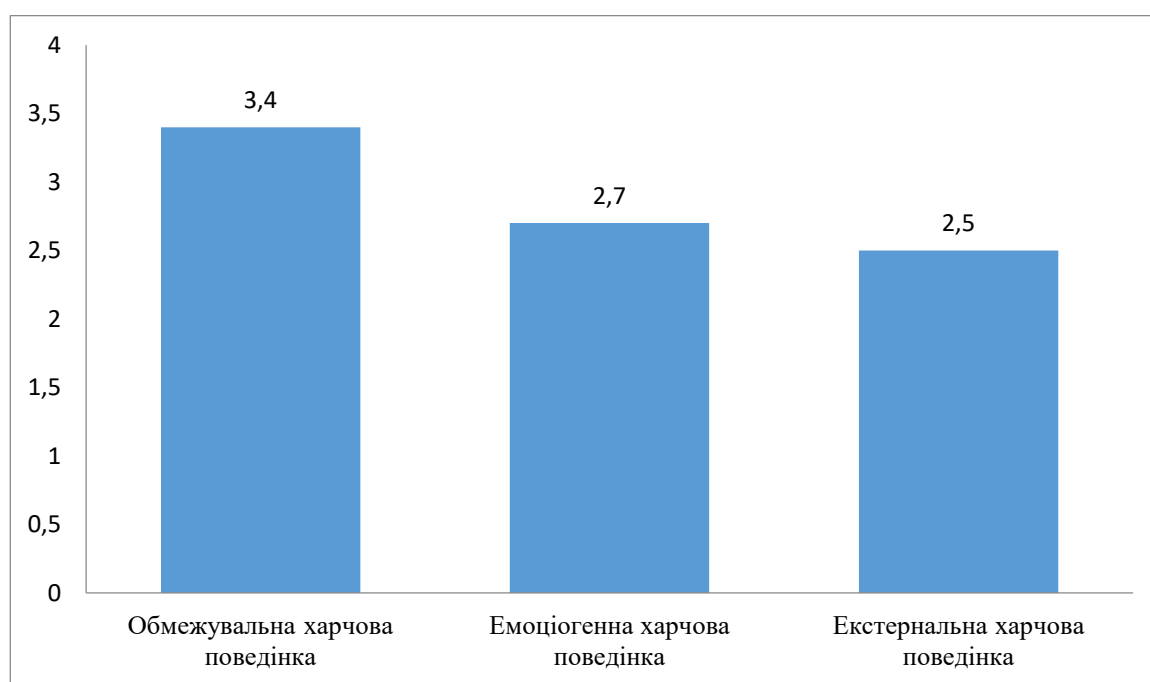


Рис. 3.2. Середні значення показників розладів харчової поведінки за методикою Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Для додаткового аналізу ми порахували кількість жінок, у яких значення за шкалами вище за середнє (норми), що говорить про порушення стратегії харчової поведінки (табл. 3.3).

Табл. 3.3.

Кількість жінок зі значення показників розладів харчової поведінки вище за середню за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ)

Шкала	Значення вище за середнє
Емоціогенна харчова поведінка	84,6 %
Обмежувальна харчова поведінка	80,8 %
Екстернальна харчова поведінка	78,8 %

У всіх опитаних жінок хоч за однією шкалою середнє значення вище за середнє. При цьому у більшості з них значення вище середнього за всіма трьома або двома шкалами, тому можна говорити про змішаний тип розладів харчової поведінки. Але судячи з середніх значень групи, ці розлади виражені несильно.

Результати аналізу наявності невротичних характеристик особистості у опитаних по опитувальнику KON-2006 відображені в таблиці 3.8 і рисунку 3.6. Як видно з таблиці, наявність серйозних невротичних розладів властиві одиниць (1,9%). Загалом, можна стверджувати, що жінки, які взяли участь у дослідженні, не страждають на особистісні дисфункції.

Найчастіше у жінок із зайвою вагою спостерігаються підвищення значень за трьома шкалами: «відчуженість» (78,8%), «дрібниця» (у 69,2%) та «ірраціональність» (у 67,3%). Тобто переважна більшість опитаних відчуває себе людиною дещо самотньою, позбавленою належної підтримки та розуміння з боку оточуючих. Також більше, ніж для половини жінок певною мірою все ж таки властиві такі особливості мислення як педантичність, дріб'язковість, наявність нерациональних установок, мислення побудоване на бажаннях.

Цікаво, що більшість опитаних зовсім не властива «негативна самооцінка» (80,8 %). Тобто переважно жінки, які взяли участь у дослідженні, не відчувають себе непривабливими, нічого не вартими і не відчувають незадоволення собою.

Також хочеться відзначити, що при почутті «відчуженості» більшість опитаних все ж таки не відчувають труднощі в контакт з людьми, недовірливість

у відносинах («складність емоційних контактів» - у 82,7%) та проблеми у міжлюдських відносинах (84,6%)

Табл. 3.4.

Відсотковий розподіл жінок залежно від виразності невротичних розладів за шкалами «Опитувальника невротичної особистості»

Шкали	Не властиво 0 балів	1 бал	Сильно виражений 2 бали
1. Почуття залежності від оточення	61,5	36,5	1,9
2. Астенія	84,6	13,5	1,9
3. Негативна самооцінка	80,8	17,3	1,9
4. Імпульсивність	55,8	44,2	-
5. Складність прийняття рішень	75	23,1	1,9
6. Відчуженість	19,2	78,8	1,9
7. Демобілізація	71,2	26,9	1,9
8. Ризикована поведінка	82,7	17,3	-
9. Складність емоційних відносин	84,6	15,4	-
10. Нестача життєвої енергії	82,7	15,4	1,9
11. Впевненість у власній життєвій безпорадності	69,2	28,8	1,9
12. Почуття відсутності впливу	59,6	38,5	1,9
13. Відсутність внутрішньої спрямованості	67,3	30,8	1,9
14. Схильність до уявлень, фантазій	75,0	21,2	3,8
15. Почуття провини	76,9	23,1	-
16. Проблеми у міжлюдських відносинах	84,6	13,5	1,9
17. Заздрість	73,1	25,0	1,9
18. Нарцисизм	82,7	13,5	3,8
19. Почуття небезпеки	57,7	40,4	1,9
20. Екзальтація	92,3	5,8	1,9
21. Ірраціональність	28,8	67,3	3,8
22. Дрібність	28,8	69,2	1,9
23. Рефлексивність	82,7	17,3	-
24. Почуття навантаження	65,4	34,6	-

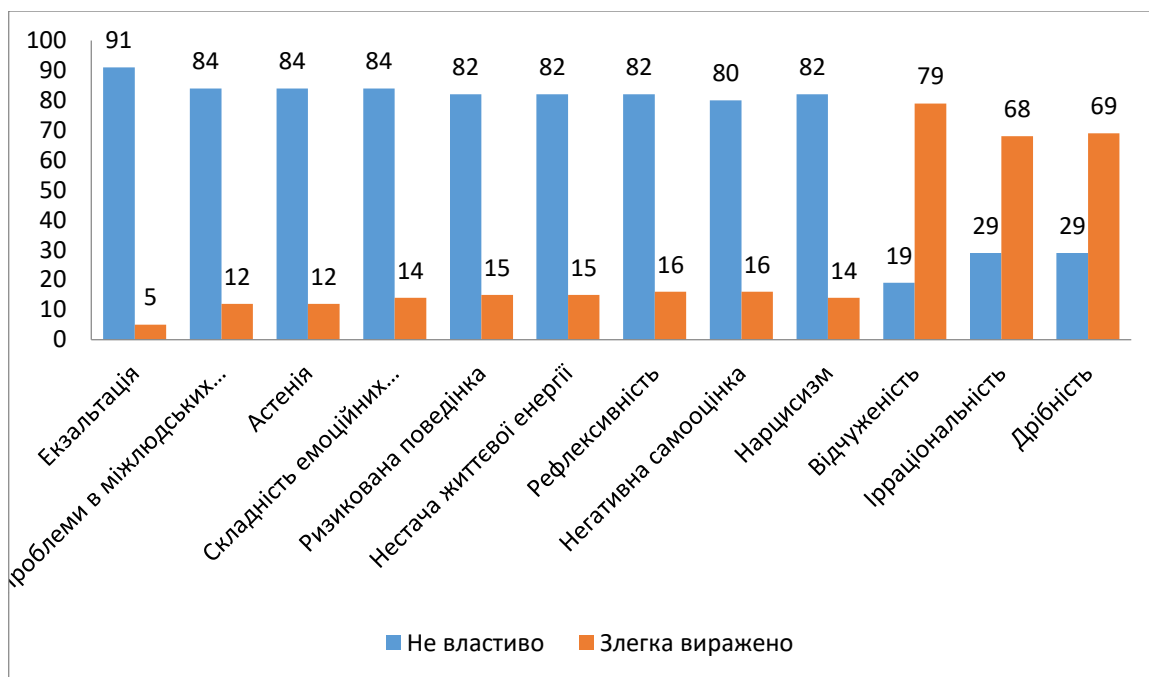


Рис.3.4. Відсотковий розподіл жінок залежно від виразності невротичних розладів за деякими шкалами «Опитувальника невротичної особистості KON-2006»

Тобто жінкам, які взяли участь у дослідження, властивий певний конфлікт у відносинах з оточуючими: вони відкриті для спілкування, мають високу потребу в довірчих відносинах з іншими людьми, але відчувають недостатнє розуміння, прийняття себе іншими людьми, тобто відчувають суб'єктивне почуття самотності. серед натовпу людей. Можливо, це і викликає емоційний дискомфорт, що і призводить до заїдання емоцій, і надалі до зростання ваги.

Описові статистики по «Опитувальнику перспективи» відображені у таблиці 3.5 та рисунку 3.5.

Найбільш високі значення представлені за шкалою «Позитивне минуле» (3,17), а низькі - за шкалою «Негативне минуле» (1,57). Такі дані свідчать, що ставлення до минулого для більшості опитаних тепле, сентиментальне, позитивне. Позитивна реконструкція минулого цієї групи жінок, можливо, пов'язана або з тенденцією забувати і не акцентувати увагу на неприємних і травматичних подіях, або насиченістю минулого позитивними моментами.

Табл.3.5.

Середні значення факторів щодо «Опитувальника перспективи»

Чинник	Середнє	Ст.откл.
Негативне минуле	1,57	0,6
«Гедоністичне справжнє»	3,03	0,6
Майбутнє	3,15	0,6
Позитивне минуле	3,17	0,6
Фаталістичне сьогодні	1,80	0,5

За шкалою «Фаталістичне сьогодні» середнє значення за групою нижче порівняно жінками цього віку (1,8). Тобто для жінок, які взяли участь у дослідженні, не властиве переконання, що їхнє майбутнє зумовлене, а навпаки, вони впевнені, що на майбутнє можливо впливати індивідуальними діями.

Для цієї групи властиве прагнення цілям, планування майбутнього, але ці тенденції виражені дуже сильно (за шкалою «майбутнє» – 3.1.) Все ж таки опитані не забувають і жити сьогоднішнім («гедоністичне сьогодні» – 3,03). Тобто у цієї групи поєднується орієнтація отримання задоволення у теперішньому із турботою майбутнє.

Таким чином, у досліджуваної групи жінок спостерігається позитивний баланс перспективи: підвищений рівень орієнтації на позитивне минуле, середній рівень орієнтації на гедоністичне сьогодні, низька орієнтація на минуле негативне та фаталістичне сьогодні. Але, на думку Зімбардо, для найкращого балансу перспективи все ж таки орієнтація на «майбутнє» має бути значно вищою, ніж у випробуваних нашої групи.

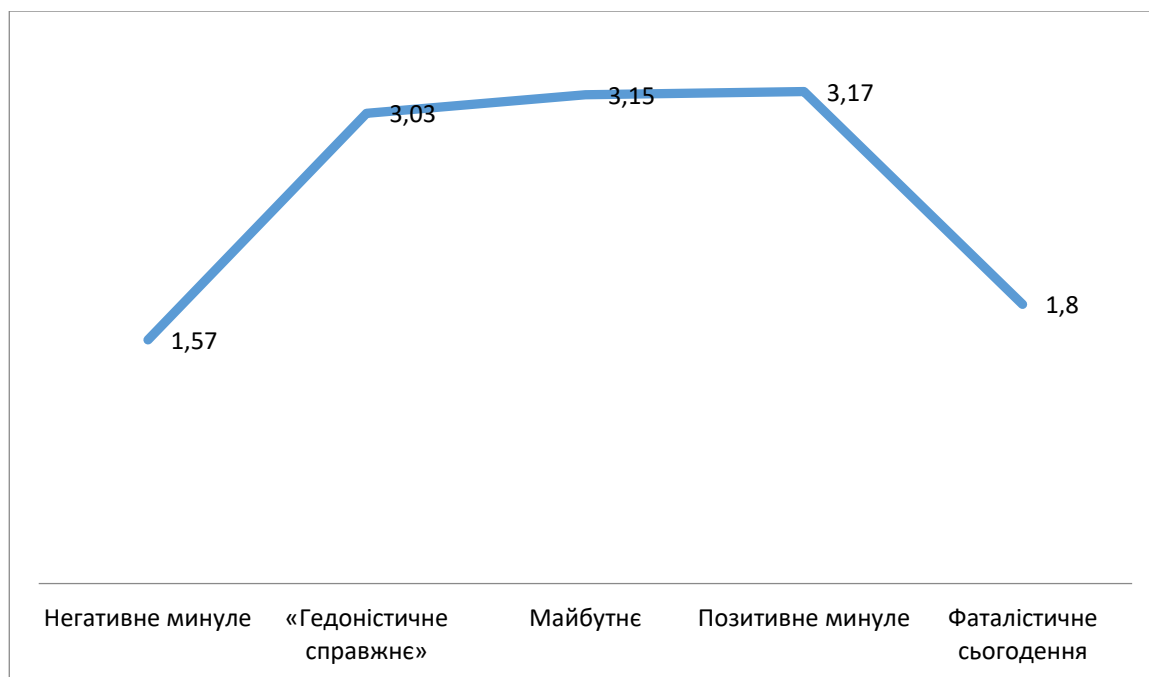


Рис. 3.5. Середні значення факторів щодо «Опитувальника перспективи»

Середні значення за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого часу» відображені в таблиці 3.10 і на рисунку 3.6. Згідно з отриманими даними в загальному за вибіркою спостерігається позитивне ставлення до часу за всіма трьома шкалами: емоційне ставлення, ціннісне ставлення та особистісний контроль за всіма трьома тимчасовими зонами.

Найбільш високі значення за фактором «ціннісне ставлення» (середнє близько 6 (з 7) при невисокому стандартному відхиленні – 0,06-0,1). Свій час вони сприймають як насичене подіями, цікаве, значне, осмислене.

Табл. 3.6.

Середні значення за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого часу» (Шкала Нюттена)

Чинник	Минуле		Справжнє		Майбутнє	
	Середнє	Ст.откл.	Середнє	Ст.откл.	Середнє	Ст.откл.
Емоційне відношення	5,1	0,1	5,8	0,11	5,7	0,1
Ціннісне відношення	6,1	0,1	6,2	0,08	6,4	0,06
Особистісний контроль	5,5	0,09	6,0	0,07	6,1	0,08

Найнижче середнє значення «Емоційне ставлення» до минулого. Проте значення (5,1) відбиває не негативне ставлення, а суперечливе і неоднозначне емоційне ставлення до минулого.

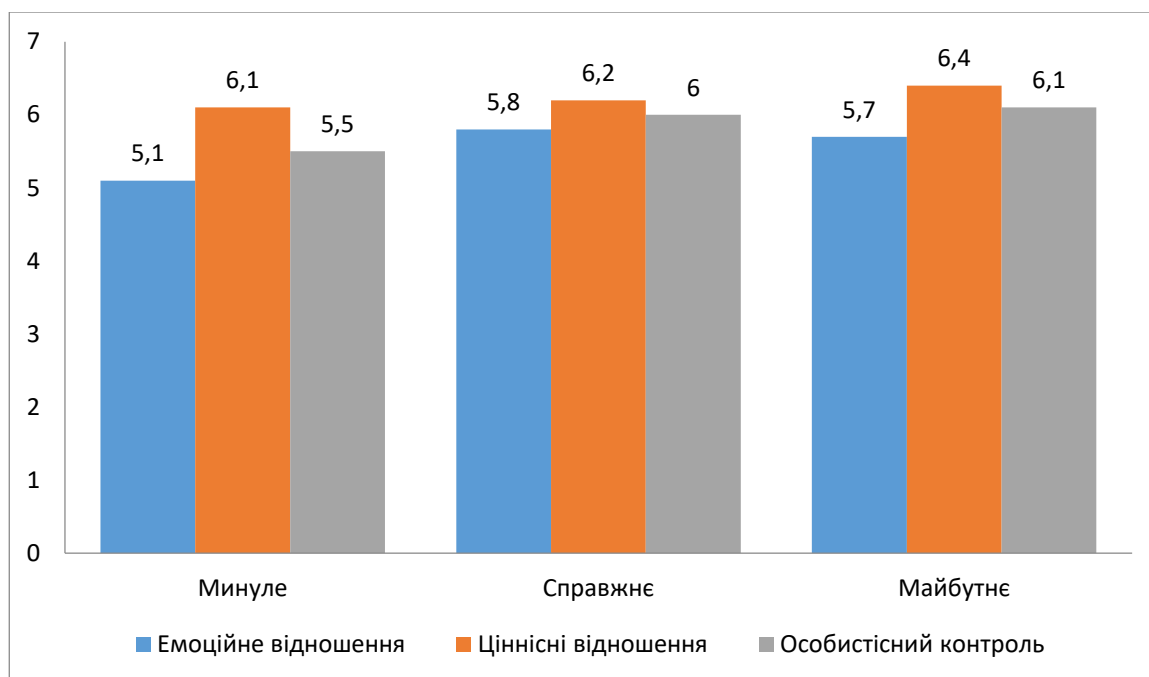


Рис. 3.6. Середні значення за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого часу»

Середні значення та стандартні відхилення показників саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» відображені у таблиці 3.7 та рисунку 3.7.

Загальний рівень саморегуляції за групою відповідає середньому рівню виразності ($M = 30,3$ при станд. вимк. 3,7).

За окремими шкалами, крім «Самостійність», рівень середній. При цьому по більшості зі шкал значення все ж таки ближче до верхньої межі середнього рівня: «планування», «моделювання», «гнучкість» та «оцінка результатів». Провідними регуляторними процесами (найвищі значення) групи є «гнучкість», «оцінка результатів» і «моделювання». Учасниці нашого дослідження здатні виділяти значні умови досягнення цілей як у поточній ситуації, і у перспективному майбутньому. Демонструють пластичність усіх регуляторних

процесів. У разі непередбачених причин легко перебудовують плани та програми виконавчих дій і поведінки, здатні швидко оцінити зміну значних умов і перебудувати програму дій. Відрізняє адекватність самооцінки та стійкості суб'єктивних критеріїв оцінки результатів.

Табл. 3.7.

Середні значення та стандартні відхилення показників саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки»

Шкала	Середнє	Ст.откл.
Планування	5,7	1,6
Моделювання	6,2	1,8
Програмування	5,8	1,5
Оцінка результатів	6,3	1,7
Гнучкість	6,5	1,3
Самостійність	4,9	2,0
Загальний рівень саморегуляції	30,3	3,7

Тільки за шкалою «Самостійність» середнє значення дещо нижче середнього рівня ($M=4,9$), при найвищому стандартному відхиленні зі всіх шкал (ст. вимк=2). Такі дані свідчать про те, що значна частина піддослідних все ж таки досить залежна від думок та оцінок оточуючих. Плани та програми дій розробляються несамостійно, такі люди часто і некритично дотримуються чужих порад. За відсутності сторонньої допомоги вони неминуче виникають регуляторні збої.

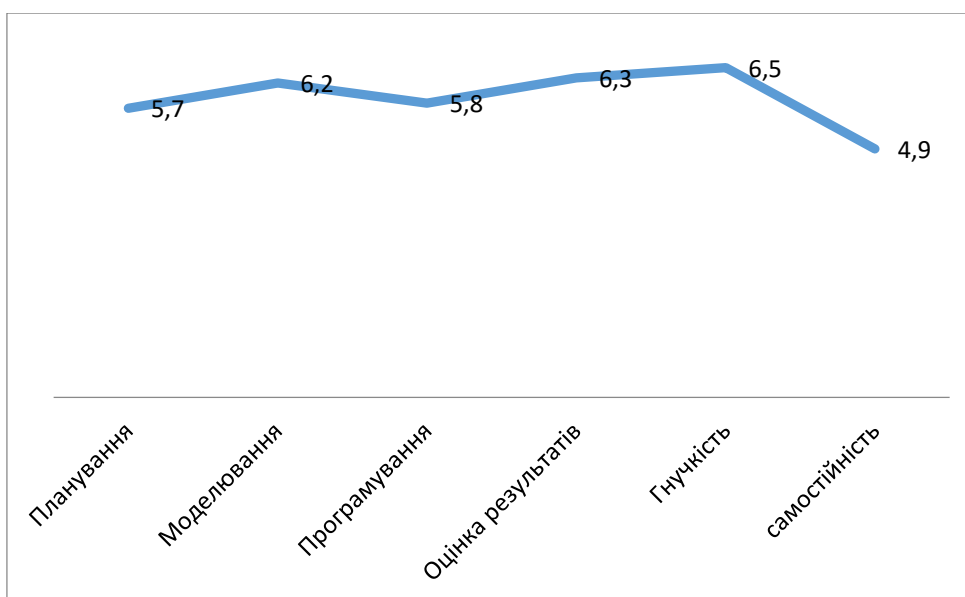


Рис. 3.7. Середні показники саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки»

На основі проведеного дослідження середні показники саморегуляції були визначені за методикою "Стиль саморегуляції поведінки". Аналіз отриманих даних дозволив зробити наступні висновки.

Загальний середній показник саморегуляції свідчить про рівень володіння уміннями регулювати свою поведінку, що може впливати на різні аспекти життя.

Детальний аналіз компонентів методики "Стиль саморегуляції поведінки" показав сильну самодисципліну та здатність до контролю над власними діями у цьому конкретному аспекті.

Загалом, результати дослідження методикою "Стиль саморегуляції поведінки" надають важливі відомості про рівень саморегуляції у досліджуваній групі. Вони можуть бути використані для подальшого вивчення та розуміння психологічних особливостей поведінки та її регуляції у відповідних контекстах.

3.2 Кореляційний аналіз

Статистично достовірні кореляційні взаємозв'язки показників усередині біографічної анкети відображені рисунку 3.8.

Показник із максимальним навантаженням – відповідь на запитання «Ваша самооцінка залежить від Вашої ваги?» (Три негативних взаємозв'язку високого ступеня надійності 0,01). Тобто чим більшою мірою на самооцінку жінки впливає її поточна вага, тим нижчою є її життєва енергія і нижча схильність будувати далекі плани на майбутнє. А на самооцінку та життєву енергію негативно впливає переконання, що краса залежить від ваги.

«Індекс маси тіла» позитивно взаємопов'язаний із показником ваги, на який хоче жінка схуднути. Цей зв'язок цілком закономірний. Чим вища вага, тим більше людина хоче скинути.



Рис.3.8. Кореляційні взаємозв'язки показників біографічного опитувальника

Значні кореляційні взаємозв'язки показників біографічного опитувальника зі шкалами методик, вкладених у вивчення порушень харчової поведінки відбито рисунку 3.8.

Хочеться відзначити, що не виявлено значних взаємозв'язків порушень харчової поведінки з ІМТ та показником ваги, яку людина хоче скинути. Тобто основу порушень харчової поведінки стоять не об'єктивні причини, а психологічне сприйняття своєї ваги.

У результаті проведеного кореляційного аналізу було виявлено значні позитивні взаємозв'язки трьох показників: самооцінки «життєвої енергії та тону» (біографічний опитувальник), «обмежувального» та «екстернального» типу харчової поведінки. Тобто чим частіше опитані страждають на схильність до переїдання за компанію, тим частіше вони вдаються до харчових обмежень, і тим вище їхня життєва енергія і тонус. І неможливо сказати, що є першопричиною. Це швидше за все, постійний процес: переїдання – зростання життєвого тону – обмеження їжі. Також аналіз показав наявність статистично значущих взаємозв'язків високого ступеня надійності ($p < 0,01$) трьох показників: відповіді на запитання «Наскільки далеко ви будете плани на майбутнє?», рівня «прагнення худоби» та «неефективність». Таким чином, чим вище у жінки занепокоєння про вагу та частіше систематичні спроби схуднути, тим сильніше відчуття нездатності контролювати власне життя, і менше схильність будувати далекоглядні плани.

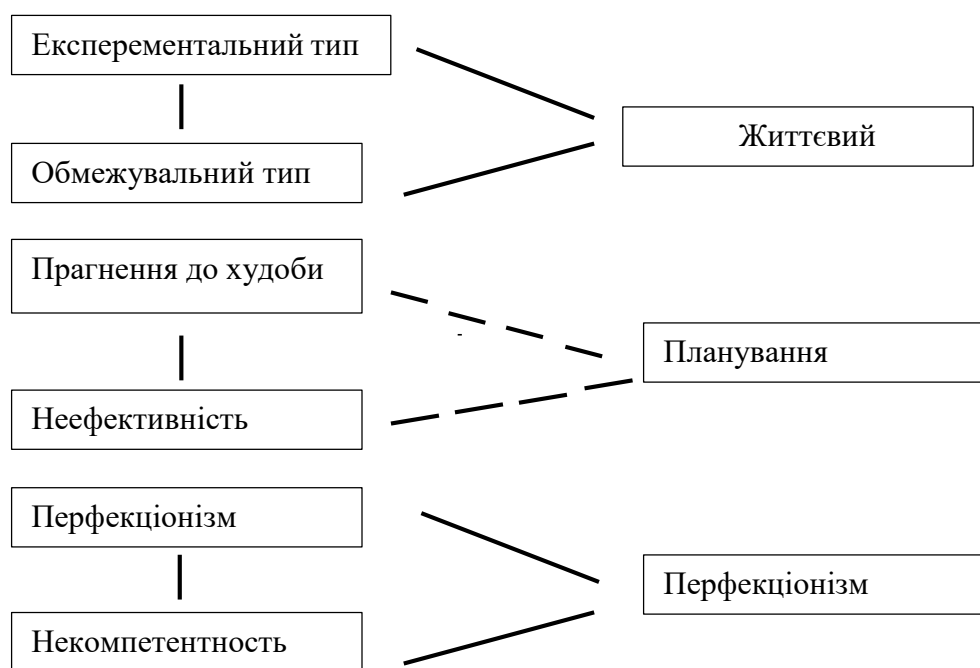


Рис. 3.9. Кореляційні взаємозв'язки показників щодо біографічного опитувальника з порушеннями харчової поведінки

Також на рисунку 3.8 відображені кореляційні взаємозв'язки ще трьох показників: відповіді на запитання «Чи залежить Ваша самооцінка від ваги?», «Перфекціонізм» та «Некомпетентність». Тобто для тих жінок, у яких власна самооцінка залежить від ваги, характерна нездатність прощати собі недоліки та дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення.

Значні кореляційні взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з чинниками «Опитувальнику перспективи» відображені у додаток Б.

Аналіз показав досить широку мережу взаємозв'язків порушень харчової поведінки із перспективою. Це свідчить про взаємопов'язаність цих сторін життя. Але зв'язки неоднозначні.

Розглянемо найбільш значущі вивчення взаємозв'язку.

По-перше, було виявлено позитивний взаємозв'язок «Індексу маси тіла» із спрямованістю на «майбутнє». Тобто тим більше майбутнє.

Також орієнтація на «майбутнє» показала позитивні взаємозв'язки з «емоційною» стратегією харчової поведінки та «прагненням до худорлявості», і негативну – з «обмежувальним» типом порушення поведінки. Тобто чим сильніша у жінки із зайвою вагою виражена спрямованість у майбутнє, тим менш для неї властиво обмежувати себе в їжі, а навпаки їжа – це засіб заглушення емоцій.

Фактор «Позитивне минуле» показав 4 значних взаємозв'язку з порушеннями харчової поведінки: 2 позитивних (з «емоційною» стратегією та «перфекціонізмом»), і 2 негативні – з «екстернальною» стратегією та «неефективністю».

Чинник «Негативне минуле» показав три значних позитивних взаємозв'язку з особливостями харчової поведінки: зі «прагненням до худорлявості», «неефективністю» ($p < 0,01$) і «некомпетентністю» ($p < 0,01$). «Фаталістичне сьогодні» також значуще (зв'язку високого ступеня значимості) взаємопов'язане і з «неефективністю» і «некомпетентністю» Тобто, чим

похмуріше сприйняття минулого, тим частіше жінка турбується про вагу, намагається схуднути, відчуває нездатність контролювати власне життя і відчуває дефіцит впевненості. щодо розпізнавання почуття голоду та насичення. Можливо, на посилення даних порушень харчової поведінки дуже впливає негативний досвід минулого. Це підтверджує і значний позитивний зв'язок ($p < 0,01$) відповіді «Чи залежить ваша самооцінка від ваги?» з «негативним минулим». І не вірячи в себе, людина починає перекладати відповідальність за своє життя на долю, зла доля, втрачає віру в те, що їй може щось змінити (зростає показник «фаталістичне справжнє»). «Гедоністичне справжнє» також продемонструвало значний взаємозв'язок з «некомпетентністю», як і «фаталістичне сьогодення», та «негативне минуле». Тобто можна припустити, що у негативних проявах життєвої перспективи («негативне минуле», «фаталістичне» та «гедоністичне» сьогодення) важливу роль відіграє «інтероцептивна некомпетентність» – дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення як приватний прояв загального порушення розпізнавання почуттів у людини.

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язків особливостей харчової поведінки з показниками за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого» відбито в додатку В.

Кореляційний аналіз показав високу взаємопов'язаність атитюдів на час з особливостями харчової поведінки. При цьому значна кількість зв'язків високого ступеня надійності ($p < 0,01$). Але важко виділити один системоутворюючий фактор.

Величина «Індексу маси тіла» показала 4 негативні взаємозв'язки високого ступеня надійності: з «особистісним контролем» минулого та з трьома шкалами майбутнього: з «емоційним» ставленням, «ціннісним ставленням» та «особистісним» контролем.

Таким чином, чим сильніше виражено порушення ваги, тим вища впевненість людини в тому, що вона може керувати своїм часом (минулим і майбутнім) і майбутнє представляється у світлих фарбах: більш прекрасним, світлим, приємним, насиченим, цікавим та важливим. Тобто з майбутнім, а не сьогоднішнім вони пов'язують свої надії, а не з сьогоднішнім. Можна припустити, що вони живуть ілюзіями та очікуваннями.

«Обмежувальний тип» порушення харчової поведінки позитивно взаємопов'язаний з ціннісним ставленням і до минулого, і до майбутнього. Тобто чим менше харчових самообмежень у людини із зайвою вагою, тим нижча його оцінка цінності минулого та ймовірного майбутнього.

Для зручності зорового сприйняття ми з кореляційної плеяди 13 виділили частину високозначних взаємозв'язків ($p < 0,01$) і відобразили її на рисунку 3.10.

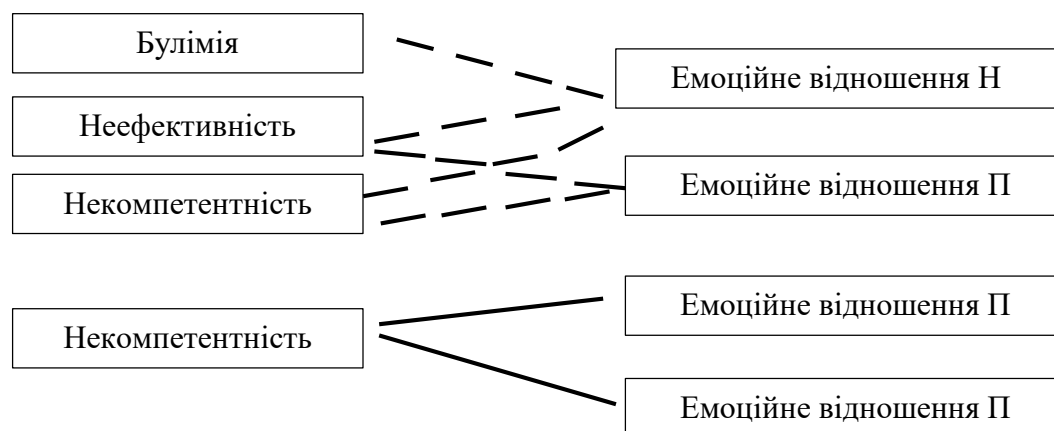


Рис. 3.10. Частина кореляційної плеяди з додатку Б «Кореляційні взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з показниками за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого часу»

Шкали «Емоційного ставлення» до сьогоднішнього та минулого негативно взаємопов'язані з «некомпетентністю» та «неефективністю». Чим більшою мірою учасниці дослідження невпевнені у собі й у можливості контролювати своє життя, чим важче «розуміти» і розпізнавати свої емоції, тим паче негативно на афективному рівні вони сприймають своє життя і минуле, і сьогоднішнє. І чим

похмурише забарвлене справжнє, тим сильніша схильність до «булімія» (неконтрольованого переїдання та очищення).

На рисунку 3.11 відбито результати кореляційного аналізу дослідження взаємозв'язків особливостей харчової поведінки з показниками саморегуляції. Ми рисунку відобразили лише зв'язку високого ступеня значимості ($p < 0,01$).

«Оцінювання результату» показало два значних взаємозв'язку з особливостями харчової поведінки: «незадоволеність тілом» та «недовіра». Такі результати свідчать про те, що чим адекватніша оцінка себе і результатів поведінки, тим вища недовіра в міжособистісних відносинах, почуття відстороненості від контактів з оточуючими і вища незадоволеність окремими частинами тіла. Можливо, ці взаємозв'язки опосередковані підвищеною критичністю людина до себе, своєї діяльності та поведінки і до людей. Також аналіз показав, що чим вищі показники за шкалою «гнучкості», тим нижчим є відчуття «неефективності». Тобто, коли в динамічній обстановці, що швидко змінюється, людина почувається невпевнено, то це веде до посилення відчуття нездатності контролювати власне життя. Цей взаємозв'язок цілком закономірний.

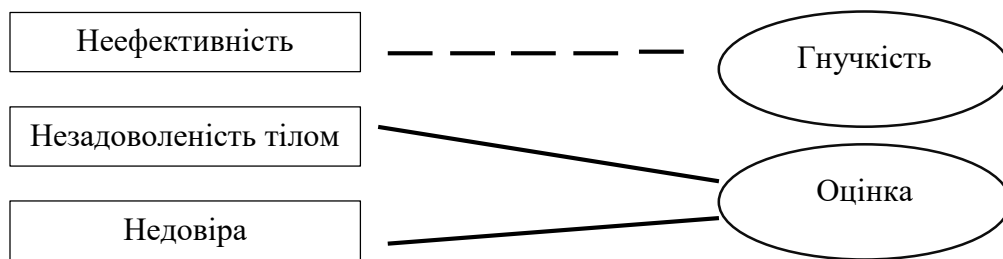


Рис. 3.11. Кореляційні взаємозв'язки особливостей харчової поведінки зі «стилем саморегуляції поведінки».

У додатку Г відбито взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з невротичними якостями особистості. Найбільше навантаження лежить на факторі «Емоційний тип» порушення харчової поведінки (6 негативних взаємозв'язків). Тобто чим більшою мірою для учасниці дослідження властиво заїдання емоцій, тим нижчою є «відчуженість», «астенія», «схильність до

фантазій», «почуття навантаження», «екзальтація» і вища самооцінка. Можливо, за допомогою їжі людина намагається впоратися з цими почуттями, що руйнують, заглушити їх. «Обмежувальний тип» порушення харчової поведінки продемонстрував два різноспрямованих взаємозв'язку з невротичними характеристиками особистості: позитивну з «відчуженістю», негативну зі «складністю прийняття рішення». Тобто чим надмірні харчові обмеження для контролю ваги, тим вище почуття самотності і нижче недовірливість, розважливість та уникнення самостійного прояву ініціативи. Також аналіз показав, що «Індекс маси тіла» негативно взаємопов'язаний із трьома особистісними якостями: «почуття залежності», «впевненість у власній безпорадності» та «відсутність внутрішньої спрямованості». Таким чином, чим сильніше порушення ваги, тим меншою мірою людина сприймає себе як людину залежну, поступливу, легко відмовляється від своєї думки, безпорадну, яка уникає наростаючих проблем, безініціативної і нездатної самостійно керувати своїм життям.

Схильність до «булімії» показала три значні прямопропорційні взаємозв'язки з рисами особистості: «нарцисизм», «заздрість» та «рефлексивність». Тобто неконтрольоване переїдання більш властиве для учасниць недовірливих, уразливих, зарозумілих та егоцентричних, що вимагають до себе особливого відношення та привілеїв, фруструють при успіхах інших людей.

3.3 Рекомендації психологічного втручання при порушеннях харчової поведінки

Розлади харчової поведінки є складною проблемою, яка об'єднує як фізіологічні, так і психологічні фактори. Ці розлади часто включають фізіологічні проблеми, такі як поганий обмін речовин, виснаження та гормональні порушення, а також психологічні аспекти, такі як сильні емоційні переживання, порушена соціалізація, труднощі в контролі поведінки та зміни у мотиваційній сфері. Ці розлади є важкими для лікування, частково через їх взаємозв'язок з іншими психічними розладами і підвищеним ризиком самогубства.

Одним з рекомендованих психологічних підходів для лікування порушень харчової поведінки є когнітивно-поведінкова терапія. Згідно з цією теорією, поведінка людини залежить від сприйняття та інтерпретації її дій та подій. Тому, головна мета цієї терапії полягає у зміні спотвореного сприйняття та інтерпретації, що призводить до некоректних переконань та ірраціональних установок. В контексті порушень харчової поведінки, такі установки можуть включати негативне сприйняття свого тіла, харчування та власної ідентичності.

Когнітивно-поведінкова терапія надає безліч прийомів, які базуються на зміні способу мислення. Головна ідея цього підходу полягає в тому, що дисфункціональна поведінка є набутою характеристикою і, отже, її можна змінити на більш адаптивну та здорову. Когнітивно-поведінкова терапія зміщує акцент з минулих травм та негативного досвіду на теперішні дії, думки та переконання.

Одним з перших кроків у когнітивно-поведінковій терапії є виявлення та корекція дисфункціональних установок. Терапевт сприяє свідомому осмисленню та переосмисленню переконань, що лежать в основі негативної харчової поведінки. Наприклад, жінка, яка вірить у свою нікчемність через невідповідність соціальним стандартам краси, може бути попросена знайти докази, які

спростовують це переконання. Це допомагає розширити свідомість про свої сильні сторони та переглянути негативну оцінку себе.

Далі, у процесі терапії, людина навчається нових навичок, зокрема вмінню правильно розпізнавати та виражати свої емоції. Наприклад, якщо жінка висловлює переконання про свою товщину, психолог може допомогти їй розрізнити емоції, що супроводжують це переконання, і надати їй можливість виразити свої переживання. Важливою складовою цього процесу є валідація – підтримка та прийняття пацієнта від психолога, що сприяє розвитку здорової самооцінки та покращенню самоприйняття.

Крім цього, когнітивно-поведінкова терапія надає можливість людині засвоїти нові стратегії та навички управління харчовою поведінкою. Це може включати в собі встановлення реалістичних та здорових цілей щодо харчування, розробку планів щодо раціонального харчування, регулювання апетиту та споживання їжі, а також використання стратегій управління стресом, що не пов'язані з їжею.

Важливою складовою когнітивно-поведінкової терапії є також працювання з когнітивними переконаннями. Терапевт допомагає пацієнту виявити негативні та дисторсійні міркування, що впливають на харчову поведінку, та замінити їх на більш об'єктивні та позитивні способи мислення. Це може включати переоцінку негативних думок про себе, зосередження на своїх досягненнях та позитивних аспектах, а також здійснення переривання негативних міркувань та заміну їх на більш конструктивні.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях харчової поведінки може забезпечити ефективну підтримку та відновлення здорової харчової поведінки. Цей підхід спрямований на розвиток свідомого сприйняття, зміну негативних переконань та установок, відновлення контролю над харчуванням і покращення якості життя. Важливою складовою успіху є

співпраця пацієнта та терапевта, а також систематичне виконання рекомендацій та завдань, поставлених у рамках терапії.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія є цілеспрямованим і ефективним підходом до психологічного втручання при порушеннях харчової поведінки. Вона пропонує систематичний підхід до розуміння та зміни негативних мислень, переконань і поведінки, які сприяють розвитку розладів прийому їжі. Когнітивно-поведінкова терапія базується на взаємозв'язку між когнітивними процесами (мисленням, сприйняттям) і поведінкою людини.

Один з ключових принципів цієї терапії полягає у тому, що несвідомі думки та переконання можуть впливати на почуття та поведінку людини. Наприклад, особа з порушенням харчової поведінки може мати негативні переконання про свою зовнішність та вагу, що призводить до спотвореного сприйняття її тіла та нездорового відношення до їжі. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає розібратися з цими переконаннями та замінити їх на більш реалістичні і позитивні.

У процесі терапії психолог спільно з пацієнтом встановлює конкретні цілі, що стосуються зміни харчової поведінки. Це можуть бути здорові звички щодо раціонального харчування, регулювання апетиту, виключення шкідливих практик або розвиток позитивного сприйняття свого тіла. Застосовуються конкретні техніки, такі як ведення щоденника харчування, вивчення стресових ситуацій, робота з довірою до свого тіла та інші.

Крім того, психолог може використовувати техніки релаксації, міндфулнесу та позитивного мислення для зменшення стресу, покращення самоприйняття та збереження позитивного налаштування. Важливим елементом когнітивно-поведінкової терапії є також врахування контекстуальних факторів, які впливають на харчову поведінку. Це можуть бути соціальні норми, родинні чинники, культурні впливи, стресові ситуації та інші зовнішні фактори.

Під час терапії, психолог сприяє свідомому сприйняттю і розумінню власних емоцій, почуттів голоду та ситості, а також розвитку навичок саморегуляції та управління стресом. Пацієнт навчається розрізняти фізіологічні сигнали голоду від емоційної або психологічної потреби, що допомагає уникати необгрунтованого перекусу або обмеження їжі.

Крім когнітивно-поведінкової терапії, в комплексному лікуванні розладів харчування можуть використовуватися й інші підходи, такі як психодинамічна терапія, групова терапія, медикаментозне лікування та інші. Вибір методу терапії залежить від конкретного випадку, важливо підійти до кожного пацієнта індивідуально.

Рекомендації психологічного втручання при порушеннях харчової поведінки мають на меті покращення якості життя, збереження фізичного та психічного здоров'я, а також відновлення нормального ставлення до їжі та свого тіла. Працюючи з психологом, пацієнт отримує підтримку, навички та інструменти, які допомагають змінити негативні патерни мислення та поведінки на більш позитивні та здорові. Терапевтичний процес може зайняти тривалий час, оскільки вимагає постійної праці над собою та зміни поглядів і впевнень.

Додатково до когнітивно-поведінкової терапії, важливо підтримувати пацієнта в розумінні і прийнятті його емоційних переживань. Часто розлади харчування пов'язані з емоційними проблемами, низькою самооцінкою та стресом. Тому психолог може використовувати методи психотерапії, які спрямовані на роботу з емоційною сферою, такі як емоційно-орієнтована терапія, арт-терапія або групова підтримка.

Дуже важливо враховувати контекст соціальної підтримки для людей з розладами харчування. Розуміння і підтримка близьких людей, друзів і родини можуть мати значний вплив на успішність терапії. Родинна терапія або групові заняття можуть бути корисними додатковими елементами лікування, що

допомагають усвідомити та змінити деструктивні динаміки інтеракцій у сім'ї або соціальному середовищі.

Важливо зазначити, що рекомендації психологічного втручання при розладах харчування мають індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Кожна людина має унікальні причини та контекст свого розладу харчування, тому психологічне лікування має бути призначене з урахуванням цих факторів.

ВИСНОВКИ

Сприйняття часу, зокрема суб'єктивна оцінка людиною своєї життєвої перспективи, є одним із найважливіших складових функціонування здорової особистості. У проведеному дослідженні ми орієнтувалися на показники перспективи у жінок із зайвою вагою. На стадії задуму дослідження нами спеціально було підібрано групу жінок із суб'єктивною оцінкою себе як здорової, реалізованої, щасливої жінки, незважаючи на зайву вагу. Численні дослідження у сфері порушень харчової поведінки зводяться до вивчення адаптації, порушення міжособистісних відносин та інших. Новизна нашого дослідження саме у критерії відбору учасників дослідження. У досліджуваних жінок спостерігається гарний баланс перспективи: підвищений рівень орієнтації на позитивне минуле, середній рівень орієнтації на гедоністичне сьогодення, низька орієнтація на негативне минуле та фаталістичне сьогодення, орієнтація на майбутнє. Але, на думку Ф. Зімбардо, для найкращого балансу перспективи все ж таки орієнтація на «майбутнє» має бути значно вищою, ніж у піддослідних нашої групи. Однак учасниць нашого дослідження можна вважати благополучними людьми. Для них не властива наявність невротичних розладів, вони задоволені сімейним та професійним життям (дослідження на аналогічних групах говорять про протилежне), переважна більшість не спостерігає явних змін у своєму стані здоров'я, деякі навіть відзначають покращення.

Усі жінки, які взяли участь у дослідженні, страждають надмірною масою тіла або ожирінням. Жінки з цієї групи переважно хочуть скинути вагу, і впевнені, що такі зміни їм під силу.

У основної частини, їх поточна вага все ж таки впливає на самооцінку. Також хочеться відзначити, що за групою досить високий рівень задоволеності роботою та сімейним та сексуальним життям.

Особистісні особливості жінок, учасниць нашого дослідження

1. Для цієї групи жінок, які страждають на зайву вагу, не властиво наявність серйозних невротичних розладів.

2. Найчастіше у жінок із зайвою вагою спостерігаються підвищення значень за трьома шкалами: «відчуженість», «дрібниця» та «іраціональність». Тобто переважна більшість опитаних відчуває себе людиною дещо самотньою, позбавленою належної підтримки та розуміння з боку оточуючих. Також більше, ніж для половини жінок певною мірою все ж таки властиві такі особливості мислення як педантичність, дріб'язковість, наявність нерациональних установок, мислення побудоване на бажаннях.

3. Також хочеться відзначити, що при почутті «відчуженості» більшість учасниць все ж таки не відчувають труднощі в емоційних контактах і проблеми в міжлюдських відносинах. Таким чином, для жінок, які взяли участь у дослідження, властивий деякий конфлікт у відносинах з оточуючими: вони відкриті для спілкування, мають високу потребу в довірчих відносинах з іншими людьми, але відчувають недостатнє розуміння, прийняття себе іншими людьми, тобто ніби відчувають суб'єктивне почуття самотності серед натовпу людей. Можливо, це і викликає емоційний дискомфорт, що і призводить до заїдання емоцій, і надалі до зростання ваги.

Особливості саморегуляції

1. В учасниць нашого дослідження регулятивні процеси на середньому рівні. Вони досить здатні виділяти значні умови досягнення цілей як і поточної ситуації, і у перспективному майбутньому. Демонструють пластичність усіх регуляторних процесів. У разі непередбачених причин легко перебудовують плани та програми виконавчих дій і поведінки, здатні швидко оцінити зміну значних умов і перебудувати програму дій. Відрізняє адекватність самооцінки та стійкості суб'єктивних критеріїв оцінки результатів.

2. Тільки за шкалою «Самостійність» значення групи нижче середнього. Тобто значна частина учасниць все ж таки залежить від думок та оцінок оточуючих.

Перспектива

1. Згідно з отриманими даними, загалом за вибіркою спостерігається позитивне ставлення до часу за всіма трьома шкалами: емоційне ставлення, ціннісне ставлення та особистісний контроль та до всіх трьох тимчасових зон: минуле, сучасне і майбутнє. Найбільш високі значення за фактором «ціннісне ставлення». Свій час вони сприймають як насичене подіями, цікаве, значне, осмислене. Більшість опитаних жінок не вважають, що вони багато часу даремно проводять, а впевнені, що продуктивно використовують свій час.

2. Відношення до минулого у більшості учасниць тепле, сентиментальне, позитивне. Позитивна реконструкція минулого цієї групи жінок, можливо, пов'язана або з тенденцією забувати і не акцентувати увагу на неприємних і травматичних подіях, або з реальною насиченістю минулого позитивними моментами.

3. Майже у третини опитаних майбутнє спричиняє сильну тривогу. Але їм не властиве переконання, що їхнє майбутнє зумовлено, а навпаки, вони впевнені, що на майбутнє можливо впливати індивідуальними діями.

4. У досліджуваній групі жінок спостерігається гарний баланс тимчасової перспективи: підвищений рівень орієнтації на позитивне минуле, середній рівень орієнтації на гедоністичне сьогодення, низька орієнтація на минуле негативне та фаталістичне сьогодення. Але, на думку Зімбардо, для найкращого балансу тимчасової перспективи все ж таки орієнтація на «майбутнє» має бути значно вищою, ніж у випробуваних нашої групи. Для цієї групи властиве прагнення цілям, планування майбутнього, але ці тенденції виражені несильно.

Особливості харчової поведінки у жінок із зайвою вагою

1. Аналіз середніх значень за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ) дав наступний результат: у досліджуваній групі переважає змішаний тип розладів харчової поведінки. Найчастіше за «обмежувальним» та «емоційним типом». З одного боку, у значної частини опитаних при емоційному напрузі вливається апетит. Їжа таким людям приносить не лише насичення, а й заспокоєння. З іншого боку, вони часто вдаються до надлишкових харчових самообмеження та безсистемних дієт («обмежувальна» харчова поведінка), які змінюються періодами переїдання.

2. Аналіз показників за методикою «Шкала оцінки харчової поведінки» показав найвищі значення за шкалами «Незадоволеність тілом» та «Недовіра у міжособистісних відносинах». Незважаючи на те, що жінки в основному здорові, вони відчують «невдоволення тілом» та «труднощі в міжособистісних контактах», швидше за все, через «стереотипне» неприйняття оточуючими повних людей.

3. Результати аналізу взаємозв'язків особливостей харчової поведінки з особистісними особливостями та саморегуляцією

- Чим сильніше порушення ваги (вище ІМТ), тим меншою мірою людина сприймає себе як людину залежну, поступливу, легко відмовляється від своєї думки, безпорадну, яка уникає наростаючих проблем, безініціативної і нездатної самостійно керувати своїм життям.

– Чим більшою мірою для учасниці дослідження властиве порушення харчової поведінки за «емоційним» типом, тим нижчою є «відчуженість», «астенія», «схильність до фантазій», «почуття навантаження», «екзальтація» та вища самооцінка. Можливо, за допомогою їжі людина намагається впоратися з цими почуттями, що руйнують, заглушити їх.

– Шкала «Оцінювання результату» показала два значних взаємозв'язку з особливостями харчової поведінки: «незадоволеність тілом» та «недовіра». Такі результати свідчать про те, що чим адекватніша оцінка себе і результатів

поведінки, тим вища недовіра в міжособистісних відносинах, почуття відстороненості від контактів з оточуючими і вища незадоволеність окремими частинами тіла. Можливо, ці взаємозв'язки опосередковані підвищеною критичністю людина до себе, своєї діяльності та поведінки і до людей.

– Схильність до «булімії» показала три значні прямопропорційні взаємозв'язки з рисами особистості: «нарцисизм», «заздрість» та «рефлексивність». Тобто неконтрольоване переїдання більш властиве для учасниць недовірливих, уразливих, зарозумілих та егоцентричних, що вимагають до себе особливого відношення та привілеїв, фруструють при успіхах інших людей.

4. Результати аналізу взаємозв'язків особливостей харчової поведінки з тимчасовою перспективою

– Аналіз показав досить широку мережу зв'язків порушень харчової поведінки із тимчасовою перспективою особистості. Це свідчить про взаємопов'язаність цих сторін життя.

– Чим похмуріше сприйняття минулого, тим частіше жінка турбується про вагу, намагається схуднути, відчуває нездатність контролювати власне життя та відчуває дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення. Можливо, на посилення даних порушень харчової поведінки дуже впливає негативний досвід минулого. Це підтверджує і значний позитивний зв'язок (p менше 0,001) відповіді «Чи залежить ваша самооцінка від ваги?» з «негативним минулим». І не вірячи в себе, людина починає перекладати відповідальність за своє життя на долю, зла доля, втрачає віру в те, що їй може щось змінити (зростає показник «фаталістичне справжнє»).

– Чим вище у жінки занепокоєння про вагу та частіше систематичні спроби схуднути, тим сильніше відчуття нездатності контролювати власне життя та менше схильність будувати далекоглядні плани.

– Також за результатами аналізу можна припустити, що у негативних проявах життєвої перспективи («негативне минуле», «фаталістичне» та «гедоністичне» сьогодення) важливу роль відіграє «інтероцептивна некомпетентність» – дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення як приватний прояв загального порушення розпізнавання почуттів у людини

– Чим сильніше виражено порушення ваги (вище ІМТ), тим вище впевненість людини в тому, що вона може керувати своїм часом (минулим і майбутнім) і майбутнє видається у світлих фарбах: прекраснішим, світлішим, приємнішим, насиченішим, цікавішим і важливішим. Тобто з майбутнім, а не сьогоденням вони пов'язують свої надії. Можна припустити, що вони живуть ілюзіями та очікуваннями.

– Шкали «Емоційного ставлення» до сьогодення та минулого негативно взаємопов'язані з «некомпетентністю» та «неефективністю». Чим більшою мірою учасниці дослідження невпевнені у собі й у можливості контролювати своє життя, чим важче «розуміти» і розпізнавати свої емоції, тим негативніше на афективному рівні вони сприймають своє життя і минуле, і сьогодення.

– Чим похмуріше забарвлене справжнє, тим сильніша схильність до «булімія» (неконтрольованого переїдання та очищення).

Також, практично всі жінки не відчують нестачу життєвого тону та енергії. При цьому половина з них навіть відзначають у себе більш високу життєву енергію та тонус порівняно з оточуючими. Більшість опитаних жінок відзначають, що у жінки мають бути «округлі форми», оскільки головне, щоб здоров'я було.

Однак, результати нашого дослідження показали наявність соціального тиску, що впливає на самооцінку і викликає дії, спрямовані на зниження ваги. Результати нашої роботи можуть бути використані у психологічному консультуванні у роботі з жінками із зайвою вагою. Подальші дослідження в цій

галузі можуть, на наш погляд, йти за двома напрямками: порівняльного аналізу з групою пацієнтів з ожирінням, не задоволених своєю зовнішністю (у рамках клінічної психології), та більш прицільним вивченням особистості жінок із зайвою вагою, задоволених собою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Зб. наук. праць «Проблеми сучасної психології». 2019. №25. С. 28-35.
<https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-25.%p>
2. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція. Автореф. дис... д. психол. н. 19.00.01. Київ, 2019. 32 с.
3. Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус*. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
4. 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.
5. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12.
6. Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус*. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
7. Бацилева О.В. Психологія репродуктивного здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти: монографія. Донецьк: Донбас, 2011. 236 с.
8. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. №1 С. 53–66.
9. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету.

2015. Т. 19. № 21. С. 197–201. URL:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2015_19_1_54

10. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг, 2012. Вип. 1 С. 319-325.
11. Вашека Т. В., Долгова О. М. Психологія девіантної поведінки: Навчальний посібник. Київ, 2018. 203 с.
12. Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. Вісник Запорізького національного університету. 2010. № С. 65-68.
13. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5. URL: <http://nbuv.gov.ua/j-pdfNzo20141313.pdf>.
14. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. 2013. №4. С.31–34.
15. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр учбової літератури, 2010. 336 с.
16. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5. С. 46.
17. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
18. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.

- 19.Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
- 20.Мойріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І. Огієнка. К.-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч.2. С. 56-70.
- 21.Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136-140.
- 22.Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23. С. 113-121.
- 23.Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: 2014. 42 с.
- 24.Покровський В. М., Коротько Г. Ф. Фізіологія Людини. 2003. ч 2. С. 455-465
- 25.Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44. С. 184-191.
- 26.Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 С. 32.
- 27.Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. №3-4. 2010. С. 16-25. Режим доступу: <http://www.medved.kiev.ua>
- 28.Смоляр В. І., Петрашенко Г. І., Голохова О. В. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення. Проблеми харчування. 2015. №1. С. 18-22.
- 29.Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. Дис.... д. філос. за спеціальністю 053 «Психологія». Київський ун-т ім. Б. Грінченка, Київ, 2021. 236 с.

- 30.Шебанова В.І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Український науковий журнал «Освіта регіону». №4, 2016. С. 256. <https://social-science.uu.edu.ua/article/1138>
- 31.Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис. доктора психол. наук. 19.00.01, Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.
- 32.Шебанова В.І. Нервова булімія як поглиблення процесу розвитку нервової анорексії. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка / за ред. С.Д. Максименка. Том 10. Психологія навчання, генетична психологія, медична психологія. Вип. 25. К., 2013. С. 608–618.
- 33.Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01. К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2017. 560 с.
- 34.Шебанова В. І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Медична психологія. Освіта регіону. 2013. №3.
- 35.Юрценюк О.С. Психосоматика розладів харчової поведінки. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» №22 (515), 2021. Режим доступу: <https://health-ua.com/article/68755-psihsomatika-rozladv-harchovo-povednki>
- 36.Baker J., Runfola C. Eating disorders in midlife women: a perimenopausal eating disorder? Maturitas. 2016. Vol.85. P.112-118.
- 37.Boerner L. M., Spillane N. S., Andersonb K. G., Smith G.T. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures Eating Behaviors. 2004. № 5. P. 209-222.
- 38.Corstorphine E., Waller G., Lawson R. at al. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. Eating Behaviors. 2007. 8. P. 23-30.
- 39.Dolan S. C., Khindri R., Franko D.L. Anhedonia in eating disorders: A meta-analysis and systematic review. Eating disorders. Vol. 55, Is. 2. 2022. P. 161-175.

40. Fabricatore A., Wadden T. Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*. 2004. Vol. 22. Is. 4. P. 332-337.
41. Friedman K.K., Reichmann S.K., Coslanzo P.R., Musantc G.J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2002. Vol. 10. № 1. P. 33-41.
42. Gupta M.A. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders. *Eating disorders*. 2005. Vol. 18(4). P. 351-358.
43. Hewett P.L., Fiett G.L. and Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorders attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 1995. 18(4). P. 7-26.
44. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity. *Jornal of Nevrology*. 1957. Vol. 125. № 2. P. 181-201.
45. Kreipe R. E., Mou S. M. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2000. T. 27, № 1.
46. Lauzon B., Romon M., Deschamps V., Lafay L., et al. The threefactor eating questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *Journal of Nutrition*. 2004; 134: 2372–2380. doi: 10.1093/jn/134.9.2372.
47. Lazare K., Mehak A., Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eating disorders*. 2019. Vol. 27. P. 1-16.
48. Lewis D.M., Cachelin F.M. Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating disorders*. 2001. Vol. 9. P. 29-39.
49. Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011. Vol. 24 (4). C. 274-279.
50. McCarthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 28, Is. 3. 2015. P. 205-214.

51. Mangweth-Matzek B., Hoek H.W., Rupp C.I., Lackner-Seifert K., Frey N., Whitworth A., et al. Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *Eating disorders*. 2014. Vol. 47. P. 320-324.
52. Miniati M., Callari A., Maglio A., Calugi S. Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychological Research Behaviour Management*. 2018. Vol. 11. P. 353-369.
53. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal Eating Disorders*. 1999. № 26. P. 153-164.
54. Tay Ch. T., Teede H. J., Hill B., Loxton D., Joham A. E. Increased prevalence of eating disorders, low self-esteem, and psychological distress in women with polycystic ovary syndrome: a community-based cohort study. *Fertility and Sterility*. Vol. 112, Is. 2, 2019. P. 353-361. 81. The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)
Режим доступа: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/eating-disorder-examination-questionnaire-edeq/>
55. Thompson-Brenner H. Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a Naturalistic sample. *The British Journal of Psychiatry*. 2005. № 186. P. 516-524.
56. Touyz S., Hay P. Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *Eating disorders*. 2015. 3(26). P. 26.
57. Van Strien T., Frijters J.E., Bergers G., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal Eating Disorder*. 1986; 5 (2): 295-315.
58. Van Strien T., van der Zwaluw C. S. & Engels R. C. M. E. Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT) depressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2010. № 44. Pp. 1035–1042.
59. Walsh T. B., Devlin M. J. *Eating Disorders: Progress and Problems Science*. 29 May 1998. №280. C. 1387-1390. doi:10.1126/science.280.5368.1387

60. Ward A., Ramsay R., Treasure J. Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*. 2000. №73. P. 35-51.
61. Wilson G.T, Grilo C.M, Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007/ Vol. 62. P. 199-216.

ДОДАТКИ

Додаток А

Біографічний опитувальник

Дані анкети є частиною наукової роботи, що проводиться на факультеті психології, та призначені для збору даних, необхідних для психологічного дослідження. Будь-яка інформація, отримана за допомогою анкет, є конфіденційною.

Дякую за вашу співпрацю.

ПІБ

Вік Стать Освіта Сімейний стан

1. Місце роботи, посада

2. Перерахуйте Ваших братів/сестер, вкажіть їх вік, освіту та нинішнє заняття:

	Брат/сестра	Вік	Освіта	Заняття	Присутність/відсутність харчових порушень
I					
II					

3. Хто з членів Вашої сім'ї, включаючи батьків, Вас, братів/сестер, інших близьких родичів, страждає на зайву вагу?

4. Ви росли самотійною дитиною?

а) безумовно, так

б) мабуть, так

в) важко сказати, і так, і ні

г) мабуть, ні

д) зовсім ні

5. Коли Ви були дитиною, хто був тією старшою людиною, з якою Ви почувалися найбільш добре, комфортно?

6. Чи могли б Ви пригадати найнеприємніші, найнегативніші події Вашого дитинства, юності? З чим вони пов'язані?

7. Чи могли б Ви пригадати найприємніші, позитивні події Вашого дитинства, юності? З чим вони пов'язані?

8. У період Вашого дитинства та юності Ваша батьківська сім'я мала достаток:
- а) вище за середній рівень
 - б) середнього рівня
 - в) нижче за середній рівень
9. Якби Ваші батьки були категорично проти Вашого вибору, чи могли б Ви піти проти їхньої думки?
- а) безумовно, так
 - б) мабуть, так
 - в) важко сказати, і так, і ні
 - г) мабуть, ні
 - д) зовсім ні
10. Коли ви вперше почали працювати?
- а) я почав підробляти ще у шкільні роки
 - б) я почав підробляти у студентські роки
 - в) після закінчення навчального закладу
11. Чи подобається Вам Ваша робота?
- а) безумовно, так
 - б) мабуть, так
 - в) важко сказати, і так, і ні
 - г) мабуть, ні
 - д) зовсім ні
12. Останні кілька років Ваш фізичний стан та стан Вашого здоров'я:
- а) загалом, стабільно
 - б) мабуть, погіршилося
 - в) мабуть, покращало
13. Зазвичай Ваш настрій та життєвий тонус
- а) краще, ніж в інших
 - б) на середньому рівні
 - в) гірше, ніж в інших
14. Ваша активність та життєва енергія зазвичай
- а) вище, ніж в інших
 - б) на середньому рівні

- в) нижче, ніж в інших
15. На який час вперед Ви приблизно уявляєте своє майбутнє, будете якісь плани?
- а) я взагалі не схильний планувати чи заздалегідь дбати про майбутнє
- б) на найближчі місяці
- в) на найближчий рік
- г) на наступні 2-3 роки
- д) інше (вказіть, що саме)
16. Чи часто Вас переслідує почуття, що Вам не вистачає часу?
- а) досить часто
- б) іноді
- в) дуже рідко
17. З яким із суджень Ви погоджуєтесь?
- а) характер людини формується в ранній період життя, і змінити її згодом неможливо
- б) щось можна змінити, а щось ні
- в) я вважаю, що людина за бажання може повністю змінити себе
18. Чи є у вашому характері, звичках, повсякденному житті, стилі спілкування з іншими щось, щоб Ви хотіли кардинально змінити?
- а) мабуть, так
- б) мабуть, ні
- в) важко сказати
19. Що на сьогодні приносить Вам найбільше задоволення у житті?
20. Яким є Ваш типовий ритм життя?
- а) «жайворонок», волію раніше лягати і раніше вставати
- б) «сова», волію пізно лягати і пізно вставати
- в) щось середнє
21. Зазвичай Ви спите:
- а) менше 7 годин
- б) 7-8 годин
- в) понад 8 годин
22. Чи турбує Вас Ваше майбутнє?
- а) безумовно, так
- б) певною мірою, так

в) практично ніколи

23. Чи можна сказати, що у Вас зараз близькі стосунки з батьківською родиною (або з кимось із батьків)?

а) безумовно, так

б) мабуть, так

в) важко сказати, і так, і ні

г) мабуть, ні

д) зовсім ні

24. Як завжди Ви проводите вихідні дні (у %)?

а) у вихідні я працюю _____%

б) як правило, займаюся якимись навчальними справами _____%

в) як правило, займаюся якимись домашніми справами _____%

г) проводжу час із друзями _____%

д) просто відпочиваю на самоті будинку або ходжу кудись _____%

е) інше (вказіть, що саме)

25. Як Ви проводите час поза домом (в %)?

а) кафе, бари _____%

б) клуби _____%

в) дискотеки _____%

г) кіно _____%

д) театри, музеї _____%

е) займаюся спортом _____%

ж) інше (вказіть, що саме) _____%

26. Вам важливо, що про Вас думають (проранжуйте, будь ласка, в порядку значущості):

а) батьки № _____

б) старі друзі № _____

в) нові друзі № _____

г) коханий/люблена № _____

д) викладачі ВНЗ № _____

е) ті, з ким Ви працюєте № _____

ж) інша людина (хто саме) № _____

27. Уявіть, що у Вас зненацька видався зайвий вихідний день. Чому Ви його присвятите?

28. Чи часто наприкінці дня Вам спадає на думку думка: «Сьогодні я витратив багато часу даремно»?

а) ніколи: треба насолоджуватися життям і ні про що не шкодувати

б) іноді, коли відчуваю, що робив за інерцією чи під впливом інших те, що мені не потрібно було

в) дуже часто: мені здається, я дуже непродуктивно витрачаю свій час

29. Чи часто Вам здається, що Ви зробили помилку у якихось життєвих ситуаціях?

а) досить часто

б) іноді

в) ніколи

30. Чи траплялося Вам помилятися у людях?

а) досить часто

б) іноді

в) ніколи

31. Якщо об'єктивні факти свідчать про одне, а Ваша інтуїція говорить Вам інше, що важливіше?

а) спиратися на об'єктивні факти

б) довіряти інтуїції

32. Як Ви могли б оцінити власну успішність та досягнення – у відносинах з людьми, у навчанні, у перспективах, у роботі, особистому житті тощо?

а) вище, ніж у більшості Ваших однолітків

б) приблизно так само, як і в інших

в) нижче, ніж в інших людей мого віку

33. Мої успіхи та досягнення (як і невдачі) залежать:

а) на _____% від моїх власних зусиль та рішень

б) на _____% від незалежних від мене обставин життєвої ситуації

в) на _____% від інших – моїх батьків, рідних, близьких, друзів та інших.

сума = 100%

34. Я міг би досягти більшого, якби

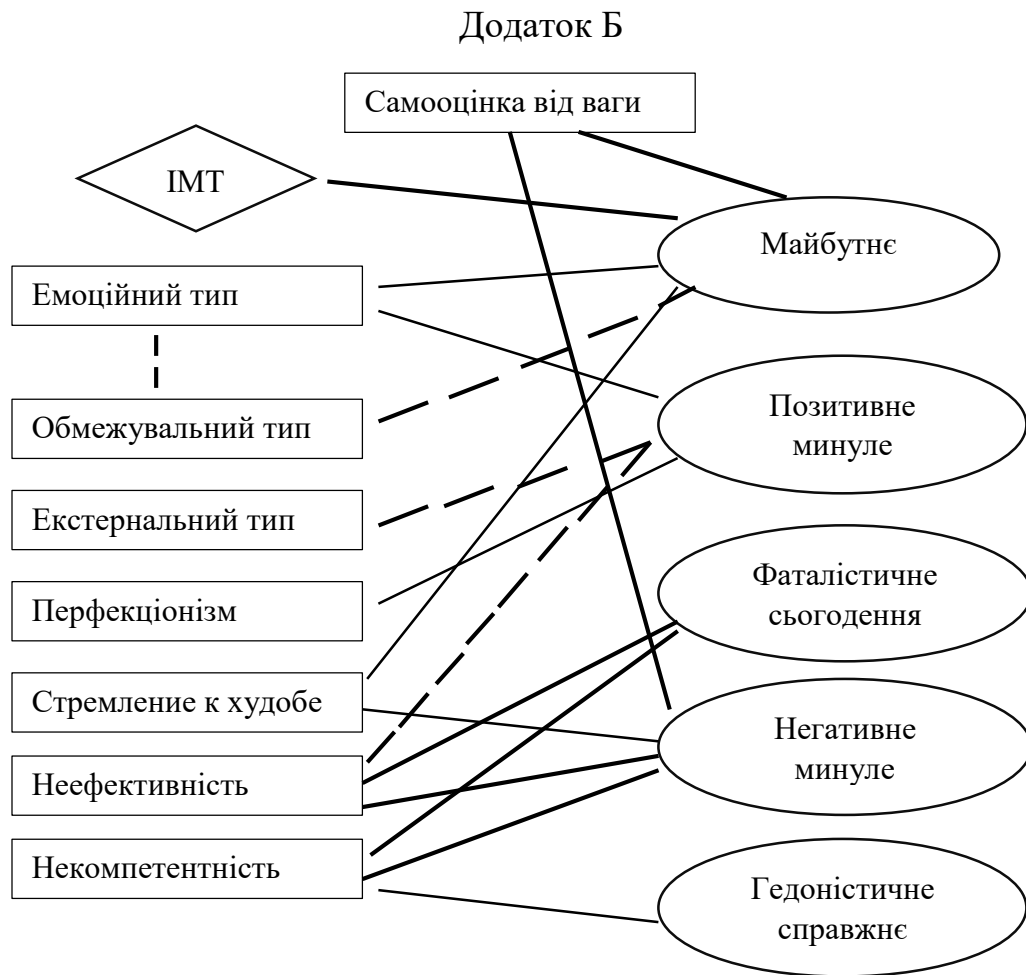
35. Який період Вашого життя був для Вас найбільш насиченим значущими подіями?

- а) період дитинства
- б) період юності
- в) початок самостійного життя
- г) час зараз
- д) думаю, що цей час ще попереду

36. Чи можна назвати Вас педантичною людиною щодо часу?

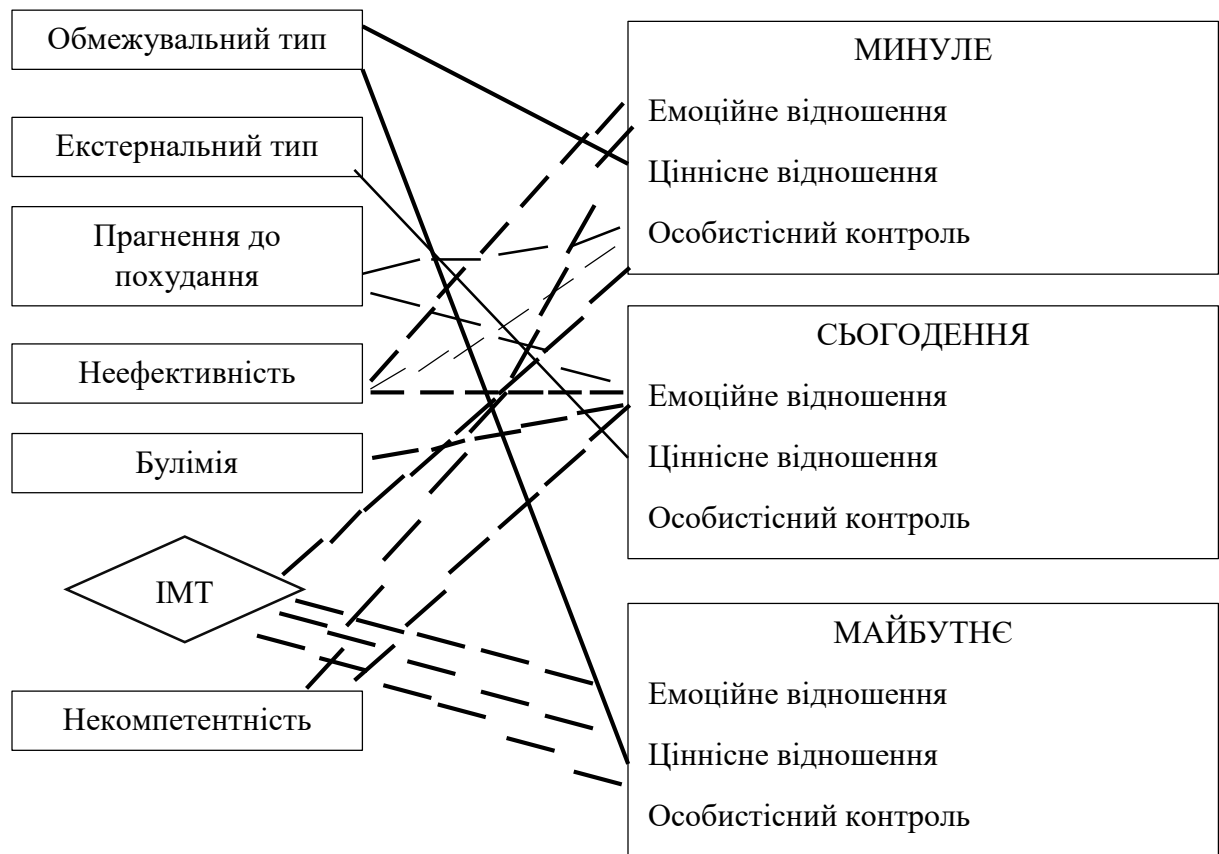
а) на зустрічі з людьми, як ділові, так і особисті, я найчастіше приходжу трохи заздалегідь

- б) на зустрічі з людьми я зазвичай приходжу вчасно
- в) чесно кажучи, я досить часто запізнююся



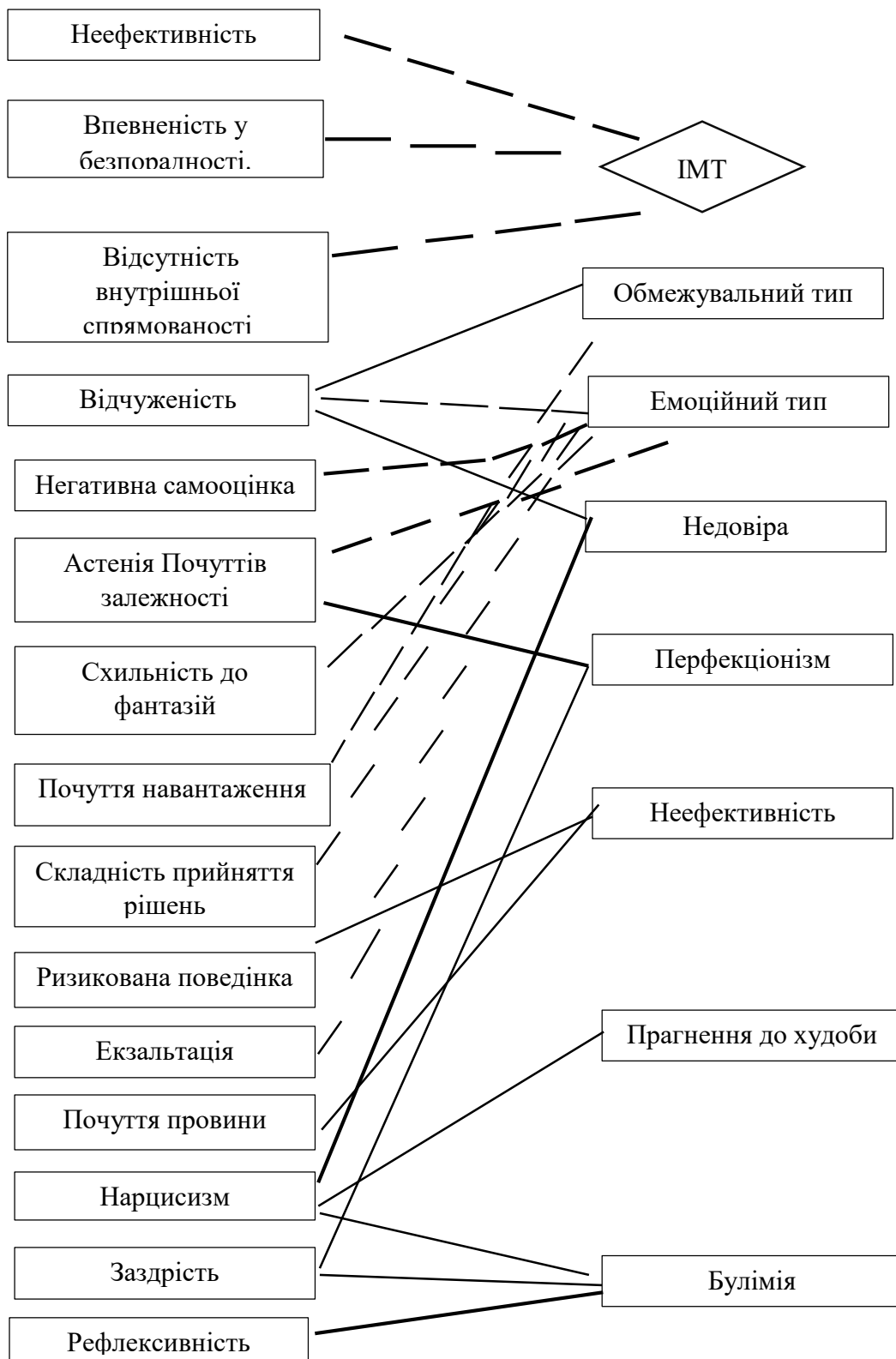
Кореляційні взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з факторами «Опитувальника перспективи»

Додаток В



Кореляційні взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з показниками за методикою «Аттитюди до теперішнього, майбутнього, минулого часу»

Додаток Г



Відбито взаємозв'язки особливостей харчової поведінки з невротичними якостями особистості.

Додаток Д

Методика «Метод мотиваційної індукції» служить на дослідження тимчасової перспективи майбутнього. Концепція тимчасової перспективи Жозефа Нюттена передбачає, що події зі своїми тимчасовими знаками перебувають у тимчасовій перспективі, подібно до того, як об'єкти, що існують у просторі, перебувають у просторовій перспективі. Присутність у внутрішньому плані свідомості цих різновидалених об'єктів створює тимчасову перспективу.

З цієї концепції Ж. Нюттен заклав основою ММИ проективний прийом завершення незакінчених пропозицій, які починаються в першій особі однини. На думку автора, метод забезпечує достатні умови, за яких людина видає найбільшу кількість особистісних мотивів.

Автор пропонує використовувати для обробки незакінчених пропозицій два різних коди: тимчасовий код та код аналізу змісту.

Тимчасовий код у свою чергу розпадається на дві рівноправні перспективи: перспективу реального та соціального часу.

Операція тимчасового коду полягає в тому, щоб кожному мотиваційному об'єкту приписати свій тимчасовий знак, навіть якщо випробуваний прямо не вказує точного часу тієї чи іншої бажаної події. Щоб дати кожному висловлюванню тимчасовий знак, необхідно відповісти на таке запитання: «Якщо припустити, що людина житиме зазвичай, нормально, як більшість людей його соціальної групи, коли трапляється та подія, про яку пише ця людина?». Відповіді допоможуть перевести кожне висловлювання у терміни символів, що становлять часовий код. Крім тимчасового коду автор запропонував також своєрідний аналіз змісту мотиваційної спрямованості. Ж. Нюттен наводить досить складну «змістовну» категоріальну сітку.

Матеріал, отриманий у вигляді завершення пропозицій, дає можливість будувати висновки про глибині тимчасової перспективи, її структурованості, а також і про конкретний зміст мотивації людини, а саме, такі категорії: аспекти особистості суб'єкта, самореалізація, творча активність та контакти з іншими, пізнання, трансцендентні теми, коди володіння та відпочинку. А також репліки щодо процедури заповнення тесту та не класифіковані відповіді. Наочне уявлення кодів методики у таблиці 1.

Таблиця 1 - Високодиференційована система тимчасових символів

Тимчасовий код		Код аналізу змісту
Реальний час	Соціальний час	S (Self) - аспекти особистості суб'єкта
T (Test) – поточний момент; момент	P (Past) – минуле	SR (Self-realization) - самореалізація

заповнення тесту		
D (Day) – день; в протягом дня	E (Education) – час навчання, включаючи дошкільний період	R (Realization) – творча активність
W (Week) – тиждень	A (Adult) – зрілість	C (Contact) – контакти з іншими
M (Month) – місяць	O (Old) – старість	E (Exploration) – пізнання
Y (Year) – рік і більше	I – відкрите сьогодні («сьогодні та щодня»)	T (Transcendental) – трансцендентні теми
	x – події після смерті, пов'язані, проте, з людиною	P (Possessions) – володіння
		L (Leisure) – відпочинок
		Tt (Test) – що відносять до процедури заповнення тесту репліки
		U (Unclassified) – не відповіді, що класифікуються

Бланк "Метод мотиваційної індукції"

Інструкція: «Закінчіть 20 фраз, наведених нижче, так, як ви особисто закінчили б їх. Не треба довго думати над кожною фразою. Треба писати те, що першим спадає на думку. Не намагайтеся правильно побудувати фразу граматично. Важливо писати про те, що справді Вас хвилює, до чого прагнете, що думаєте.»

1. Я сподіваюся...
2. Я дуже хочу ...
3. Я маю намір...
4. Я мрію...
5. Я прагну...
6. Я буду дуже задоволений, якщо...
7. Я хочу...
8. Я все роблю для того, щоб...
9. У мене є велике бажання...
10. Я б хотів(ла) бути здатним(ий)...
11. Я б так хотів(ла)...
12. Я прагну...
13. Я вирішив(ла)...
14. Я буду дуже радий, якщо...
15. Я маю певний намір...
16. Я зроблю все можливе, щоб...

17. Я буду радий, якщо мені дозволять...
18. Я б нічого не пошкодував(ла) для того, щоб...
19. Я всім серцем сподіваюся...
20. Усіми силами я прагну...

Додаток Е

Опитувальник розроблений американськими психологами під керівництвом професора Стенфордського університету Філіпа Зімбардо. Тимчасова перспектива розглядається авторами як фундаментальний вимір у структурі психологічного часу. Беручи за основу методу модель життєвого простору К. Левіна, Ф. Зімбардо вважає, що особливості сприйняття свого минулого досвіду та бачення майбутнього впливають на інтерпретацію та реакцію людини на події сьогодення, на прийняті ним рішення та поведінку.

Таблиця - Показники ZTPІ, середні значення

	min	max	M	SD
Негативне минуле	1,73	4,27	2,70	0,68
Гедоністичне справжнє	2,65	4,60	3,60	0,56
Майбутнє	2,62	4,69	3,51	0,48
Позитивне минуле	2,11	4,89	3,59	0,73
Фаталістичне справжнє	1,33	3,56	2,29	0,50

n=51

Таблиця - Показники ZTPІ, середні значення по групам

		НП	ГН	Б	ПП	ФН
Група 1 (Високий ЖС)	M	2,28	3,57	3,93	3,59	2,20
	SD	0,54	0,36	0,48	0,49	0,55
Група 2 (Середній ЖС)	M	2,92	3,62	3,71	3,68	2,40
	SD	0,50	0,48	0,51	0,64	0,43
Група 3 (Низький ЖС)	M	2,58	3,50	3,68	3,48	2,48
	SD	0,61	0,52	0,54	0,51	0,49

Бланк «Опитувальник тимчасової перспективи»

Шановний респондент! Просимо Вас взяти участь у дослідженні та відповісти на питання анкети. Просимо відповідати щиро та працювати самостійно. Відповіді будуть використані у узагальненому вигляді. Своє прізвище вказувати не треба. Анонімність гарантується.

Заздалегідь дякуємо за співпрацю!

Стать: _____ Вік: _____ Як довго Ви керівник? _____

Будь ласка, прочитайте всі пропонувані пункти опитувальника і якомога чесніше дайте відповідь на запитання: «Наскільки це характерно чи вірно щодо Вас?» Позначте свій відповідь у відповідному осередку, використовуючи шкалу (1 - зовсім не вірно, 2 – швидше невірно, 3 - нейтрально, 4 - скоріше вірно, 5 - цілком вірно). Будь ласка, дайте відповідь на всі питання.

Твердження 1 2 3 4 5

1. Я вважаю, що весело проводити час зі своїми друзями – одне з важливих насолод у житті.
2. Знайомі з дитинства картини, звуки, запахи часто дають із собою потік чудових спогадів.
3. Доля багато що визначає у моєму житті.
4. Я часто думаю про те, що я повинен був зробити у своєму житті інакше.
5. На мої рішення в основному впливають речі, що оточують мене, і люди.
6. Я вважаю, що щоранку людина має планувати свій день.
7. Мені приємно думати про своє минуле.
8. Я дію імпульсивно.
9. Я не хвилююся, якщо мені щось не вдається зробити вчасно.
10. Якщо я хочу досягти чогось, я ставлю перед собою цілі та розмірковую над тим, якими засобами їх досягти.
11. Загалом кажучи, в моїх спогадах про минуле набагато більше хорошого, ніж поганого.
12. Слухаючи свою улюблену музику, часто забуваю про час.
13. Якщо завтра необхідно закінчити (здати) роботу і мають бути інші важливі справи, то сьогодні я думаю про них, а не про розваги сьогоднішнього вечора.
14. Якщо чомусь судилося статися, то від моїх дій це не залежить.
15. Мені подобаються розповіді про те, як усе було за старих добрих часів. Болючі переживання минулого продовжують займати мої думки.
17. Я намагаюся жити повним життям щодня, наскільки це можливо.
18. Я засмучуюсь, коли запізнююся на заздалегідь призначені зустрічі.
19. В ідеалі, я б проживав(ла) кожен свій день так, наче він останній.
20. Щасливі спогади про добрі часи з легкістю спадають на думку.
21. Я вчасно виконую свої зобов'язання перед друзями та начальством.
22. У минулому мені дісталася своя частка поганого поведження та заперечення.

23. Я ухвалюю рішення під впливом моменту.
24. Я приймаю щодня, який він є, не намагаючись заздалегідь планувати його.
25. У минулому занадто багато неприємних спогадів, я волюю не думати про них.
26. Важливо, щоб у моєму житті були хвилюючі моменти.
27. У минулому я зробив помилки, які хотів би виправити.
28. Я відчуваю, що набагато важливіше отримувати задоволення від процесу роботи, ніж виконати її вчасно.
29. Я сумую за дитинством.
30. Перш ніж ухвалити рішення, я зважую, що я витрачу, і що отримаю.
31. Ризик дозволяє мені уникнути нудьги у житті.
32. Для мене важливіше отримувати задоволення від самої подорожі по життю, ніж бути зосередженим тільки на цілі цієї подорожі.
33. Рідко виходить так, як я очікую.
34. Мені важко забути неприємні картини з моєї юності.
35. Процес діяльності перестає приносити мені задоволення, якщо доводиться думати про мету, наслідки та практичні результати.
36. Навіть коли я отримую задоволення від сьогодення, я все одно порівнюю його з чимось схожим зі свого минулого.
37. Ти реально не можеш планувати своє майбутнє, бо все надто мінливе.
38. Мій шлях життя контролюється силами, на які я не можу вплинути.
39. Немає сенсу турбуватися про майбутнє, тому що я все одно нічого не можу зробити.
40. Я виконую намічене вчасно, поступово просуваючись уперед.
41. Я помічаю, що втрачаю інтерес до розмови, коли члени моєї родини починають згадувати минуле.
42. Я ризикую, щоб надати життю гостроти та збудження.
43. Я складаю список того, що треба зробити.
44. Я частіше дотримуюся поривів серця, ніж доказів розуму.
45. Я здатний утриматися від спокус, якщо знаю, що на мене чекає робота, яку потрібно зробити.
46. Хвилюючі моменти часто захоплюють мене.
47. Сьогоднішнє життя надто складне, я б віддав перевагу більш простому минулому.
48. Я віддаю перевагу таким друзям, які спонтанні та розкуті, а не дуже передбачувані.

49. Мені подобаються сімейні традиції, які постійно дотримуються.
50. Я думаю про те погане, що сталося зі мною в минулому.
51. Я продовжую роботу над важкими та нецікавими завданнями, якщо це допоможе мені просунутися вперед.
52. Краще витратити зароблені гроші на задоволення сьогодні, ніж відкласти на чорний день.
53. Часто успіх дає більше, ніж завзята робота.
54. Я часто думаю про те хороше, що випустив у своєму житті.
55. Мені подобається, коли мої близькі стосунки сповнені пристрастей.
56. Дотримуюся думки, що «робота не вовк, у ліс не втече».

Додаток Є

Опитувальник невротичної особистості KON-2006

Текст методики:

0 Чи зрозуміла Вам інструкція заповнення опитувальника?

1. Для мене важливо, щоб усі мене любили.
2. Я довго думаю, перш ніж ухвалю рішення.
3. Буває, що люди неправильно розуміють мою поведінку.
4. Я часто ризикую заради самого ризику.
5. Мене дратує, коли хтось радіє.
6. Я часто всупереч своїм інтересам та бажанням роблю те, про що мене просять.
7. Я завжди вирішую сам, що робити.
8. Якщо я хочу з кимось познайомитися, мені буває важко заговорити першим.
9. У потрібний момент у мене завжди достатньо енергії на все.
10. Часто люди «сідають мені на голову».
11. Є не так багато речей, які приносять мені насолоду.
12. Часто я не вмію показати, на що здатний.
13. Я рідко показую свої почуття навіть друзям.
14. Я страшенно некрасивий.
15. Мені щастить у всьому, що роблю.
16. Я надто часто дозволяю собою керувати.
17. Зазвичай, коли мені потрібно щось змінити у своєму житті, я відчуваю напругу та невпевненість.
18. Допомогати іншим досягати успіху – це дурість.
19. Погана погода мене дуже засмучує.
20. Я добре знаю, що добро, а що – зло.
21. Я невдаха і ніколи нічого в житті не досягну.
22. Мені подобається сексуальне збудження.
23. Неможливо ділитися почуттями з кимось, хто не пережив того, що я.
24. Моя доброта ускладнює мені життя.
25. У мене часто виникає відчуття внутрішньої порожнечі.
26. Я знаю, що в майбутньому ні з чим не впораюся.
27. Насправді ніхто не цікавиться.

28. Мені подобається приймати швидкі рішення.
29. Я часто почуваюся психічно слабким.
30. У мене гарний контакт із людьми.
31. Я люблю битися.
32. Робота дається мені важче, ніж іншим.
33. Мої інтереси часто змінюються.
34. Вранці я зазвичай енергійно підводжуся з ліжка.
35. Дивлячись сумне кіно, я плачу частіше за інших.
36. У житті я, перш за все, прислухаюся до власної інтуїції та потребам.
37. Я дуже чутливий.
38. Навіть коли все погано, я не втрачаю надії на те, що є ще якийсь то вихід.
39. Я почуваюся нікому непотрібним.
40. Існують найвищі сили, які вирішують за мене.
41. У мене багато сил, мені не треба змушувати себе бути активним.
42. Кажуть, що я впертий «як осел».
43. Мене дратує щастя інших.
44. Майже завжди я почуваюся самотнім.
45. Іноді мене лякає те, як сильно я можу злитися сам на себе.
46. Часто я працюю так багато, що почуваюся «витиснутим як лимон».
47. Трапляється, що я можу побити когось із членів моєї родини або друзів.
48. Мені подобається робити ризиковані речі.
49. Мені важко відрізнити, що більше, що менш важливо.
50. Я впевненіший у собі, ніж інші.
51. Мені подобається бути на самоті.
52. Після сварки я дуже злюся сам на себе.
53. Я впевнений, що існують «вищі сили».
54. Мені подобається бути у центрі уваги.
55. Мене часто принижують.
56. Мені дуже подобається грати в ігри на гроші.
57. Важливі лише мої потреби.
58. Я часто думаю, чи можу я довіряти моїм знайомим.
59. Думаю часто про тих, кого я образив.

60. Іноді в мене виникає почуття, що має статися щось погане.
61. Я часто сварюсь.
62. Зазвичай я швидко прощаю того, хто мене образив.
63. Результати моїх дій не залежать від мене.
64. Я відчуваю зв'язок із усіма людьми навколо.
65. Зазвичай, перш ніж ухвалити рішення, я докладно аналізую все, навіть найдрібніші деталі.
66. Я хотів(ла) би мати силу, яку ніхто не має.
67. Коли хтось на мене сердиться, я чекаю, поки в нього це пройде.
68. Зазвичай я роблю те, що вважаю за правильне.
69. Я легко переживаю через дрібниці.
70. Я знаю, чого прагну в житті.
71. Коли я в біді, завжди знайдеться хтось, хто допоможе мені.
72. Часто трапляється, що незнайомі люди якось дивно на мене дивляться чи оцінюють критично.
73. Існують духи, які шкодять чи допомагають.
74. Завжди довго думаю, поки щось виберу.
75. Коли хтось «несе нісенітницю», я зазвичай говорю йому про це.
Більшість близьких мені людей мене не розуміє.
Тяжка ситуація є для мене викликом.
78. Я знаю, що часто зі мною просто неможливо.
79. Релігія допомагає мені у житті.
80. Я часто добре ставлюся до людей, які погано ставляться до мене.
81. Коли я неуважний чи роблю необережно, у мене часто щось не виходить.
82. Я радію нещастям інших.
83. Мені подобається вигадувати нові способи дії.
84. Я все роблю дуже повільно.
85. Розуміння іншої людини не приводить ні до чого доброго.
86. Коли я маю проблеми, я продумую план дії і слідую йому.
87. Мої стосунки з людьми то псуються, то налагоджуються.
88. Мене часто мучать спогади про мої погані вчинки.
89. Мені подобається розігрувати інших.

90. Я боюся робити щось нове.
91. Я не можу вплинути на те який/я.
92. Мені важко працювати, коли мені ніхто не допомагає.
93. Кожна зміна в моєму житті дуже мене тішить.
94. Завжди, перш ніж підписати щось, читаю весь документ.
95. Мені важко керувати чи командувати.
96. Я вірю в чудеса.
97. Мене легко образити.
98. Мені важко ухвалити рішення, коли є багато варіантів.
99. Вважаю за краще повністю віддатись справі, ніж бути обережним у тому, що роблю.
100. Мої стосунки з людьми складаються не так добре, як хотілося б.
101. Часто я намагаюся зробити більше, ніж можу насправді.
102. Я менш енергійний, ніж більшість людей.
103. Коли мені важко, я уявляю, що насправді все навпаки.
104. Коли хтось до мене добре ставиться, я думаю, що за цим стоїть.
105. Іноді мені кажуть, що в мене надто висока думка про себе.
106. Під час сімейних свят я відчуваюся відчужено.
107. Коли я перебуває у важкій ситуації, я змиряюся з цим.
108. Треба уникати сильних вражень – вони надто вимотують.
109. Я міг би присвятити все своє життя тому, щоб світ став кращим.
110. Життя для мене – це постійна праця.
111. Зазвичай, мені вистачає енергії на весь день.
112. Я легко втрачаю контроль за собою.
113. Я запальний.
114. У мене часто не вистачає сил, щоб закінчити те, що я почав.
115. Мені важко прийняти якусь відмову.
116. Я завжди розслаблений, навіть якщо всі навколо нервують.
117. Я хочу мати більше за інших.
118. Я легко розповідаю про свої особисті проблеми навіть тим, кого погано знаю.
119. Більшість людей нічого не варті.
120. Я змінюю свою думку залежно від того, з ким спілкуюсь.
121. Треба завжди чинити згідно з правилами.

122. Я часто злюся сам на себе.
123. Я боюся нахабних людей.
124. Часто відчуваю невдоволення тим, як складається моє життя.
125. Сильні емоції змушують мене говорити такі речі, про які потім шкодую.
126. Я часто відмовляюсь від своїх планів.
127. Я хочу діяти так, щоб усі були задоволені.
128. Мої розваги важливіші, ніж проблеми інших.
129. Коли я співпрацюю з іншими, часто беру на себе провідну роль.
130. Я часто брешу, бо інакше мені свого не досягти.
131. Невдачі відбирають у мене бажання щось робити.
132. Траплялося, що я добровільно брався за роботу, яка мене не влаштовувала.
133. Я майже завжди приймаю рішення щодо першого враження.
134. Мені є чим пишатися.
135. Мені часто трапляється оминати правила.
136. Красиві люди дуже бентежать мене.
137. Я зазвичай вірю гороскопам та ворожінням.
138. Я дуже ніжна людина.
139. Після сварки якийсь час я не спілкуюся з цією людиною.
140. Я вмію відмовляти.
141. Я часто замислююся над тим, яким є.
142. Мені подобається фліртувати.
143. Я думаю, що в майбутньому я дуже щасливий.
144. Зазвичай я стриманий.
145. Я часто замислююся над тим, що роблю.
146. Коли я злюсь, трапляється, що можу когось вдарити чи кидатись якимись предметами.
147. Траплялося, що я відчував вплив вищих сил.
148. Коли я втрачаю підтримку близької людини, мені треба знайти когось, хто б подбав про мене.
149. Часто я буває жертвою неприємних ситуацій.
150. Ніхто не цікавиться тим, що я відчуваю.
151. Мені не вистачає впевненості у собі.

152. Часто люди кажуть мені, що я з ними не зважаю.
153. Зазвичай я задоволений собою.
154. Ніщо в житті не складається так, як я цього хотів би.
155. Я буваю так зайнятий, що мені не вистачає часу на розваги.
156. Я знаю, що стою менше за інших людей.
157. У всьому, що я роблю, звертаю увагу на деталі.
158. У складній ситуації я очікую, що мене врятує.
159. Мені погано спиться на новому місці.
160. Навіть тоді, коли все добре складається, я часто можу залишати цю справу.
161. Це не чесно, що інші мають більше за мене.
162. Люди звинувачують мене в надмірній незалежності тому, що я не роблю того, що вони від мене вимагають.
163. Я легко міг би переїхати до іншого міста.
164. Я часто розчаровуюсь у людях.
165. Незважаючи на перешкоди, я завжди сподіваюся, що все буде гаразд.
166. Моє життя не має сенсу.
167. Мені подобається ділитися з друзями всім моїм досвідом та моїми думками.
168. Я часто втрачаю свій життєвий шанс, тому що починаю уникати справи.
169. Я педантичний.
170. Навіть коли я дуже стараюся, я не можу працювати так швидко, як інші.
171. Мій мінливий настрій дуже стомлює і мене теж.
172. Я часто мрію, що я мільйонер.
173. Мені важко швидко приймати рішення.
174. Я навіть готовий пожертвувати собою, аби тільки мене любили.
175. Я часто думаю, як інші ставляться до мене.
176. Буває, що навіть без причин я починаю переживати.
177. Мене дратує всяка ненатуральність.
178. Я часто роблю щось усупереч своєму бажанню.
179. Найчастіше сподіваюся, що хтось інший вирішить мої проблеми.
180. Я вимагаю від себе більше за інших людей.
181. Часто я відчуваю відчуженість серед людей.
182. Я зазвичай відчуваю, що все буде гаразд.

183. Іноді я сам принижую себе.
184. Іноді я усвідомлюю, що дарма дав себе умовити.
185. Мені гірше, ніж іншим.
186. Іноді для насолоди я роблю щось небезпечно.
187. Мені байдуже, чи люблять мене люди чи ні.
188. Я часто почуваюся як бочка пороху перед вибухом.
189. Я вмію бути наполегливим у ситуаціях, які вимагають цього.
190. Інші люди надто сильно мене контролюють.
191. Не варто витратити час на людей, які нічого не означають.
192. Я завжди повинен бути впевнений у тому, що не допустив жодної помилки.
193. Коли я з кимось посварюся, то швидко намагаюся помиритись.
194. Мені подобається, коли хтось тримає контроль над моєю діяльністю.
195. Мене важко переконати, я не легко змінюю погляди та думки.
196. Я часто чекаю, доки хтось інший візьме на себе ініціативу.
197. Я вмію тверезо мислити у важких ситуаціях.
198. Моє життя залежить від обставин, на які я не маю впливу.
199. Мене дратує, коли хтось заважає мені, що роблю.
200. «Я гублюся» у житті.
201. Коли я напружений або поспішаю, я відчуваю себе безсилим.
202. Дивлячись у дзеркало, я відчуваю огиду.
203. Я дуже часто відчуваю, що все мене дістало.
204. Зазвичай я орієнтуюсь на те, що я зараз відчуваю.
205. Завжди коли щось скажу про себе, отримую «по голові».
206. Я часто уявляю, що я велика людина.
207. Я завжди хочу, якнайшвидше зробити те, що мені треба зробити.
208. Я дуже чутливий.
209. Невдачі підштовхують мене до подальших дій.
210. Завжди треба дотримуватись правил, навіть якщо вони заважають жити.
211. Зазвичай я не вмію захиститись, коли хтось робить мені боляче.
212. Мені подобається мандрувати.
213. Зазвичай знаю, що треба робити.
214. Вважаю за краще провести життя на самоті, ніж з кимось зв'язуватися.

215. Часто я не маю впливу на те, чим і як я займаюся.
216. Я вмю впоратися зі своїми проблемами.
217. Я легко повертаюся до перерваної роботи.
218. Більшість людей, яких я знаю, піклуються лише про своїх справах.
219. Я заслуговую на особливе ставлення до себе.
220. Я завжди вникаю у деталі, навіть якщо обмежений у часі.
221. Я ніколи не ставлю під сумнів те, що кажуть авторитетні люди.
222. Я хочу, щоб мене захоплювали більше, ніж інші.
223. Моя доля залежить насамперед від мене самого.
224. Більшість людей краще справляються з багатьма справами, ніж я.
225. Я часто мрію про ідеальний роман, який колись переживу.
226. Мене дуже обурює, коли хтось з мене жартує.
227. Музика, поезія дуже мене чіпають.
228. Я часто буваю жорстоким до близьких мені людей.
229. Буває, що я забуваю щось, чого насправді не хочу робити.
230. Мене часто мучить сумління.
231. Секс - це одна з найважливіших справ у моєму житті.
232. У сьогоднішньому світі чесна людина має програти.
233. Я зазвичай роблю все по-своєму, не піддаючись чужій думці.
234. Мені не подобається виглядати у дзеркало.
235. Я часто поводжуся так, що оточуючим важко зі мною.
236. Люди шукають у мене допомоги та розуміння.
237. Я постійно себе чимось дорікаю.
238. Іноді я мрію про популярність, повагу, високе становище якої досягну в майбутньому.
239. З усіма складнощами можна впоратися.
240. Мною легко користуватися, тому мені треба бути уважнішими.
241. Я легко відступаю у суперечці.
242. Я втомлююся швидше, ніж більшість людей.
243. Щодня я намагаюся зробити черговий крок на шляху до своїх цілей.

Додаток Ж

ГОЛЛАНДСЬКИЙ ОПИТУВАЧ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ DEBQ

ПІБ _____

Вік _____ Дата _____

Інструкція Перед Вами низка питань, що стосуються Вашої поведінки, пов'язаної з їдою. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: "ніколи", "рідко", "іноді", "часто" і "дуже часто", поставивши галочку на відповідному стовпці на бланку тесту.

№ Питання Ніколи Рідко Іноді Часто Дуже Часто

- 1 Якщо Ваша вага починає наростати, чи їсте Ви менше звичайного?
- 2 Чи намагаєтесь Ви їсти менше, ніж Вам хотілося б, під час звичайного прийому їжі (сніданок, обід, вечеря)?
- 3 Чи часто Ви відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь про Вашу вагу?
- 4 Чи акуратно Ви контролюєте кількість з'їденого?
- 5 Чи вибираєте їжу навмисно, щоб схуднути?
- 6 Якщо Ви переїли, чи будете Ви наступного дня їсти менше?
- 7 Чи намагаєтесь Ви їсти менше, щоб не одужати?
- 8 Чи часто Ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?
- 9 Чи часто Ви намагаєтесь не їсти вечорами, тому що стежите за своєю вагою?
- 10 Чи має значення Ваша вага, коли Ви щось їсте?
- 11 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви роздратовані?
- 12 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Вам нема чого робити?
- 13 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви пригнічені чи збентежені?
- 14 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Вам самотньо?
- 15 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Вас хтось підвів?
- 16 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Вам щось перешкоджає, чи встає на Вашому шляху, чи порушуються Ваші плани, чи щось не вдається?
- 17 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви відчуваєте якусь неприємність?
- 18 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви стривожені, стурбовані чи напружені?

- 19 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук?
- 20 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви налякані?
- 21 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви розчаровані, коли зруйновано Ваші надії?
- 22 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви схвильовані, засмучені?
- 23 Чи виникає у Вас бажання їсти, коли Ви сумуєте, втомлені, неспокійні?
- 24 Чи їсте Ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?
- 25 Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, чи їсте Ви більше звичайного?
- 26 Якщо Ви бачите смачну їжу та відчуваєте її запах, чи з'являється у Вас бажання їсти?
- 27 Якщо у Вас є щось смаченьке, чи з'їсте це негайно?
- 28 Якщо ви проходите повз булочну (кондитерську), чи хочеться Вам купити щось смачне?
- 29 Якщо Ви проходите повз закусочну або кафе чи хочеться Вам купити щось смачне?
- 30 Коли Ви бачите, як їдять інші, чи з'являється у Вас бажання їсти?
- 31 Чи можете зупинитися, якщо їсте щось смачне?
- 32 Чи їсте більше, ніж зазвичай, у компанії (коли їдять інші)?
- 33 Коли ви готуєте їжу, чи часто пробуєте її?

Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ

Опитувальник розроблений для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. У опитувальник входять 33 питання, кожен з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» та «дуже часто», які згодом оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31-го пункту, що має оберне значення.

Для підрахунку балів за кожною шкалою потрібно скласти значення відповідей по кожному пункту і розділити суму, що вийшла, на кількість питань за цією шкалою.

Питання 1–10 представляють шкалу обмежувальної харчової поведінки, що характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення чи підтримку бажаної ваги за допомогою самообмеження у харчуванні.

Питання 11-23 - шкала емоційної харчової поведінки, при якому бажання поїсти виникає у відповідь на різні емоційні стани.

Питання 24-33 - шкала екстернальної харчової поведінки, при якому бажання поїсти стимулює не реальне почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або вид інших людей приймають їжу.

Середні показники обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2,4, 1,8 та 2,7 бала відповідно.

Якщо за якоюсь із шкал набрано балів більше за середнє значення, то можна діагностувати порушення в харчовій поведінці.

Додаток 3

Шкала оцінки харчової поведінки, ШОПП (Eating Disorder Inventory, EDI) може бути використана для психопатологічної оцінки поведінки, почуттів та фізіологічних симптомів при нервовій анорексії, нервовій булімії; як скринінговий інструмент діагностики девіацій харчової поведінки у популяції; з метою оцінки ефективності результатів лікування.

1 – Ніколи; 2 – Рідко; 3 – Іноді; 4 – Часто; 5 – Зазвичай; 6 – Завжди.

1 Я їм цукерки та вуглеводи, не відчуючи напруги.

2 Я вважаю, що мій живіт надто товстий.

3 Я їм, коли схвильована (розгублена).

4 Я об'їдаюся.

5 Я боюся відчувати сильні емоції.

6 Я вважаю, що мої стегна надто товсті.

7 Я почуваюся марною.

8 Я почуваюся надмірно винною після того, як надто багато з'їла.

9 Я вважаю, що розмір мого шлунка у межах норми.

10 У моїй сім'ї враховуються лише величезні здобутки.

11 Я висловлюю мої емоції відкрито.

12 Я відчуваю жах від можливості погладшати.

13 Я довіряю іншим.

14 Я задоволена моєю зовнішністю.

15 Загалом я відчуваю, що контролюю моє життя.

16 При зіткненні з власними емоціями, я відчуваю замішання.

17 Я легко спілкуюсь з іншими.

18 Я перебільшую важливість ваги.

19 Я можу чітко визначати емоції, які відчуваю.

20 Я не почуваюся на висоті.

21 У мене були такі прийоми їжі, при яких я відчувала, що не можу зупинитися.

22 Коли я була маленькою, робила все, щоб не розчарувати своїх батьків і вчителів.

23 Маю близькі стосунки з людьми.

24 Мені подобається форма моїх сідниць.

25 Я весь час думаю про схуднення.

- 26 Я не знаю, що зі мною відбувається.
- 27 Я турбуюся, висловлюючи мої емоції іншим.
- 28 Коли я щось роблю, то хочу бути кращим за інших.
- 29 Я впевнена в собі.
- 30 Я думаю про переїдання.
- 31 Я не можу точно зрозуміти, чи голодна я чи ні.
- 32 Я низько оцінюю себе.
- 33 Я відчуваю, що можу досягати своєї мети.
- 34 Мої батьки завжди очікують, що я буду найкращою.
- 35 Я хвилююся, що мої почуття вийдуть з-під мого контролю.
- 36 Я знаходжу, що мої боки надто товсті.
- 37 Я їм нормально в присутності інших людей і набиваю живіт коли вони йдуть.
- 38 Я відчуваю здуття живота після невеликого перекушування.
- 39 Коли я сильно схвильована, то не знаю: чи то мені сумно, чи мені страшно, чи злююся.
- 40 Я думаю, що я повинна щось робити ідеально, або взагалі не робити.
- 41 Я думаю викликати блювання, щоб знижувати вагу.
- 42 Мені потрібно тримати людей на певній дистанції (мені неприємно, якщо хтось намагається наблизитися до мене).
- 43 Я вважаю, що мої стегна нормального розміру.
- 44 Я почуваюся емоційно спустошеною.
- 45 Я можу говорити про свої думки та почуття.
- 46 Я знаходжу, що мої сідниці надто товсті.
- 47 Я маю почуття, які я не можу точно визначити.
- 48 Я їм чи п'ю потай.
- 49 Я вважаю, що мої боки нормального розміру.
- 50 У мене надзвичайно високі (амбітні) цілі.
- 51 Коли я схвильована, то боюся, що почну їсти.

Додаток І

Опитувальник Стиль саморегуляції поведінки (ССПМ) було створено 1988 року у Лабораторії психології саморегуляції Психологічного інституту РАО (зав. У. І. Моросанова) і призначений як наукових досліджень, так практичної діагностики різних аспектів індивідуальної саморегуляції.

Мета методики – діагностика розвитку індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю, що включає показники планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, а також показники розвитку регуляторно-особистісних властивостей – гнучкості та самостійності.

1 - Правильно

2 - Мабуть, вірно

3 – Мабуть, не так

4 – Неправильно

1 Свої плани на майбутнє люблю розробляти у найменших деталях.

2 Люблю усілякі пригоди, можу йти на ризик.

3 Намагаюся завжди приходити вчасно, але часто спізнююся.

4 Дотримуюсь девізу «Вислухай пораду, але зроби по-своєму».

5 Часто покладаюся на свої здібності орієнтуватися в процесі справи і не прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій.

6 Навколишні відзначають, що я недостатньо критична до себе та своїх дій, але сама я це не завжди помічаю.

7 Напередодні контрольних або іспитів у мене з'являлося почуття, що не вистачило 1-2 днів для підготовки.

8 Щоб почуватися впевнено, необхідно знати, що чекає на тебе завтра.

9 Мені важко змусити себе щось переробляти, навіть якщо якість зробленого мене не влаштовує.

10 Не завжди помічаю свої помилки, частіше це роблять оточуючі мене люди.

11 Перехід на нову систему роботи не завдає мені особливих незручностей.

12 Мені важко відмовитися від ухваленого рішення навіть під впливом близьких мені людей.

13 Я не відношу себе до людей, життєвим принципом яких є «Сім разів відміряй, один раз відріж».

14 Не виношу, коли на мене опікуються і за мене щось вирішують.

15 Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє.

16 У новому одязі часто почуваюся незручно.

17 Завжди наперед планую свої витрати, не люблю робити незапланованих покупок.

18 Уникаю ризику, погано впораюся з несподіваними ситуаціями.

19 Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то будую райдужні плани, то майбутнє здається мені похмурим.

20 Завжди намагаюся продумати способи досягнення мети перед тим, як почну діяти.

21 Вважаю за краще зберігати незалежність навіть від близьких мені людей.

22 Мої плани на майбутнє зазвичай реалістичні, і я не люблю їх міняти.

23 У перші дні відпустки (канікул) при зміні життя завжди з'являється почуття дискомфорту.

24 При великому обсязі роботи неминуче страждає на якість результатів.

25 Люблю зміни в житті, зміну обстановки та способу життя.

26 Не завжди вчасно помічаю зміни обставин і через це зазнаю невдач.

27 Буває, що наполягаю на своєму, навіть коли не впевнена у своїй правоті.

28 Люблю дотримуватися заздалегідь запланованого на день плану.

29 Перш ніж з'ясувати стосунки, намагаюся уявити різні способи подолання конфлікту.

30 У разі невдачі завжди шукаю, що було зроблено неправильно.

31 Не люблю посвячувати когось у свої плани, рідко слідую чужим порадам.

32 Вважаю розумним принцип: спочатку треба вплутатися в бій, а потім шукати кошти для перемоги.

33 Люблю помріяти про майбутнє, але це радше фантазії, ніж реальність.

34 Намагаюся завжди враховувати думку товаришів про себе та свою роботу.

35 Якщо я зайнята чимось важливим для себе, то можу працювати за будь-якої обстановки.

36 В очікуванні важливих подій прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій при тому чи іншому розвитку ситуації.

37 Перш ніж взятися за справу, мені необхідно зібрати докладну інформацію про умови її виконання та супутні обставини.

38 Рідко відступаюся від розпочатої справи.

39 Часто припускаю недбале ставлення до своїх зобов'язань у разі втоми та поганого самопочуття.

40 Якщо я вважаю, що має рацію, то мене мало хвилює думка оточуючих про мої дії.

41 Про мене кажуть, що я «розкидаюся», не вмю відокремити головне від другорядного.

42 Не вмю та не люблю заздалегідь планувати свій бюджет.

43 Якщо в роботі не вдалося домогтися якості, що влаштовує мене, прагну переробити, навіть якщо оточуючим це не важливо.

44 Після вирішення конфліктної ситуації часто подумки до неї повертаюся, перевіряю ще раз вжиті дії і результати.

45 Невимушено почуваюся в незнайомій компанії, нові люди мені зазвичай цікаві.

46 Зазвичай різко реагую на заперечення, намагаюся думати та робити все по-своєму.

Шкала планування (Пл): Так 1, 8, 17, 22, 28, 31, 36 Ні 15, 42	Шкала моделювання (М): Так 11, 37 Ні 3, 7, 19, 23, 26, 33, 41
Шкала програмування (Пр): Так 12, 20, 25, 29, 38, 43 Ні 5, 9, 32	Шкала оцінки результатів (ОР): Так 30, 44 Ні 6, 10, 13, 16, 24, 34, 39
Шкала гнучкості (Г): Так 2, 11, 25, 35, 36, 45 Ні 16, 18, 23	Шкала самостійності (С): Так 4, 12, 14, 21, 27, 31, 40, 46 Ні 34
Шкала Загального рівня саморегуляції (ОУ): Так 1, 2, 4, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 46 Ні 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 26, 32, 33, 34, 39, 41, 42	