КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Негативний дитячий досвід як чинник порушень харчової поведінки у жінок молодого віку

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-222 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Михайлової В.Ф.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н,
Пономарьова В.К.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології
_____д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П
підпис (наукова ступінь, вчене звання,прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології
_____к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП……..3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У КОНТЕКСТІ ПЕРЕЖИТОГО НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ……...9
1.1 Історія створення опитувальника негативного Дитячого Досвіду…..……..9
1.2 Вплив негативного дитячого досвіду на фізичне та психологічне здоров'я особистості……12
1.3 Харчова поведінка як предмет психологічного дослідження……..23
Висновки до розділу І……...….32

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ……...35
2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження…….35
2.2. Характеристика вибірки…….....39
Висновки до розділу ІІ …….….53

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ……..…….55
3.1 Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність……55
3.2 Кореляційні зв'язки між шкалами обраних методик ……..64
3.3 Практичні рекомендації ……...…101
Висновки до розділу ІІІ……...118
ВИСНОВКИ…….122
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….....126

ВСТУП

Проблема зайвої ваги та розладів харчової поведінки є серйозною глобальною проблемою в сучасному світі.

Вона надзвичайно актуальна у наш час, не тільки на тлі загальної моди на схуднення, але і в контексті великої кількості стресових подій в Україні починаючи від коронавірусу і закінчуючи повномасштабним вторгненням.

На початку XXI століття ожиріння стало соціальною проблемою у багатьох країнах, у тому числі і в Україні. Для розуміння масштабу проблеми, потрібно зазначити про методику обрахунку зайвої ваги та наявні статистичні дані. Для обрахунку показників зайвої ваги використовується індекс маси тіла (ІМТ), що вимірюється як вага у кілограмах поділена на метр квадратний висоти (кг/м²). Люди з показником ІМТ більше 25 зазвичай вважаються із зайвою вагою, а з показником ІМТ більше 30 - ожирінням.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на 2016 рік більше 1,9 мільярда дорослих у світі мали зайву вагу, і понад 650 мільйонів - ожиріння.

Поглянемо на ситуацію із зайвою вагою та ожирінням в Україні. За останніми наявними оцінками з негативною динамікою зростання, зайву вагу мали 53 % жителів України, при цьому близько 20 % з них хворіли на ожиріння. Станом на 2016 рік, за даними ВООЗ, 58,4 % українців старше 18 років мали зайву вагу (53% станом на 2012 рік, зростання на 5,4% за 4 роки), а 25 % страждали на ожиріння (20% станом на 2012 рік, зростання на 5% за 4 роки). Для порівняння, станом на 1990-й рік від зайвої ваги в Україні страждало 48,9 % населення.

Серед основних чинників, які призводять до збільшення кількості людей із зайвою вагою/ожирінням, варто виділити такі: нераціональне харчуванням, гіподинамія, швидкий темп життя, постійні психологічні стреси, невпевненість в майбутньому.

Населення України, особливо протягом останніх років, постійно перебуває під впливом значної кількості стресових факторів, починаючи з

різноманітних кризових явищ в економіці та політиці, пандемії коронавірусу, що призвела до погіршення соціально-економічних показників життя громадян, і закінчуючи повномасштабним вторгненням, що викликало серйозний травматичний стрес і призвело до втрати житла, роботи та драматичного падіння доходів багатьох громадян. В цьому контексті варто зазначити, що однією з поширених компенсаторних реакцій на стрес є порушення харчової поведінки, в тому числі – переїдання.

Серед основних причин появи зайвої ваги, крім вищевказаних факторів стресу та невизначеності, виділяють такі: недостатню фізичну активність та нездоровий раціон, який може проявлятися у постійному переїданні, вживанні напівфабрикатів та їжі з фаст-фудів. Однак, це далеко не всі причини, через які спостерігається постійне зростання відсотку людей з надмірною вагою. Поза фокусом уваги, перебуваючи в певній «тіні» фізичних аспектів, часто залишаються психологічні аспекти проблеми зайвої ваги, яким часто просто не приділяють достатньо уваги. Це призводить до того, що людина, яка страждає від зайвої ваги, намагається вирішувати свою проблему виключно за рахунок найпоширеніших і очевидних способів, таких як різноманітні дієти або спорт, що, в свою чергу, часто призводить до нервових зривів та виснаження, адже основна причина порушення харчової поведінки, що призводить до виникнення зайвої ваги і часто ігнорується, лежить саме у психологічній, а не у суто фізичній площині.

Почнемо з того, що психологічна мотивація безпосередньо впливає на харчову поведінку людини, не зважаючи на те, що харчування є базовою фізіологічною потребою. Наприклад, потреба харчування може бути викликана, зокрема, бажанням отримати позитивні емоції, а не виключно базовим прагненням нагодувати себе. Оцінюючи та обираючи способи задоволення своєї базової фізіологічної потреби, людина знаходиться під впливом внутрішніх соціальних настанов, норм та очікувань щодо споживання їжі, адже харчова поведінка сама по собі є в тому числі відображенням потреб такої людини у самоствердженні, самоідентифікації та задоволенні. Це і є

однією з основних причин неможливості позбутися зайвої ваги виключно через ведення здорового та спортивного способу життя, що, в свою чергу, може призвести до розпачу, депресії і невпевненості у власних силах.

Отже, проаналізуємо можливі психологічні причини порушень харчової поведінки. У стані тривоги, неспокою, безвиході, роздратування людина споживає більше вуглеводів, зокрема солодощів. Таким чином вона, нібито, «заїдає» проблему і частково заспокоює себе. Подібний підхід до зняття стресу є більш притаманним для жінок. А причиною тому, що людині важко утримувати психологічну рівновагу та фокус на позитивних речах можуть бути не лише події сьогодення, а й отриманий в дитинстві травматичний досвід.

Окремим важливим чинником порушень харчової поведінки можуть бути сімейні проблеми, адже їх вирішення вимагає участі обох партнерів, при цьому один із них може бути не готовий до визнання наявності таких проблем і, як наслідок, до будь-яких змін та відповідної психологічної роботи. Накопичення взаємних образ та звичка щодо їх компенсації через їжу є ще одним чинником зайвої ваги, адже такий простий підхід не вимагає зусиль щодо визнання причин образ і невдоволення та, відповідно, не потребує витрати жодних зусиль на пошук компромісу із партнером. І причиною цих проблем, або неефективних комунікацій може бути несприятливий досвід дитинства.

Робота містить дослідницький інтерес в проведенні аналізу взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом та порушенням харчової поведінки. Наш інтерес обумовлений насамперед тим, що харчова поведінка може бути ініційована як зовнішніми факторами, так і внутрішніми переживаннями людини, особливостями виховання, впливом соціуму. І саме внутрішні переживання людини напряму залежать від пережитих травмуючих подій у дитинстві. І тому, наявність або відсутність негативного дитячого досвіду буде значною мірою впливати і на харчову поведінку людини також.

Актуальність дослідження проблеми порушень харчової поведінки полягає в тому, що ми вирішили дослідити не тільки зв’зок напряму між негативним дитячим досвідом і харчовою поведінкою, а й проміжні ланки, такі як стратегії реагування на стресові події, а також тривожність на уникнення близькості у відносинах з іншими людьми. До того ж кількість людей з порушеннями харчової поведінки, спричиненими психологічними факторами впливу, такими як суттєве погіршення якості життя та постійні стреси, прогресивно збільшується і це, в свою чергу, призводить до підвищення ризиків розвитку супутніх захворювань в суспільстві в цілому.

В межах вивчення впливу негативного дитячого досвіду на життя молодих жінок, були проведені опитування, завдяки яким було отримано статистичні дані щодо його інтенсивності та розподілу серед респонденток. В подальшому ми розглянемо взаємозв'язки із особливостями батьківського ставлення та шкідливістю його наслідків, та проаналізуємо вплив негативних ранішніх подій на харчову поведінку, на сферу близьких стосунків, особистісні кордони та на рівень регуляції у стресових ситуаціях.

В якості діагностичного матеріалу нашого дослідження виступає анкета, Adverse childhood experience (ACE) розроблена в Сполучених Штатах. Оригінальна анкета вміщує 10 питань за такими травматичним подіям: сексуальне, фізичне, психологічне насильство, емоційне та фізичне нехтування, а також несприятливі життєві обставини, такі як розлучення батьків або жорстокість до матері чи близьких членів родини, зловживання психоактивними речовинами в сім’ї, психічне захворювання і позбавлення волі членів родини. У перекладі на українську мову було вирішено оригінальні 10 запитань розширити до 22, так як вони, в силу первинної узагальненості, дають більш звужену картину негативного досвіду, пережитого в дитинстві. У розробленій модифікації даного опитувальника враховано окремі види насильницьких та травмуючи дій, додано «зв’язування», «зачинення у кімнаті», «ігнорування». досвід тяжких захворювань та цькування у школі.

Анкета має варіанти відповідей «так» або «ні», тому кількість отриманих балів може коливатись від 0 до 20.

Теоретичну основу дослідження становлять праці таких вітчизняних авторів як: О.В. Бацилєва, О. А. Скугаревський, Л.Ф. Бурлачук, З.Я. Ковальчук, С.О. Кириленко, В. І. Шебанова та інші.

Серед зарубіжних авторів у цій роботі ми будемо спиратися на дослідження та праці таких авторів як: Вінсент Дж. Феліччі (V. J. Felitti), Роберт Енда (R. Anda), Хільда Брух (Hilde Bruch), Марія Хорнбахер (Marya Hornbacher), Бріджит Бенелам (Bridget Benelam), Келлі Д. Браунелл (Kelly D. Brownell), Тімоті Волш (B. Timothy Walsh), Альберт Стункард (Albert J. Stunkard), Альберт Бандура (Albert Bandura) та ін. Вищевказаним обумовлено обрання тематики курсової роботи: «Негативний дитячий досвід як чинник порушень харчової поведінки у жінок молодого віку».

Новизна результатів дослідження полягає в поглибленні теоретичних засад оцінки впливу негативного дитячого досвіду на харчову поведінку, а також можливих варіантів зменшення цього впливу.

Об’єкт дослідження: порушення харчової поведінки.

Предмет дослідження: негативний дитячий досвід як чинник порушень харчової поведінки у жінок молодого віку.

Мета дослідження: теоретично і емпірично дослідити особливості порушень харчової поведінки серед молодих жінок.

Завдання дослідження.

1. Визначити поняття «Негативного дитячого досвіду» та поняття харчової поведінки у психології шляхом вивчення наукової літератури та досліджень у цій сфері.

2. Визначити аспекти впливу негативного дитячого досвіду на харчову поведінку.

3. Виявити чинники пов’язані з харчовою поведінкою у молодих жінок які впливають і на інші сфери життя.

4. Розробити практичні рекомендації для подолання впливу негативного дитячого досвіду та покращення самопочуття.

Методи дослідження:

1. Теоретичні - аналіз, узагальнення та інтерпретація наукових даних, які стосуються порушень харчової поведінки, а також чинників і особливостей, які впливають на порушення харчової поведінки у молодих жінок;
2. Емпіричні:

- Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» (Dutch Eating Behavior Qestionare, DEBQ);
- Тест на власні кордони;
- Методика Експрес-діагностики стану стресу К. Шрайнера (ДСС);
- Шкала стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) (S. Hobfoll);
- Анкета «Досвід близьких стосунків» (Brennan, Clark, Shaver);
- Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) (V. J. Felitti, R. Anda);

3. Методи математично-статистичної обробки даних.

Характеристика вибірки.

Обраною базою емпіричного дослідження виступають: 100 респонденток, з яких 62 респондентки, які за результатами опитувальника, мають низький рівень негативного дитячого досвіду (0 - 8 відповідей «так» на питання опитувальника НДД) та 38 респонденток з високими показниками пережитого негативного дитячого досвіду (9 - 22 відповіді «так» на питання опитувальника НДД). Більшість респонденток перебувають у шлюбі (61%) та мають дітей 64% респонденток. Більше 60 % жінок вибірки вважають, що мають зайву вагу. У більшості опитуваних, за результатами Голандського опитувальника харчової поведінки, спостерігаються високі показники, а отже тенденції до порушень харчової поведінки. Спорт присутній у житті більшості респонденток, 50% займаються спортом час від часу і 23% - регулярно. Вік досліджуваних 25-44 років.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У КОНТЕКСТІ ПЕРЕЖИТОГО НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ

1.1. Історія створення опитувальника Негативного дитячого досвіду (V. J. Felitti, R. Anda)

Наукова зацікавленість дослідників медичної та психологічної галузі у проблемі шкідливих наслідків негативного дитячого досвіду на подальше життя особистості розпочалась відносно нещодавно, у 80-90 роках XX століття, і за 40 років активних досліджень зібрала численну кількість робіт, що підтверджують даний взаємозв'язок, починаючи від перших досліджень і закінчуючи більш сучасними розробками. Зокрема, розробка методики, що давала б дані з проблеми несприятливого раннього досвіду та перше широкомасштабне опитування з анкети ACE (adverse childhood experience), припала на 1990-1997 роки та вразила результатами. Лише невелика частина опитаних могла поділитися спогадами про безтурботне дитинство. Висновок дослідників був очевидним - негативний дитячий досвід здатен заподіяти шкоду як фізичному, так і психічному здоров'ю, у більшості випадків з відстрочкою в десятиліття.

Вчені прийшли до лякаючого розуміння зв'язку між травмуючим досвідом дитинства та захворюваннями, що розвиваються у людини у дорослому житті. І трапилось це завдяки роботам вчених Вінсента Дж. Феліччі та його колеги з Центру з контролю та профілактики захворювань (CDC) Роберта Енда.

У 1985 році доктор медичних наук Вінсент Дж. Феліччі, голова проекту з профілактики хвороб обміну речовин у рамках програми Фонду охорони здоров'я Kaiser Foundation Health Plan, Inc., помітив разючий збіг: більшість дорослих пацієнтів, які страждали ожирінням, згадували про дитячі травми. З 286 опитаних пацієнтів багато хто згадував про пережите сексуальне насильство або інші види насильства та про несприятливу обстановку у сім’ї.

Ніхто з них не почував себе в дитинстві захищеним. Найпростішим способом зняти тривогу та страх було «заїдання» проблеми. Їжа допомагала справлятися з депресією, яка стала фоном їх життя.

В одній зі своїх статей Феличчі писав, що ожиріння, «будучи явною фізичною ознакою неблагополуччя, не є ключовою проблемою, якою слід займатися. Ожиріння – це наслідок, і щоб подолати його, треба виявити причини, а потім уже робити кроки у напрямку коригування ваги».

Свої висновки доктор Феліччі представив на національній конференції з проблем ожиріння. І хоч його виступ викликав дискусію і деяке неприйняття, але на цій же конференції був присутній і Роберт Енда, співробітник Центру з контролю та профілактики захворювань, доктор медичних наук, якого зацікавили напрацювання доктора Феліччі.

Енда запропонував Феличчі провести широкомасштабне дослідження великої групи пацієнтів, які страждають на всі види захворювань, не тільки ожирінням. Протягом року Феличчі та Енда опитали двадцять шість тисяч пацієнтів, Розповісти про події свого дитинства погодилися понад сімнадцять тисяч людей. На основі цих інтервью було складено опитувальник про негативний дитячий досвід (ACE).

Провівши таке широкомасштабне дослідження вчені виявили, що зв’язок між негативним дитячим досвідом та захворюваннями, які розвинулися згодом існує, і цей зв’язок надзвичайно сильний. Сам Феличчі, зізнавався, що був здивований. «Наші відкриття перевершили всі очікування. Взаємозв'язок між важким дитинством та хворобами дорослих людей пропонує поглянути на проблему під іншим кутом. Стало ясно, що страждання неповнолітніх і є та недостатня ланка, яка раніше не дозволяло остаточно зрозуміти механізм серйозних збоїв в організмі».

Феличчі та Енда виявили, що люди, які пережили дитячі травми, більш схильні до куріння за інших людей, зловживають алкоголем, багато хто з них підсідає на наркотики. Але вони навіть не намагаються позбутися цих шкідливих звичок, бо, за визнанням самих пацієнтів, це допомагає їм

впоратися з тривожністю. Типовими для них також є харчові розлади – булімія та анорексія. А також емоційне заїдання.

Стрес, спричинений неправильною поведінкою батьків або інших близьких людей нікуди з часом не зникає, навпаки, він отримує хронічну форму та запускає механізм розвитку захворювання, навіть через десятиліття. Якщо раніше лікарі губилися в здогадах, чому деякі люди більше схильні до небезпечних захворювань, чому одні швидко одужують, а інші лікуються роками? - то тепер, такого питання не стоїть. Дитинство. Все закладається у дитинстві, в тому числі і те, чого дуже хотілося б позбутися.

Таким чином, загальна схема стала очевидною: дитяча травма - стрес - серйозне захворювання, що погано піддається лікуванню. Феліччі казав: - «Час, лікує не всі рани. Час маскує. Не можна "просто перегорнути сторінку" - так чи інакше пережите дасть знати про себе навіть через п'ятдесят років. Травмуючий досвід, отриманий людиною в дитинстві, майже неминуче веде до органічного захворювання».

Феліччі та Енда написали у співавторстві сімдесят чотири роботи. Цих двох дослідників визнали піонерами у доказі зв'язків між важким дитинством та серйозними змінами в організмі, що ведуть до хронічних захворюванням. Розроблена ними анкета рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як один із засобів виявлення анамнезу захворювань. Анкету НДД сьогодні використовують у чотирнадцяти країнах. У Сполучених Штатах багато практикуючих лікарів саме з неї починають знайомство з пацієнтами.

До анкети увійшли такі розділи питань:

Фізичне насильство - питання, що оцінюють фізичне насильство з боку дорослих, таких як удари, штовхання, побиття.

Емоційне насильство - питання, що охоплюють вербальні образи, погрози, приниження, відсутність підтримки з боку батьків.

Сексуальне насильство - питання щодо небажаних сексуальних контактів або поведінки з боку дорослих або старших дітей.

Фізична зневага - питання, що оцінюють відсутність належного догляду, недостатність харчування, медичної допомоги.

Емоційна зневага - питання щодо відсутності емоційної підтримки, любові, уваги, турботи з боку батьків.

Дисфункція в сім'ї - питання про наявність залежності від алкоголю чи наркотиків, психічні розлади, насильство між батьками, ув'язнення члена сім'ї, розлучення або смерть одного з батьків, відсутність захищеності.

Ряд сучасних дослідників за останнє десятиліття в продовж вивчення впливу негативного раннього досвіду на фізичні та психічні порушення, знаходять нові підтвердження того, що несприятливий досвід дитинства має значний вплив на подальше життя людини, зокрема, в таких людей є вищі шанси, стикнутися з депресією, тривожністю та дезадаптованістю в дорослому віці, в порівнянні з тими особами, що не мають травмуючих дитячих спогадів.

1.2. Негативний дитячий досвід та його вплив на фізичне та психологічне здоров’я особистості

Травматичні події дитинства можуть впливати на формування порушення харчової поведінки у дорослому віці. Дослідженнями впливу негативного дитячого досвіду, у тому числі фізичного та психологічного насильства, на стан фізичного та психологічного здоров’я займалися американці: терапевт, доктор медичних наук Дж. Феліччі та доктор медичних наук Роберт Енда. Вони емпірично довели, що дорослі, які мали суттєвий негативний дитячий досвід більш схильні до фізичних та психологічних хвороб ніж ті дорослі, які не мали у дитинстві такого досвіду. Причиною, чому дорослі, які пережили негативний дитячий досвід мають вищі ризики мати фізичні та ментальні хвороби є порушення у них механізму стресової відповіді.

Жорстоке поводження з дітьми було визначено як важлива проблема охорони здоров’я в усьому світі. Жорстоке поводження з дітьми включає: жорстоке фізичне покарання, фізичне насильство, сексуальне насильство,

емоційне насильство, емоційне нехтування, фізичне нехтування. Добре встановлено, що жорстоке поводження з дітьми пов'язане з розладами настрою, тривожними розладами, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), розладами пов'язаними з вживанням психоактивних речовин і розладами особистості протягом усього життя.

Жорстоке фізичне покарання - Жорстоке фізичне покарання - це форма фізичного насильства, що включає застосування фізичної сили для завдання болю або страждань дитині з метою виховання або дисциплінування. Воно може включати удари, шльопання, ляпаси, штовхання або інші дії, які спричиняють фізичний біль або травми.

Досить багато батьків досі вважають, що фізичні покарання є нормаю і запорукою хорошого навчання та дисципліни, а шльопання є ефективним способом сприяння позитивній поведінці дітей. Однак все більше проведених досліджень показують зворотнє. Розглянемо дослідження проведене Інною Альтшул, Шона Дж. Лі, Елізабет Т. Гершофф в 2016 р. «Обійми, а не удари: Теплота і шльопання як предиктори соціальної компетентності дитини» яке вивчало вплив шльопання та розвиток соціальної компетентності. Використовуючи інформацію від 3279 сімей з маленькими дітьми, які брали участь у подовжньому дослідженні міських сімей, це дослідження перевірило конкуруючі гіпотези щодо того, чи пророкує материнська порка чи материнська теплота підвищення соціальної компетентності та зниження дитячої агресії з часом, а також поведінка яких батьків є сильнішим прогностичним фактором.

Результати моделей із перехресним відставанням показали, що шльопання не було пов'язане з соціальною компетентністю дітей, але шльопання передбачало зростання дитячої агресії. І навпаки, материнська теплота передбачала більшу соціальну компетентність дітей, але не асоціювалася з агресією. Тепло було значно сильнішим прогностичним фактором соціальної компетентності дітей, ніж шльопання, що свідчить про

те, що тепло може бути більш ефективним способом сприяння розвитку соціальної компетентності дітей, ніж шльопання.

Ще одне дослідження проведене у цій області під керівництвом професора кафедри психології Гарвардського університету Кеті Маклафлін показало не втішні наслідки суворого виховання. Експерти обстежили 147 дітей із двох груп: в експериментальну групу потрапили ті, до кого в дошкільному віці батьки застосовували тілесні покарання, а в контрольній групі були діти, яких батьки ніколи не били. Дітям демонстрували зображення незнайомих облич з різноманітною мімікою. За допомогою сучасного функціонального МРТ дослідники спостерігали, як реакції на побачене відбиваються в мозку. Якщо діти бачили вираз гніву, усі вони видавали емоційну реакцію. Проте ті, кого фізично карали, реагували значно гостріше. Мозок фіксував таку міміку як серйозну загрозу. До того ж мозок таких дітей так само реагував навіть на нейтральну міміку, яку більшість однолітків вважали безпечною. Тобто їхня нервова система переналаштована на постійне очікування агресії, небезпеки, змінені нейронні реакції на ймовірність загрози навколишнього середовища.

Дослідники були вражені: сила реакції цих дітей була такою ж сильною, як і в дітей, що пережили жорстоке поводження, сильні побої чи сексуальне насильство. Вчені встановили, що навіть легкі тілесні покарання довготерміново впливають на роботу ділянок мозку, які займаються емоційною регуляцією та виявленням загроз у навколишньому середовищі. Мозок дитини реагує на легкі шльопання так само, як на жорстоке поводження.

Будь-яке регулярне побиття, навіть те, що здається батькам суто символічним, призводить до стійких наслідків: змінює реакції мозку дітей і цим збільшує вразливість до стресу. Це підтверджує і статистика. У шкільному та дорослому віці такі люди частіше страждають від тривожних розладів та депресії. Їм також важче бути активними, ініціативними, відкрито комунікувати, адже такі діти підсвідомо не хочуть привертати уваги до своїх

дій та слів. Отже, батьки, які вважають, що таким чином можна дисциплінувати дитину, зменшують її шанси на нормальне, здорове життя.

Водночас це дослідження доводить, що здорові стосунки між батьками та дітьми псуються через тілесні покарання. Малюк починає бачити в рідній дорослій людині загрозу, а не захисника. А це має чимало наслідків: зникає відвертість, дитина починає говорити неправду, щоб уникнути засудження та ймовірного покарання. При цьому є велика загроза, що дитина навіть у небезпеці намагатиметься приховати все від батьків. Такі хлопчики та дівчатка, якщо потерпають від сексуального насильства, булінгу чи відчуваючиь ознаки нової для них хвороби, мовчатимуть, адже можуть помилково вважати, що дорослі будуть незадоволені саме їхньою поведінкою.

Фізичне насильство — це застосування фізичної сили для заподіяння шкоди або контролю над іншою людиною. Це може бути нанесення стусанів кулаками, ногами, придушення, кидання предметів в іншу людину, припікання цигарками або інші дії. Погроза зброєю також може розглядатися як акт фізичного насильства.

Сексуальне насильство – це всі форми примусу до сексуальних актів. Воно охоплює зґвалтування, коли людину примушують до сексуальних дій, наприклад статевого акту, а також інші форми сексуального насильства або правопорушення, наприклад примусові пестощі. ***Жорстоке поводження*** з дітьми вважається сексуальним насильством навіть за відсутності примусу. Коли доросла людина використовує притаманну їй з огляду на вік владу для вступу в статеві зносини з дитиною, це все одно вважається насильством.

Психологічне жорстоке поводження

Психологічне жорстоке поводження включає в себе як емоційне насильство, так і емоційне нехтування, оскільки воно складається з дій, які є «постійним або екстремальним перешкоджанням основним емоційним потребам дитини», включаючи «батьківські дії, які є шкідливими, оскільки вони нечутливі до рівня розвитку дитини». (Barnett, Manly, & Cicchetti). Маєрс визначає психологічне жорстоке поводження як «повторювану модель

поведінки вихователя чи батьків, серйозний інцидент, який показує дитині, що він/вона нікчемний, з недоліками, нелюбимий, небажаний, зникаючий або має цінність лише для задоволення потреб іншого». Також це визначення може включати в себе «відкидання, тероризування, експлуатацію або відторгнення» дитини. (Kairys, Johnson)

Таке поводження порушує відносини прив'язаності між вихователем батьками і дитиною через:

- відсутність емоційного виховання, налаштування і чуйності (емоційне нехтування)
- відкриті акти вербального та емоційного насильства, які призводять до заподіяння шкоди дитині,
- порушення психологічної безпеки і перешкоди для нормативного розвитку основних здібностей, таких як регуляція емоцій, самоприйняття та самоповага, автономія та самодостатність.

Психологічне жорстоке поводження характеризується «хронічною, важкою та наростаючою закономірністю емоційно жорстокої та зневажливої батьківської поведінки» у поєднанні з підвищеним ризиком психологічної шкоди для дитини. (Wolfe & McIsaac, 2011)

Психологічне насильство

Психологічне насильство може набувати різних форм, іноді його важко описати словами. До загальних рис відносяться контроль, маніпуляції та постійна критика. Часто психологічне насильство являє собою схему, коли одна людина протягом певного часу змушує іншу відчувати себе безпорадною, меншовартою, нікчемною або такою, що перебуває в небезпеці.

Психологічне насильство часто розглядається як таке, що має місце в стосунках між близькими людьми, наприклад психологічне насильство батьків над дітьми. Ми найчастіше говоримо про психологічне насильство в стосунках між близькими людьми, але цькування-це також форма психологічного насильства.

Джозеф Спінаццола та Хіларі Ходждон (Травматологічний центр при Інституті ресурсів правосуддя, Бруклін, штат Массачусетс), Лі-Чон Лян (Каліфорнійський університет, Медична школа Лос-Анджелеса), Джуліан Д. Форд (Медична школа Університету Коннектикуту), Крістофер М. Лейн і Роберт Пайнос (Національний центр дитячого травматичного стресу, Лос-Анджелес, Каліфорнія, і Каліфорнійський університет, Лос-Анджелес), Ернестіни К. Бріггс (Національний центр дитячого травматичного стресу, Дарем, Північна Кароліна та Медична школа Університету Дьюка) та Бредлі Столбах (Чиказький університет, Прітцкерівська медична школа) провели дослідження в якому вони оцінили незалежний та адитивний прогностичний вплив психологічного поганого поводження на низку поведінкових проблем, симптомів та розладів у великій національній вибірці дітей та підлітків, направлених до клініки, взятої з основного набору даних Національної мережі дитячого травматичного стресу. Вони проаналізували підвибірку з 5 616 молодих людей, які протягом життя мали 1 або більше з 3 форм жорстокого поводження: психологічне жорстоке поводження (емоційне насильство або емоційне нехтування), фізичне насильство та сексуальне насильство.

Підсумовуючи результати дослідження, можна сказати, що прогностична важкість психологічного жорстокого поводження знаходиться на одному рівні з фізичним або сексуальним насильством у широкому діапазоні несприятливих наслідків. Деякі докази щодо потенційно диференціальних (унікальних) ефектів Психологічного насильства з'явилися у висновку, що психологічне жорстоке поводження є найсильнішим і найпослідовнішим предиктором інтерналізаційних проблем, таких як: депресія, ГТР, САР, проблеми прив’язаності. Психологічне жорстоке поводження також було найсильнішим предиктором зловживання психоактивними речовинами. Ці висновки узгоджуються з більш ранніми дослідженнями, які пов'язують ПН з низкою інтерналізуючих симптомів, невпевненості у стосунках та негативного самосприйняття. Що стосується прогнозування екстерналізуючих проблем (наприклад, поведінкових проблем,

самоушкодження, злочинної діяльності), то ПН продемонстрував сильну асоціацію, порівнянну з фізичним насильством і більшу, ніж у сексуального насильства. Цей висновок свідчить про те, що психологічне насильство, фізичне насильство та їх супутнє виникнення можуть бути потужними факторами ризику для виникнення або посилення екстерналізуючої поведінки**.**

Екстерналізуюча поведінка - це тип поведінки, при якому людина виражає свої емоції та внутрішні конфлікти назовні, часто через агресію, деструктивні дії, імпульсивність або порушення соціальних норм. Ця поведінка відрізняється від інтерналізуючої поведінки, де негативні емоції та проблеми обертаються всередину, що призводить до депресії, тривожності та інших внутрішніх розладів.

Емоційне нехтування — це форма емоційного насильства, при якій основні емоційні потреби дитини або дорослого залишаються незадоволеними з боку батьків, опікунів або партнерів. Воно може мати серйозні довгострокові наслідки для емоційного та психологічного розвитку особистості.

- Відсутність уваги, схвалення, похвали або теплих емоційних контактів;
- Невміння або небажання реагувати на емоційні потреби, наприклад, втішити або вислухати у важку хвилину;.
- Відсутність якісного часу разом, відмова від розмов, недостатність уваги до почуттів і переживань;
- Постійні негативні коментарі, знецінення або знущання, які підривають самооцінку;
- Намір тримати дитину або дорослого ізольованим від інших позбавляючи їх можливості формувати здорові стосунки з іншими людьми.

Фізичне нехтування - це форма насильства, яка включає в себе відмову або нездатність забезпечити базові фізичні потреби дитини або дорослого, такі як їжа, одяг, медичне обслуговування, житло та догляд. Це може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я постраждалих.

- Відмова або нездатність забезпечити достатню кількість їжі, що може призвести до недоїдання або голодування;
- Відсутність належного одягу для захисту від погодних умов, що може спричинити переохолодження або перегрівання;
- Ігнорування потреби в медичному обслуговуванні, відмова від лікування хвороб або травм;
- Проживання в небезпечних або антисанітарних умовах, які можуть призвести до фізичних травм або хвороб;
- Відсутність адекватного догляду за дитиною, залишення її без нагляду, що підвищує ризик травм або нещасних випадків.

Проживання у дисфункціональній сім'ї – це проживання у такій сім’ї, яка погано або зовсім не виконує основні сімейні функції. Дисфункціональною позначають таку сімейну систему, яка є причиною девіантної поведінки одного або кількох членів сім’ї. Сім’я яка характеризується низьким станом психологічного комфорту всередині сімейного простору. Така сім’я не задовольняє потреби її членів в емоційній підтримці, теплі, почутті безпеки, відчутті значущості свого «Я».

Неповнолітня особа має більше шансів винести травматичний досвід у сім'ї, де нормою є деструктивність та жорстокість поведінки. Як вже зазначалось, це погрози та насилля у щоденній взаємодії членів родини. Діти з таких сімей стикаються із загрозою нанесення фізичної шкоди між дорослими членами родини, мають досвід насильницьких покарань (питання 19 про прив'язування та обмеження волі), проходять через знущання та цькування у школі, та жінки частіше і раніше за інших залучаються до сексуального життя.

В тих сім'ях, де члени родини не були близькі та не підтримували один одного діти мали ранній сексуальний досвід із особою, старшою за віком. І до цього додаються спогади про зловживання батьками алкоголю чи наркотичних речовин.

З точки зору біхевіористів (Дж.Буолбі, А.Бандура) научіння відбувається шляхом наслідування та відтворення вже наявного прикладу поведінки, який може використовуватися в дорослому віці, але не завжди є адекватним та продуктивним. Стосовно контексту даного дослідження, також є чисельні експериментально підтверджені дані, які доводять, що дитячий досвід здатен закарбовуватись в пам'яті та моделювати дезадаптивну дорослу поведінку. Зокрема, лонгітюдне дослідження проведене Л. Ірон та Р. Хьюсман показало, що діти, які були свідками агресивної поведінки в дитинстві, або більше за інших дивились телевізійні передачі, із елементами насильства, у порівнянні з іншими однолітками були більш схильними до жорстокості та демонстрували агресивну, асоціальну поведінку, яка зберігалась протягом багатьох років.

Як пише Чалова Н.О. характерними ознаками дисфункціональної сім'ї можуть бути також встановлені в ній негласні (неписані) правила. Ось деякі з них:

1. Не говорити про свої проблеми. Це може означати заборону на обговорення своїх проблем як поза сім'єю, так і в самій родині.
2. Не висловлювати відкрито своїх почуттів: у хворих сім'ях є постійні заборони на почуття та їх прояви.
3. Уникати прямих висловлювань, прагнути до вираження своїх думок інакомовно, а потреб - через маніпуляції. Це означає, що така людина не можн просто прями просити когось про допомогу, вона буде робити це в обхід.
4. Звичка будувати нереальні плани і покладати на людей і обставини нездійсненні надії.
5. Не говорити на певні «табуйовані теми».
6. «Роби як я кажу, а не як я роблю».
7. Грати, розважатися, насолоджуватися життям – це погано.

8. У жодному разі не можна обговорювати проблему, вирішувати її. І тим більше не можна виносити проблему за межі своєї родини, звертатаися за допомогою до фахівців або просто друзів.

Коротко правила дисфункціональної сім’ї називають «правило трьох не»: не говори, не відчувай, не довіряй.

Проживання в дисфункціональній сім'ї, де тривала і повторювальна фрустрованість дитини у близькості, емоційному теплі, безумовній любові, прийнятті і розумінні є нормою, може сприяти прагненню до співзалежних стосунків в майбутньому, аби заново програвати дитячо - батьківський сценарій.

Вплив дисфункції в сім’ї на дитину:

- Постійний стрес, тривога, депресія.
- Проблеми з емоційною регуляцією та самоповагою.
- Відчуття нестабільності та небезпеки в домі.
- Проблеми зі створенням здорових стосунків з однолітками.
- Проблеми з концентрацією, пам'яттю, навчанням.
- Підвищений ризик розвитку хронічних захворювань.
- Проблеми зі сном, апетитом.
- Зниження імунітету через постійний стрес.

емоційне насильство, емоційне нехтування, фізичне нехтування.

Вплив негативного дитячого досвіду на зміни в роботі мозку

Вплив негативного дитячого досвіду може призвести до тривалих нейробіологічних і поведінкових порушень. Зміни в імунній системі та нейрозапальний стан, спричинені впливом раннього життєвого стресу, вважаються факторами ризику розвитку психічних розладів.

Тут ми пропонуємо ознайомитись з інформацією отриманою під час досліджень на гризунах. Досліджуючи короткострокові та довгострокові ефекти впливу раннього життєвого стресу на протизапальні та прозапальні цитокіни в тканинах мозку, це дослідження показало, що тварини, які зазнали

раннього стресу, демонструють збільшення прозапальних цитокінів IL-1β, IL-6 та TNF-α. З іншого боку, не спостерігалося жодних змін у протизапальному цитокіні IL-10. Мета-регресія виявила, що зміни були більш помітними в гіпокампі дорослих тварин, які піддавалися більш тривалим періодам впливу раннього стресу. Ці запальні ефекти не були постійними, оскільки у літніх тварин було виявлено кілька змін. Наші висновки свідчать про те, що вплив раннього стресу змінює експресію прозапальних цитокінів і може виступати в якості праймера для вторинної проблеми, яка може спричинити довічні імунні зміни. Крім того, фактичних доказів недостатньо для повного розуміння зв'язку між протизапальними цитокінами та раннім стресом.

Щоб визначити, чи призводить стрес у ранньому віці до змін у структурах лімбічної системи: мигдалині та прилеглому ядрі, 9-денних щурів піддавали 24-годинній материнській депривації. Далі під час морфометричного аналізу порівнювали їх мозок з контрольною групою.

Результати показали, що материнська депривація вплинула на важливі структури лімбічної системи: мигдалеподібне тіло та прилегле ядро, об'єм яких було зменшено (17% від контрольного значення для мигдалини та 9% від контрольного значення для прилеглого ядра), а також кількість нейронів (41% від контрольного значення для мигдалеподібного тіла та 43% від контрольного значення для прилеглого ядра) і розмір їхніх клітин соми (12% від контрольного значення для мигдалини та 33% від контрольного значення для прилегле ядро).

Це дослідження вказує на те, що ранній стрес у житті призводить до змін у морфології лімбічних ділянок мозку, швидше за все, через втрату нейронів під час постнатального розвитку, і це додатково сприяє нашому розумінню впливу материнської депривації на розвиток мозку. Материнська депривація впливає на ГАМКергічні інтернейрони, що призводить до зменшення щільності та розміру кальційзв'язуючих білків, що експресують парвальбумін, кальбіндин і кальретинін, у мигдалині та прилеглому ядрі.

Дослідження вказує на те, що ранній стрес у житті призводить до змін у кількості та морфології ГАМКергічних, гальмівних інтернейронів у мигдалині та прилеглому ядрі, швидше за все, через втрату нейронів під час постнатального розвитку, і це ще більше сприяє розумінню ефектів як материнська депривація впливає на розвиток мозку.

1.3. Харчова поведінка як предмет психологічного дослідження

Хоча літератури про погане поводження з дітьми та психічні розлади відносно багато, кількість опублікованих досліджень щодо поганого поводження з дітьми та розладів харчової поведінки є порівняно невеликою.

Розлади харчової поведінки являють собою групу гетерогенних клінічних станів, що характеризуються зміною харчування, споживання, що призводить до порушення психологічного або фізичне здоров'я. Класифіковані основні клінічні об'єкти в рамках DSM 5 є нервова анорексія, нервова булімія, розлад переїдання. Розлад харчової поведінки буде виражатися у індивідуальних дисфункціях та паттернах стосунків, що підтримуються емоційною та поведінковою дисрегуляцією. Крім того, дитяча травма пов'язана з а високим рівнем емоційної дисрегуляції, дисоціації та поведінковими проблемами.

Усі види жорстокого поводження з дитинством пов’язані з підвищеним ризиком розвитку розладу харчової поведінки. Люди з розладами харчової поведінки та поганим поводженням у дитинстві мають більш важку форму захворювання. Шляхи, що сприяють зв’язку між поганим поводженням у дитинстві та психопатологією розладу харчової поведінки, були недостатньо досліджені.

Сам термін «розлади харчової поведінки» або «розлади прийому їжі» був введений Анна Кескі-Рахконен (Anna Keski-Rahkonen) та Ліндою Мустелин (Linda Mustelin), визначаючи їх як психогенно обумовлені ненормальні харчові звички, що негативно впливають на здоров'я особистості.

Окремо виділяють порушення харчової поведінки - відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному функціонуванню людини.

Харчову поведінку можна умовно поділити на *гармонійну* та *девіантну. Гармонійна* - адекватна харчова поведінка, яка близька до норми. *Девіантна* - харчова поведінка, яка відхиляється від норми, залежно від безлічі параметрів, зокрема, - від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування та від тих факторів, які додатково накладаються на процес харчування, окрім насичення та втамування голоду.

У свою чергу, девіантну харчову поведінку можна поділити на такі типи: емоціогенну, екстернальну та обмежувальну.

Емоціогенна харчова поведінка характерна заміщенням емоційних потреб їжею, або ж являє собою найшвидший спосіб, яким людина звикла справлятися з певними негативними або позитивними емоційними станами. Емоціогенний тип порушення харчової поведінки формується як відповідь на переважно негативні емоції та стресорні фактори, що дає можливість відволіктися від їхнього впливу надмірним харчуванням. Також, для цього виду поведінки, притаманним є низький рівень толерантності до невизначеності. Подібна особливість отримала специфічну назву – «емоційне переїдання», яке виникає як індивідуальна реакція на переживання негативних емоцій або як спосіб уникнення негативних емоцій чи неможливість розпізнавати та ідентифікувати власні емоції.

Особи, які мають порушення харчової поведінки за емоціогенним типом, дуже часто у дитинстві були жертвами сімейного насильства з боку дорослих, з ними жорство поводилися, вони були позбавлені батьківської любові, що сформувало у них низьку самооцінку. Наслідком цих проблем є високий рівень соціальної тривожності у осіб із розладами харчової поведінки, пов’язаний зі страхом негативної оцінки або дефіцитом соціальної підтримки.

Хільда Брух була однією з перших психотерапевтів, яка досліджувала питання харчування зі своїми пацієнтами ще в 1950-х і 1960-х роках. Вона зосередилася на понятті голоду - як на його психологічних і символічних конотаціях, так і на фізіологічних - і вважала, що усвідомлення голоду не є вродженим, а розвивається з часом у контексті досвіду немовляти з батьками.

"Переїдання - не причина ожиріння, це симптом внутрішньої дисфункції", - встановила Брух, пов'язавши порушення ваги, в першу чергу, з психологічними проблемами. Згідно з її спостереженнями, нещасні мами часто «загодовують» дітей замість того, щоб розібратися, чому вони кричать чи вередують. Так вони позбавляли дітей здібності у майбутньому розпізнавати свої справжні емоції та справлятися із ними. Вирішенням усіх проблем ставала їжа.

Тобто, виростаючи, така дитина продовжувала і надалі справлятися зі своїми емоціями так, як її привчили батьки. А емоції - це прояви потреб. Тому, такій людині важко розпізнавати свої емоції та усвідомлювати свої справжні потяги і потреби.

Якщо батьки не навчили дитину розповідати про те, що вона відчуває і як це висловлювати, то вона не навчиться розуміти себе та інших. А батьки часто не просто не питають дитину про її почуття, а навпаки, вчать всіляко їх приховувати або знецінюють важливість і чесність цих почуттів. Так виростають люди з нерозвиненою здатністю до усвідомлення і вираження почуттів.

Отже, їжа це легкий і дуже доступний спосіб справлятись із власними негативними емоціями, особливо смачна, солодка чи калорійна. До того ж, скоріш за все, такий спосіб, з якоїсь причини, вибраний людиною, що страждає на розлад харчової поведінки як найкращий та найрезультативніший. Це говорить про те, що цей спосіб був перевірений багато разів, або взагалі єдиний з доступних варіантів реагування на негативні емоції. Хоча дуже часто людина може навіть не усвідомлювати, що саме лежить за її потягом з’їсти щось смачне.

Науковці Федеріко Аміанто, Джорж Нортофф у своїх працях зазначають, що пацієнти із розладами харчової поведінки часто повідомляють про глибокий розрив зі своїми власними емоціями та тілесними відчуттями, труднощами у розумінні власного та чужого внутрішнього досвіду. Зокрема, також було висловлено припущення, що емоційний дистрес може посилити використання переїдання як стратегії регулювання негативного афекту або його уникнення (Роберт Левітан, Керолайн Девіс, 2010). Схильність до переїдання може бути відповіддю на негативні емоції. Тоді такий процес визначається, як емоційне харчування.

Оскільки, усі порушення харчової поведінки особистості щільно прив'язані до її емоційної сфери, що провокує стійкість адиктивних проявів, особливе значення має бути приділене превентивним заходам, виділенню своєрідних «груп ризику» формування порушень харчової поведінки. Це важливо, оскільки доклінічні етапи розвитку харчової залежності можуть бути досить тривалими, такими, що формуються під впливом батьківської турботи та батьківського програмування харчової поведінки. Довготривалість доклінічних етапів підтверджується тим, що нормальні показники індексу маси тіла можуть зберігатися тривалий час.

Екстернальна харчова поведінка. За наявності екстернального типу порушень харчової поведінки проявляється підвищена чутливість до зовнішніх подразників, таких як вигляд накритого столу, реклами харчових продуктів та напоїв, вигляд людей, які споживають їжу. У такому разі стають звичними явищами переїдання «за компанію», часті перекуси на вулицях або в інших громадських місцях, несвідомий прийом їжі не залежно від останнього прийому. Зазвичай, щодня люди проявляють харчову поведінку в контексті питання забезпечення власного існування, адже постійно потрібно робити вибір - що їсти, коли і скільки. Проте, на відміну від наших предків, головним завданням яких був пошук будь-якої їжі, яка б забезпечувала енергією та поживними речовинами, сьогодні цей вибір став більш складним.

Коли люди відчувають дефіцит енергії, складна взаємодія фізіологічних процесів сигналізує мозку про те, що їжу слід споживати, тобто людина відчуває голод. Коли спожито достатньо їжі, мозок отримує сигнал про те, що споживання слід припинити, тобто людина відчуває ситість або насичення (Бріджит Бенелам, 2009). Голод, як фізіологічний стан, є виразом потреби організму в поживних речовинах, яких він був позбавлений деякий час. Зовнішнім об'єктивним проявом голоду є харчова поведінка, що виражається в пошуку і прийомі їжі; вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду.

Водночас, ця гомеостатична регуляція їжі постійно заперечується через повсюдність їжі та пов’язаних з їжею сигналів. Тобто, прийом їжі може бути спровокований навіть за відсутності відчуття голоду або продовжений після насичення або навіть переїдання (Майкл Р Лоу, Меган Бутрін, 2007). Відомо багато факторів, які визначають або направляють харчову поведінку автоматичним і неявним чином (Д. Коен, Т. Фарлі, 2008). Наприклад, прийом їжі може бути ініційований або продовжений через присутність інших, тобто на нього впливають соціальні фактори (Джанет Поліві, С. Пітер Герман, 2004). На вибір їжі та її споживання також сильно впливають фактори навколишнього середовища, наприклад, реклама, упаковка, розміри порцій, освітлення, запахи та багато іншого. Це все описує екстернальну харчову поведінку, ту, яка ініційована зовнішніми факторами, а не внутрішнім відчуттям голоду. Є припущення, що до такої харчової поведінки більше схильні люди зі слабкими особистими кордонами, яким важко казати «Ні» або які більше орієнтовані на зовнішні фактори та соціум.

Обмежувальна харчова поведінка характеризується високим контролем або самоконтролем над споживанням їжі. Це спроба утримати себе від вживання якихось певних продуктів або їжі як такої, покарання себе за слабку волю, сприйняття їжі як ворога, встановлення заборони харчуватися після певного часу або дотримання розвантажувальних днів чи днів голодування. Обмежувальна харчова поведінка згодом веде до

обмежувального переїдання. В той момент, коли ми починаємо обмежувати себе в якійсь їжі, недоїдати, не отримувати необхідну кількість калорій або такого обсягу їжі, в якому в нас є потреба, в цей момент ми недоотримуємо гормон задоволення і щастя – дофамін - до якого звик наш організм. Це, в свою чергу, призводить до частих зривів і всі втрачені кілограми у повній мірі, зазвичай, повертаються назад.

Як зазначають Норберт Фрідман та Джоан Лавандер, РХП пов'язаний не лише з їжею чи її прийомом, а й з використанням тіла як «унікального засобу спілкування». Харчування людини з самого народження пов'язано з міжособистісною взаємодією. Згодом, їжа стає невід'ємною складовою процесу спілкування та соціалізації: святкування різних подій, встановлення та формування ділових і дружніх взаємин. У свою чергу, традиції, харчові звички відображають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки.

Для початку звернемо увагу на дослідження яке провели: Робін Томас (доктор медичних наук), Роберта Сіліквіні (доктор медичних наук), Манон Х. Гіллегерс (доктор медичних наук, доктор філософії) і Полін В. Янсен (доктор філософії). Емоційне переїдання та обмежувальне харчування було оцінено у 4653 10-річних дітей за допомогою Опитувальника харчової поведінки дітей, який повідомляли матері, та Голландського опитувальника харчової поведінки. Матері також повідомляли про 24 різні життєві події в дитинстві, ті з яких мали помірний або важкий вплив, класифіковані як несприятливі життєві події. Регресійний аналіз був проведений для дослідження зв’язків між несприятливими життєвими подіями та харчовою поведінкою в загальній вибірці.

Коли дітям було в середньому 10 років, матерів опитували про виникнення несприятливих життєвих подій у їхніх дітей протягом усього дитинства. Під час інтерв’ю оцінювалися 24 різні дитячі труднощі та сприйнятий вплив події на дитину (жодного, невеликий, помірний, великий).

Лише життєві події, які, як повідомляється, вплинули на дитину «помірно» або «значно», вважалися «несприятливими життєвими подіями. Таким чином, ми зважили життєві події щодо їх впливу, враховуючи, що не всі пережиті життєві події є однаково несприятливими для різних людей. Запитання включали питання про розлучення батьків, перенесення шкіл, фізичне або сексуальне жорстоке поводження та інші події, які часто оцінювалися та повідомлялися в літературі як пов’язані з розладами харчової поведінки. Потенційно пов'язані події (наприклад, розлучення батьків, переїзд до нового будинку та зміна школи) розглядалися як окремі події.

Матері найчастіше повідомляли про: високе навантаження в школі (9,5%), розлучення або розлучення батьків (4,9%), смерть особи, яка опікувалася, крім батьків (4,3%), а також нещасний випадок або хвороба самої дитини, члена сім’ї або піклується (3,0, 3,1 і 4,1% відповідно). Хлопчики та дівчатка пережили порівнянну кількість несприятливих життєвих подій, про які повідомили матері. Щодо харчової поведінки, дівчата отримали вищі результати як за емоційне переїдання.

Дослідження показало постійний градуйований зв’язок: діти, які зазнавали більшої кількості труднощів, демонстрували як більш емоційне переїдання, так і більш стримане харчування. Ці висновки узгоджуються з клінічними дослідженнями серед дорослих, які вказали на зв’язок між досвідом несприятливих подій у житті та пізнішими розладами харчової поведінки. Ці результати також підтверджують попередні дослідження, які пов’язують досвід несприятливих життєвих подій з емоційним переїданням у дітей.

Наступне дослідження проведене Трейсі О. Афіфі доктор філософії, Джітендер Сарін, доктор медичних наук, Джанік Фортьє бакалавр, Тайльє Тамара Канд, Сара Тернер магістр наук, Крістен Ченг, доктор філософії, Крістін А. Хенріксен доктор філософії, було спрямоване на вивчення зв’язку між жорстоким поводженням з дітьми, включаючи жорстоке фізичне покарання, фізичне насильство, сексуальне насильство, емоційне насильство,

емоційне нехтування, фізичне нехтування та зазнавання насильства з боку інтимного партнера, і розладами харчової поведінки у дорослому віці серед чоловіків і жінки.

Вибірка була національно репрезентативною для дорослого населення Сполучених Штатів. У досліджуваних в анамнезі розлади харчової поведінки протягом життя: нервова анорексія, нервова булімія і розлад переїдання оцінювали за допомогою діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, критеріїв п'ятого видання (DSM-5) та розладу, пов’язаного з вживанням алкоголю та Розклад інтерв'ю з пов'язаними обмеженими можливостями-5 (AUDADIS-5).

Модулі, призначені для оцінки критеріїв DSM-5 для розладів харчової поведінки, містили 10–16 запитань для кожного розладу харчової поведінки.

Для пацієнтів з анорексією було поставлено низку запитань про зріст і вагу, щоб визначити вагу, меншу ніж мінімально нормальна, а потім запитання про обмеження споживання їжі, поведінку для контролю ваги, страх набрати вагу та сприйняття свого тіла.

Для пацієнтів з булімією епізод переїдання оцінювався шляхом постановки двох таких запитань: «Чи їли ви коли-небудь зазвичай велику кількість (більше, ніж з’їдає більшість людей) їжі протягом будь-якого 2-годинного періоду, не враховуючи свят?» і «Чи був колись випадок, коли ви їли надзвичайно велику кількість їжі принаймні раз на тиждень протягом принаймні 3 місяців?» Крім того, було поставлено кілька запитань про втрату контролю (наприклад, чи відчували ви, що не можете перестати їсти або контролювати, скільки ви їсте), а також задавали питання щодо самооцінки.

Для пацієнтів з переїданням епізоди переїдання та втрати контролю вимірювалися за допомогою тих самих запитань, що й у пацієнтів з булімією. Крім того, було поставлено кілька запитань про дистрес (наприклад, відчуваєте огиду до себе, депресію або почуття провини через те, що так багато їсте) і виникнення епізодів переїдання (принаймні раз на тиждень протягом 3 місяців).

Сім типів жорстокого поводження з дітьми (жорстоке фізичне покарання, фізичне насильство, сексуальне насильство, емоційне насильство, емоційне нехтування, фізичне нехтування та вплив насильства з боку інтимного партнера) у віці до 18 років були оцінені за допомогою запитань, із опитувальника негативного досвіду дитинства.

У ході дослідження було виявлено, що всі сім типів жорстокого поводження з дітьми були пов’язані з окремими розладами харчової поведінки та наявністю будь-яких розладів харчової поведінки. Важливо, що були виявлені помітні гендерні відмінності. Сексуальне насильство та фізичне нехтування мали найсильніший зв’язок із будь-яким розладом харчової поведінки серед чоловіків, тоді як сексуальне насильство та емоційне насильство були найсильнішими серед жінок. Щодо анорексії, значні зв’язки були відзначені для багатьох типів поганого поводження з дітьми. Однак сексуальне насильство мало найсильніший зв’язок із анорексією, і цей ефект був статистично сильнішим серед чоловіків порівняно з жінками. Для переїдання була відзначена різна тенденція серед чоловіків і жінок. Серед жінок усі сім типів жорстокого поводження з дітьми були пов’язані з підвищеною вірогідністю переїдання порівняно з лише двома типами жорстокого поводження з дітьми серед чоловіків (сексуальне насильство та фізичне нехтування). Міцні зв’язки також існували щодо фізичної недбалості та розладів харчової поведінки серед чоловіків та емоційного насильства та розладів харчової поведінки серед жінок.

Емоційне нехтування було сильніше пов'язане з булімією і переїданням, ніж з анорексією. Фізичне нехтування, будь-яке жорстоке поводження з дитиною та сімейна історія дисфункції були сильніше пов’язані з переїданням порівняно з анорексією, але статистично не відрізнялися від булімії.

Крім того, хоча більшість попередніх досліджень на сьогоднішній день проводилися щодо фізичного чи сексуального насильства, важливо визнати, що досвід жорстокого фізичного покарання, емоційного насильства, емоційного нехтування, фізичного нехтування та вплив насильства з боку

інтимного партнера пов’язані із підвищеними шансами розладів харчової поведінки.

Спостережуваний зв’язок несприятливих життєвих подій з емоційним переїданням і обмежувальною харчовою поведінкою у дітей, можна пояснити регуляцією емоцій: несприятливі події можуть впливати на здатність дітей регулювати та справлятися з негативним впливом, і деякі діти можуть звернутися до емоційного переїдання як стратегії регулювання афекту. Обмежувальне харчування також може діяти як засіб отримати контроль над негативними емоціями. Іншим поясненням повідомлених зв’язків може бути регуляція стресу: стрес, спричинений несприятливими життєвими подіями, може призвести до гомеостатичних змін і збурень гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (HPA), яка регулює секрецію та дію пов’язаних з апетитом гормонів, таких як кортизол, грелін, лептин та інсулін. У той час як апетит зазвичай пригнічується під час гострого стресу, хронічний стрес зазвичай стимулює бажання споживати їжу з високим вмістом жиру та енергетичної щільності. Таким чином, стрес, пов’язаний із несприятливими життєвими подіями, може призвести до надмірного споживання дуже смачної їжі.

Обмеження споживання їжі, переїдання (як крайня форма емоційного переїдання) і компенсаторну поведінку можна інтерпретувати як відповіді на регуляцію інтенсивних емоційних станів, як спосіб обмеження емоційних переживань.

Висновки до розділу І

Будь-яка травма, будь-то психічна чи фізична змінює уклад життя і певним чином впливає на «потерпілого», залишаючи слід від пережитої події. Але якщо це сталося давно, наприклад в дитячому віці і не було вчасно опрацьовано, є вірогідність того, що вона супроводжуватиме людину в дорослому житті і виявлятиметься в різноманітних її сферах, при цьому заважаючи як в соціальному, так і в особистісному плані. Негативний дитячий

досвід є результатом низки подій або сукупності обставин, які мали місце в житті людини до моменту досягнення 18 років, та які переживаються як фізично чи емоційно шкідливі або загрозливі, які мають тривалі несприятливі наслідки для функціонування особистості та її фізичного, соціального, та психологічного благополуччя. Він включає в себе ситуації, з якими діти в більшості своїй стикаються в домашньому середовищі - різні форми фізичного та емоційного насильства, недбалості, відсутність необхідного догляду, та дисфункціональність сім'ї. Йдеться про емоційні реакції, соматичні переживання на звичайні, для інших людей, подразники. Реакції страху, гніву, перепади настрою, розгубленості, безпорадності, почуття відчаю, неможливості змінити повторення невдалого життєвого сценарію чи побудувати довірчі стосунки, слабку регуляцію у стресових ситуаціях - все це сигналізує про несприятливий досвід минулого. І такі реакції можуть бути відстрочені в часі.

Таким чином, на наступному етапі ми розглянемо зв'язок між харчовою поведінкою, спроможністю вибудовувати близькі стосунки, рівнем регуляції у стресових ситуаціях та вираженістю психічних станів за наявності ситуацій, в яких особа до виповнення 18 років стикалась із фізичним, сексуальним та психологічним насильством, емоційним та фізичним нехтуванням; розлученням або окремим проживанням батьків; скрутними сімейними обставинами, шкільним булінгом; відчуттям більшої турботи про сиблінга; жорстокістю по відношенню до матері чи близьких членів родини; зловживанням членами родини психоактивними речовинами або алкоголем; співмешкання з психічно хворою особою та випадки самогубства в межах сім'ї.

Відмітимо, що в межах вивчення впливу негативного дитячого досвіду на життя дорослої людини, були проведені опитування, завдяки яким було отримано статистичні дані щодо його інтенсивності та розподілу серед молодих жінок, показано взаємозв'язок із особливостями батьківського ставлення та його наслідками, та проаналізовано вплив негативних ранішніх

подій на харчову поведінку, на сферу близьких стосунків, особистісні кордони та на рівень регуляції у стресових ситуаціях. Таким чином, наразі, продовжуємо рух у заданому напрямку.

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Метою нашого дослідження є визначення взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом та порушеннями харчової поведінки у жінок молодого віку. Наше дослідження спрямоване на виявлення та аналіз факторів, які можуть впливати на інші аспекти життя опосередковано пов'язані з порушенням харчової поведінки.

Для організації даного дослідження, було проведене опитування в якому прийняли участь 100 жінок у віці від 25 до 44 років. Переважна більшість респонденток були студентками першого та другого років навчання у КІСПП. Окрім затверджених методик було також зібрано відповіді на питання авторської анкети. Ці питання стосувались соціальної сфери, характеру трудової діяльності, наявності або відсутності у житті опитуваних шкідливих звичок, спорту. Також респондентки надавали додаткову інформацію про соціальний статус, зайнятість, наявність дітей, про зріст, вагу. Окремі питання стосувались саме харчування респонденток: продуктів які сприяють набору ваги, харчових пріоритетів та часу прийому їжі. Також в авторській анкеті було кілька питань про постать матері, про близькість стосунків із матір'ю та ранній досвід. Саме ці питання на нашу думку передують питанням опитувальника негативного дитячого досвіду, адже вони хоч і суб'єктивно, але все ж таки показують на передумови будування самих перших стосунків у житті людини. Адже ці стосунки формують дуже багато чого у подальшому житті людини. Ці моменти можуть бути більш докладно розглянуті при проведенні дослідження.

Відповідно до мети дослідження нами були сформовані наступні задачі:

-проаналізувати наявні методики та методи дослідження;

-провести емпіричне дослідження за допомогою обраних методик;

-зробити аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

Організація та етапи дослідження:

1. Підготовчий етап дослідження. На основі аналізу теоретичних джерел та результатів проведених напередодні психологічних інтерв'ю з десятьма жінками із зайвою вагою, було сформовано авторську анкету. Були сформульовані завдання дослідження, уточнено предмет дослідження та підібрано діагностичний інструментарій.
2. Етап проведення дослідження. Збір даних відбувався за допомогою сервісу Google Форми. Питання методик були перенесені в Google-форму та через соцмережі поширювались серед жінок. Опитування проводилось анонімно за згодою на подальшу обробку отриманих даних та використання результатів в подальшому дослідженні.
3. Етап обробки отриманих результатів. Отримані за допомогою Google-форми результати було перенесено в програму Google Sheets для подальшої обробки даних, а саме: для переведення відповідей в бали за допомогою ключів методик, для підрахунку сирих балів субшкал, для побудови показових діаграм за результатами підрахунків.
4. Етап статистичної обробки даних. Після обробки результатів в програмі Google Sheets, дані були імпортовані в програму статистичної обробки даних Jamovi. В якій було здійснено остаточні підрахунки, складено таблиці, побудовано графіки, проведено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.
5. Заключний етап. Підбиття підсумків проведеного дослідження та розробка практичних рекомендацій.

Отже, цілі даного дослідження виявити зв'язки між негативним дитячим досвідом і наслідками його впливу на харчову поведінку. А також між питаннями авторської анкети та шкалами шістьох методик зазначених нижче.

Методики, що були обрані для використання в нашому дослідженні:

- «Голландський опитувальник харчової поведінки» (Dutch Eating Behavior Qestionare) (С. Брает, Т. Ван Стрім);
- Тест на власні кордони;

- Методика Експрес-діагностики стану стресу К. Шрайнера (ДСС);
- Шкала стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) (S. Hobfoll);
- Анкета «Досвід близьких стосунків» (Brennan, Clark, Shaver);
- Опитувальник негативного дитячого досвіду (V. J. Felitti, R. Anda);
- Питання авторської анкети.

«Голландський опитувальник харчової поведінки» (Dutch Eating Behavior Qestionare, DEBQ) ми використали для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. Щоб визначити яка саме харчова поведінка більш притаманна респонденткам із експериментальної групи, а яка – із контрольної і наскільки між ними є відмінності у рівні «норми» та «не норми». Опитувальник DEBQ складається з 33 тверджень і містить такі варіанти відповідей: ніколи - 1 бал; рідко - 2 бали; іноді - 3 бали; часто - 4 бали; дуже часто - 5 балів.

Нормативними значеннями вважаються наступні показники: для обмежувальної харчової поведінки – до 24 балів, для емоціогенної харчової поведінки – до 23 балів і для екстернальної харчової поведінки – до 27 балів.

Для пошуку ймовірних причин порушення харчової поведінки пов’язаних із негативним дитячим досвідом досліджуваних ми використали «Опитувальник негативного дитячого досвіту» (ACE). Який дає можливість оцінити такі фактори як: деструктивне ставлення оточуючих, проживання у дисфункціональній сім’ї, залучення до раннього статевого життя та соціально - емоційну занедбаність. Опитувальник містить 22 питання. Та має варіанти відповідей «Так» - 1 бал і «Ні» - 0 балів.

Для того, щоб порівняти рівень стресу у людей з високими показниками балів НДД та у людей які не мали таких високих показників була використана методика Експрес-діагностики стану стресу К. Шрайнера. Яка показує рівень регуляції у стресових ситуаціях, як людина справляється зі стресом, як із одним з ймовірних причин виникнення порушень харчової поведінки. Методика складається з 9-ти питань, має варіанти відповідей «Так» - 1 бал і

«Ні» - 0 балів. За кількістю набраних балів показує високий (0-4 бали), помірний (5-7 балів) чи слабкий (8-9 балів) рівень регуляції в стресових ситуаціях.

Ще дві методики: «Шкала стратегії подолання стресових ситуацій» та «Досвід близьких стосунків» були використані для того, щоб ретельно дослідити наслідки негативного дитячого досвіду на інші сфери життя такі як здатність людини формувати близькі стосунки, вдоволеність або невдоволеність якими також може впливати на харчову поведінку як опосередковані причині. А спосіб завдяки якому людина справляється у стресовій ситуації, показує які саме дії будуть притаманні тій чи іншій людині. «Шкала стратегії подолання стресових ситуацій» містить дев'ять субшкал: Асертивні дії, Вступ у соціальний контакт, Пошук соціальної підтримки, Обмежені дії, Імпульсивні дії, Уникнення, Маніпулятивні дії, Асоціальні дії, Агресивні дії.

«Досвід близьких стосунків» має дві субшкали: Шкала тривожності у відносинах прив'язаності, Шкала уникнення близькості.

А для виявлення стійкості особистісних кордонів, використовувалась методика «Тест на власні кордони». Ця методика покаже наскільки людина здатна керуватися власними стимулами і цілями, а не бути веденою, заохочуваною зі сторони.

Отже наша задача, знайти взаємозв'язки між шкалами даних методик, а також підтвердити або спростувати головну гіпотезу, зв'язок між негативним дитячим досвідом та порушеннями харчової поведінки.

Задачі нашого дослідження:

1. Визначити розподіл типів харчової поведінки в експериментальні та в контрольній групах.

2. Визначити рівень суб'єктивного стресу у експериментальній і контрольній групах.

3. Виявити наявність чи відсутність зв'язків між порушенням харчової поведінки та показниками балів негативного дитячого досвіду.

4. Проаналізувати наявність чи відсутність зв’язків між негативним дитячим досвідом молодих жінок та даними анкети «Досвід близьких стосунків».

5. Визначити, чи є помітні зв’язки між анкетними даними та даними субшкал опитувальника негативного дитячого досвіду.

Головною нашою задачею, все ж таки є, прослідкувати відмінності у харчовій поведінці, у рівні стресу, та у близьких стосунках у респонденток з великими показниками негативного дитячого досвіду і у тих, у кого негативного дитячого досвіду було мінімум, або у рамках норми. Нас цікавить влив наслідків дитинства на подальше формування у людини певних негативних наслідків не лише в харчуванні, а і у інших сферах. А також вплив цих сфер на харчову поведінку зокрема.

З метою підтвердження або спростування даних гіпотез, пов’язаних з порушеннями харчової поведінки, було проведено дослідження з поділом вибірки по кількості балів шкали Негативного Дитячого досвіду на Експериментальну та Контрольну групи за показниками «норми» та «не норми».

2.2. Характеристика вибірки

У дослідженні прийняли участь 100 жінок. Вік респонденток у межах від 25 до 44 років. Поділ на експериментальну та контрольну групу відбувався за показниками Опитувальника негативного дитячого досвіду (ACE). Де до «норми» ми віднесли набрану респондентками кількість балів від 0 до 8-ми, а до умовної «не норми» кількість балів від 9 до 22. Де 22 бали - це відповідь «так» на всі питання опитувальника. Після підрахунків ми отримали таку кількість учасниць по групам: експериментальна група (9-22 бали) – 38 респонденток, контрольна група (0-8 балів) – 62 респондентки. Максимальна кількість балів набрана учасницями нашої вибірки – 17 балів. Отже ***Експериментальна група*** – це респондентки в дитинстві яких відбувалось багато негативних і травмівних подій, які набрали високі бали за підрахунком

відповідей «так». ***Контрольна група*** – це респондентки, дитинство яких проходило значно менш травматично і включало в себе меншу кількість негативного досвіду, відповідно і набрана кількість балів, при відповіді на питання опитувальника, значно менша.

На (рис. 2.1.) ми можемо побачити розподіл вибірки по кількості набраних балів ОНДД. А саме процентне співвідношення експериментальної та контрольної групи.

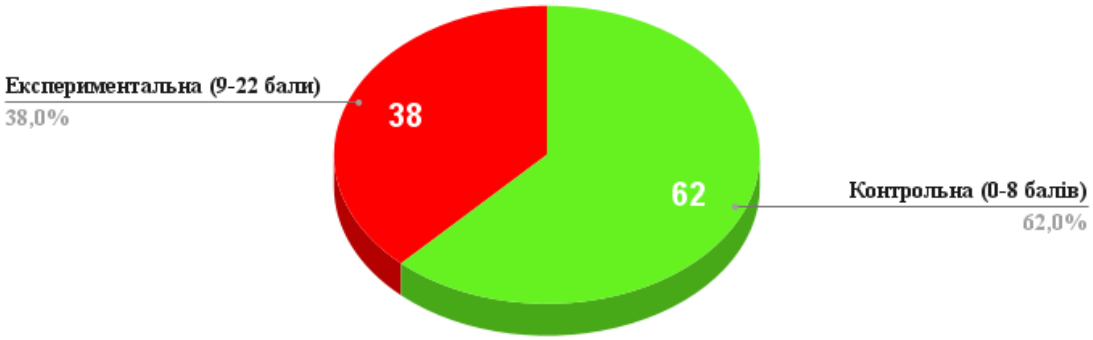

Рис. 2.1 Розподіл вибірки по кількості респондентів в експериментальній та контрольній групі

Розподіл по віку виглядав наступним чином (рис. 2.2), більше всього у дослідженні прийняли участь респондентки у віці 35-40 років – 35 осіб, трохи менше 30-35 років – 30 осіб. Найменше респонденток було у віці 25-30 років.

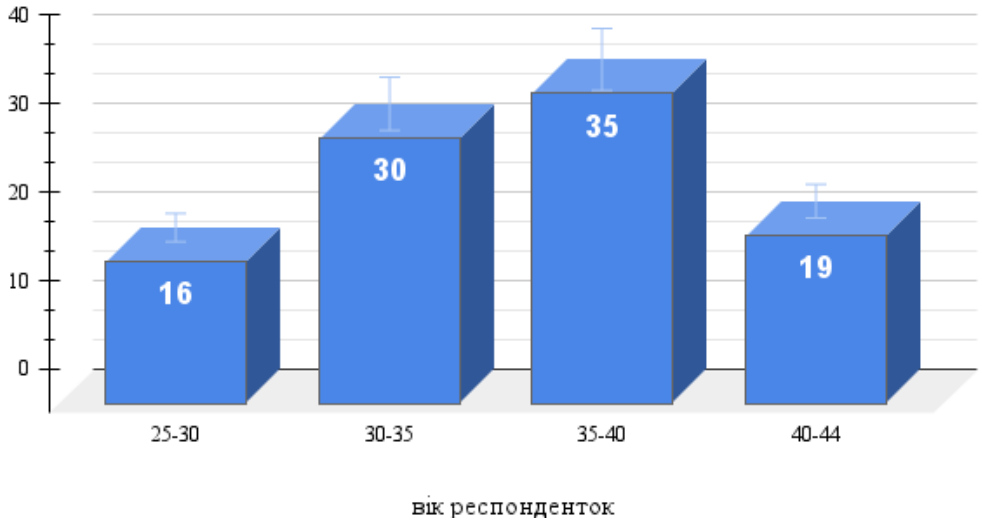

Рис. 2.2 Розподіл вибірки за віком

Якщо звернути увагу на соціальний статус, то більша кількість респонденток, а саме 61% - одружені, 25% не мають жодних відносин на даний момент і 14% перебувають у вільних стосунках (рис. 2.3).

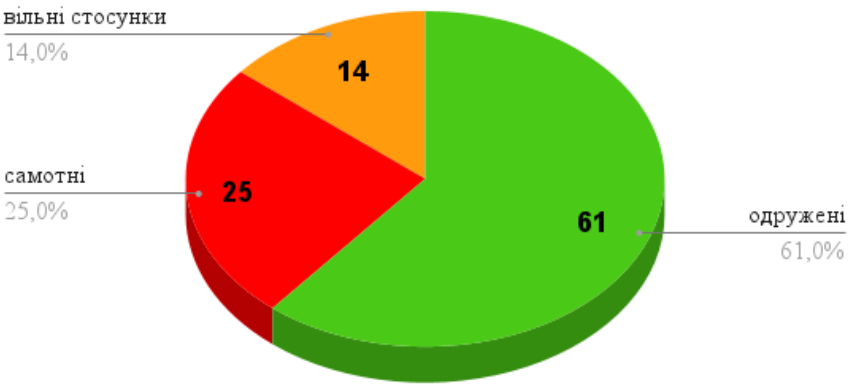

Рис. 2.3 Розподіл вибірки за сімейним станом

Наявність спорту у житті респонденток ми можемо побачити на (рис. 2.4.) де ми виділили показники окремо для контрольної і експериментальної групи. Відмінності не значні, але вони є.

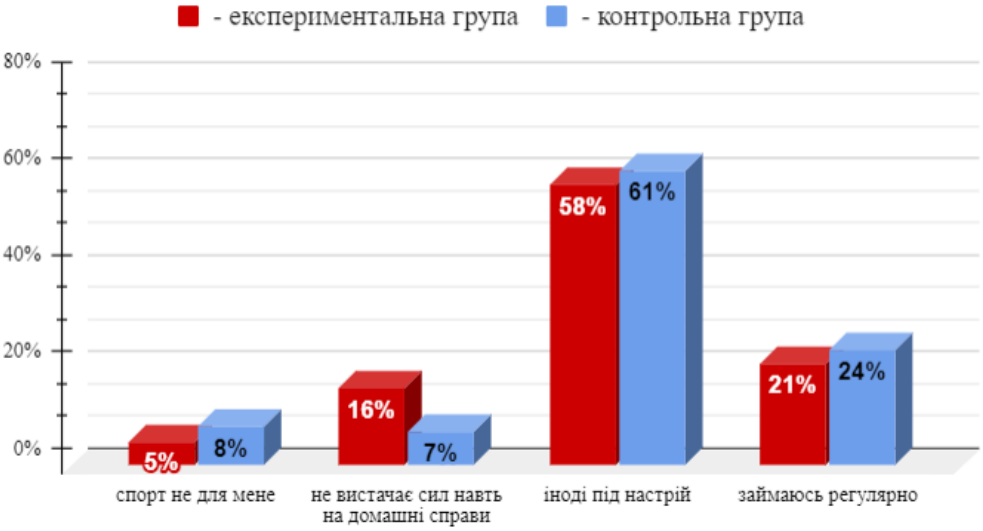

Рис. 2.4 Розподіл вибірки за наявністю фізичної активності у житті респонденток

Кількість людей які займаються спортом на регулярній основі приблизно однакова для обох груп і становить 21% - 24% від загальної кількості учасниць групи. Респондентки які займаються спортом на нерегулярній основі переважають по кількості у контрольній крупі - 61%, тоді

як в експериментальній 58%. Також в експериментальній групі у 16% опитаних «не вистачає сил навіть на домашні справи» тоді як в контрольній таких людей - 7%. Це нам говорить про високу ступінь втоми, виснаження або вплив інших причин.

Наступний розподіл стосується наявності у респонденток шкідливих звичок. Отже на (рис. 2.5) ми можемо побачити майже схожі показники у експериментальній і у контрольній групах, експериментальна група відрізняється тим, що менший процент (39%) у порівняні з контрольною групою (47%) «зовсім не мають» шкідливих звичок. Трохи більший процент респонденток «рідко палять та/або вживають алкоголь» 45% у порівнянні з 40% у контрольній групі.

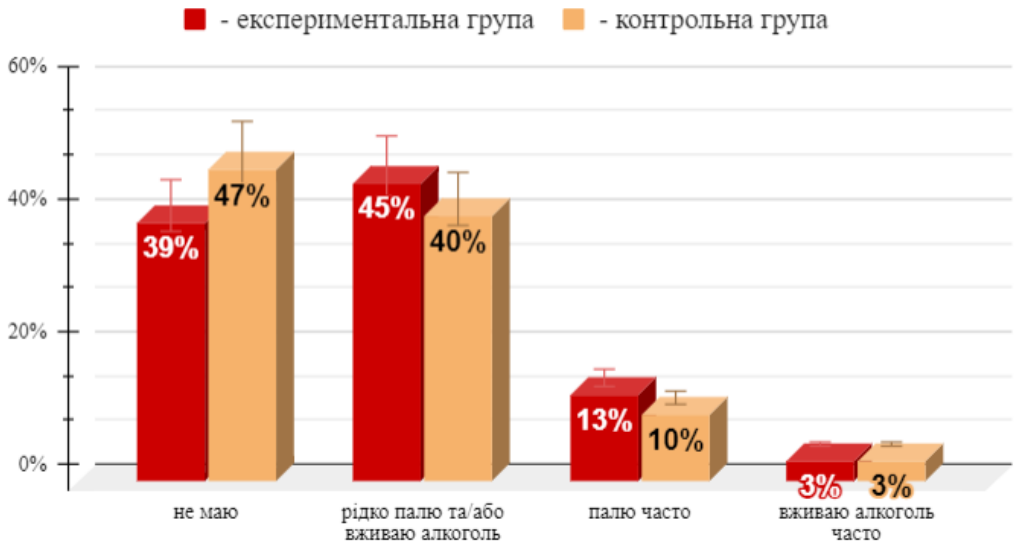

Рис. 2.5 Розподіл вибірки за наявністю у респонденток шкідливих звичок

За даними антропометричних вимірювань можемо побачити розподіл у вибірці Індексу Маси Тіла (рис. 2.6.). Індекс маси тіла ІМТ (англ. BMI, body mass index) — величина, що дозволяє оцінити ступінь співвідношення маси тіла людини та її зросту, і, відповідно, вирахувати, чи є її маса недостатньою, нормальною або надмірною.

Контрольний показник (ІМТ) та його значення для оцінки результатів дослідження:

ІМТ менше 18,5 кг/м2 - недостатня маса тіла;

ІМТ 18,5–24,9 кг/м2 - показує нормальну вагу (надлишкової ваги немає);

ІМТ 25,0–29,9 кг/м2 - показує передожиріння (надлишкова вага є);

ІМТ 30,0–34,9 кг/м2 - показує ожиріння І ступеня (надлишкова вага є);

ІМТ 35,0–39,9 кг/м2 - показує ожиріння ІІ ступеня (надлишкова вага є).

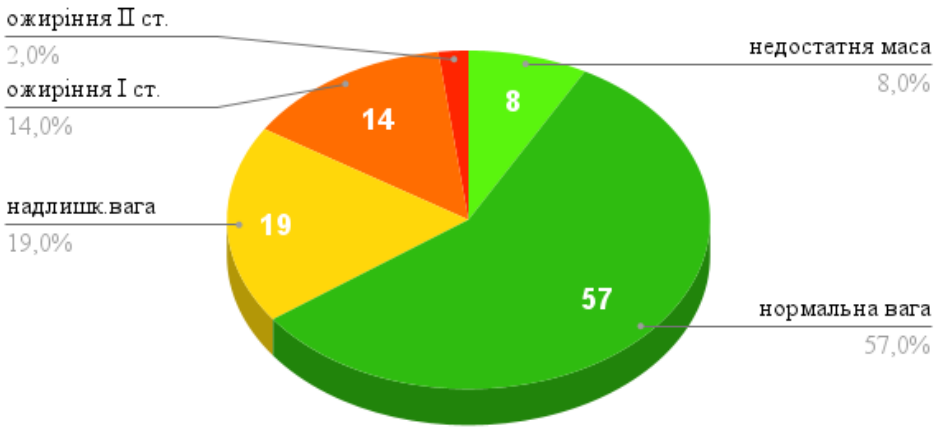

Рис. 2.6 Показники розподілу ІМТ у вибірці.

Окремо звернемо увагу на розподіл ІМТ у Експериментальній і у Контрольній групі. (рис. 2.7.) Тут ми можемо побачити відсутність дуже вираженої відмінності, а отже можемо припустити що саме вага у вигляді ІМТ не пов’язана напряму із наявністю або відсутністю негативного досвіду у дитинстві.

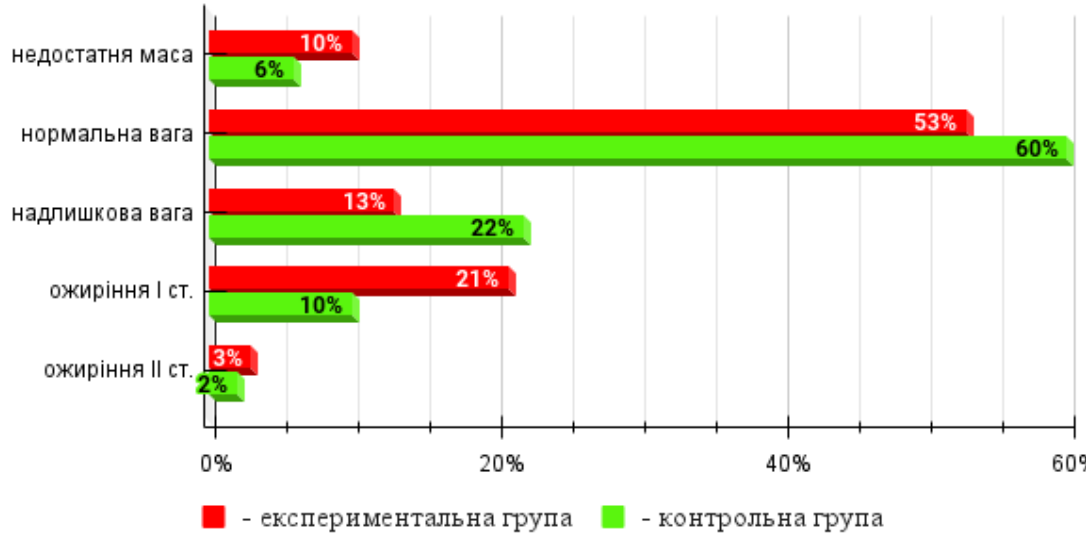

Рис. 2.7 Розподіл показників ІМТ у Експериментальній і у Контрольній групах

Наступник показник який може нам показати відмінності в реагуванні на стрес в Експериментальній та Контрольній групах – це рівень регуляції у стресових ситуаціях у респонденток. Розглянемо показники на (рис. 2.8).

На діаграмі ми бачимо, що високий рівень регуляції у стресових ситуаціях більш виражений у контрольній групі, саме у тій де показники негативного дитячого досвіду мінімальні. А в Експериментальній групі переважає помірний рівень регуляції.

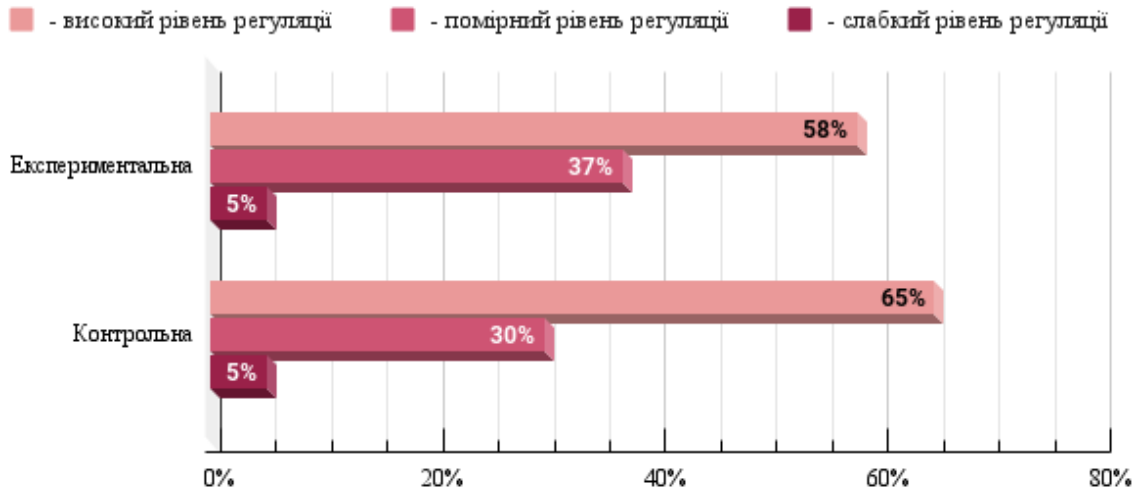

Рис. 2.8 Розподіл рівня регуляції у стресових ситуаціях в Експериментальній і у Контрольній групах

Для того, щоб краще розуміти картини прояву травматичних спогадів дитинства серед українських жінок, ми пропонуємо вам наступну діаграму, що продемонструвала на які питання опитувальника НДД респондентки відповідали частіше всього. Ми розподілили відповіді на питання анкети за загальним ступенем прояву дитячої травматизації на вибірці, побачили, які види негативного дитячого досвіду найбільш та найменш поширені серед молодих жінок. Отже на (рис. 2.9.) ми можемо побачити, що найбільшу кількість позитивних відповідей отримали питання 7, 1, 2. А саме питання:

7. «Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто відчували що вас не люблять, до вас байдужі?» - 72 відповіді «так».

1. «Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас ображав, сварив або принижував?» - 65 відповідей «так».

2. «Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих поводив себе таким чином, що ви боялися фізичної шкоди?» - 59 відповідей «так».

Наступні по кількості позитивних відповідей ідуть питання під номером 10, 13, 9:

10. Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками? – 54 відповіді «так».

13. Чи ви часто відчували (до 18 років), що не було когось, хто б вас захистив? - 53 відповіді «так».

9. Члени вашої родини не були близькими, не підтримували один одного? - 51 відповідь «так».

Отже бачимо, що найбільш розповсюдженим впливом на молодих жінок нашої вибірки у дитинстві, були: відсутність любові, емоційне нехтування, приниження, загроза побиття, відсутність захисту, важка атмосфера вдома де батьки не близькі один з одним і часто у сім'ї хтось зловживає алкоголем чи наркотиками.

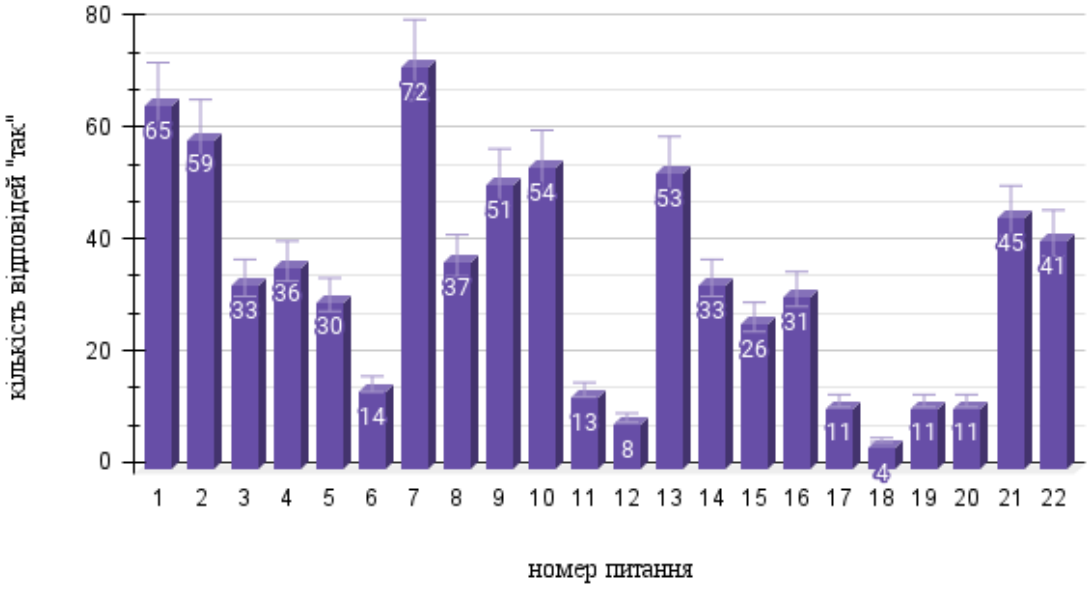

Рис. 2.9 Розподіл кількості позитивних відповідей на питання опитувальника НДД

Далі розглянемо наступну діаграму де видно розподіл вибірки за кількістю набраних балів по опитувальнику (рис. 2.10.). Із 20 запитань, кількість позитивних відповідей варіюється від 0 до 17, що говорить про доволі високий рівень прояву. 17 балів набрала 1 людина, 22 бали, на щастя не набрав ніхто.

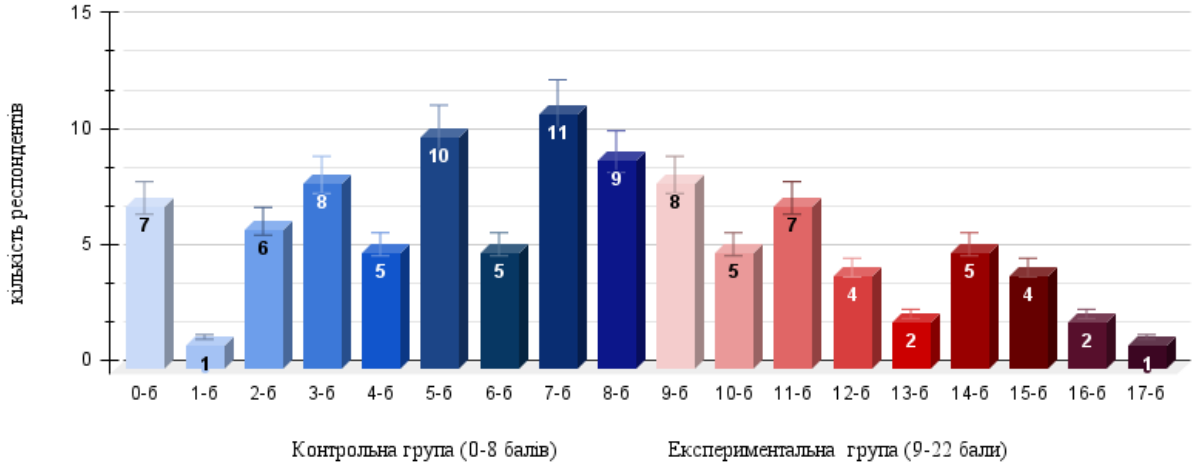

Рис. 2.10 Розподіл вибірки за кількістю набраних балів на питання опитувальника НДД по інтегральній шкалі

Враховуючи анкетні дані, маємо цікаву інформацію що до відносин респонденток з материнською фігурою, що доречно підходить до теми опитувальника НДД. А саме питання: «Чи були Ви бажаною дитиною?», а також, «Чи було Ваші відносини з матір'ю близькими?». Давайте розглянемо отримані результати (рис. 2.11). Бачимо велику різницю між контрольною і експериментальною групою у проценті респонденток які були небажаними дітьми. Якщо в контрольній групі цей показник лише 9 %, то в експериментальній групі він аж 33%. Отже маємо припущення, що все починається значно раніше здобутого негативного дитячого досвіду, а саме з того чи була дитина бажаною, чи була вона вчасною, чи хотіли її взагалі.

Якщо проаналізувати наступну діаграму, ми побачимо, що ступінь близькості з фігурою матері також значно відрізняється у двох групах. І знову показники відсутності близькості в експериментальній групі вищі ніж у

контрольній (рис. 2.12). Тоді як у контрольній групі вищий показник наявності близьких стосунків з материнською фігурою.

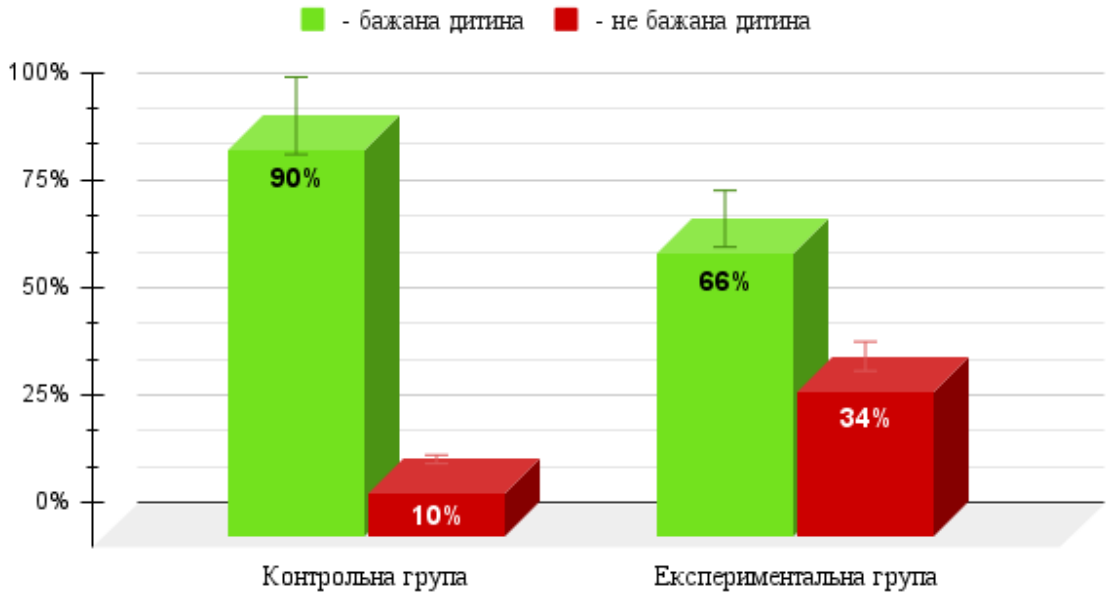

Рис. 2.11 Розподіл вибірки по питанню «Чи були Ви бажаною дитиною?»

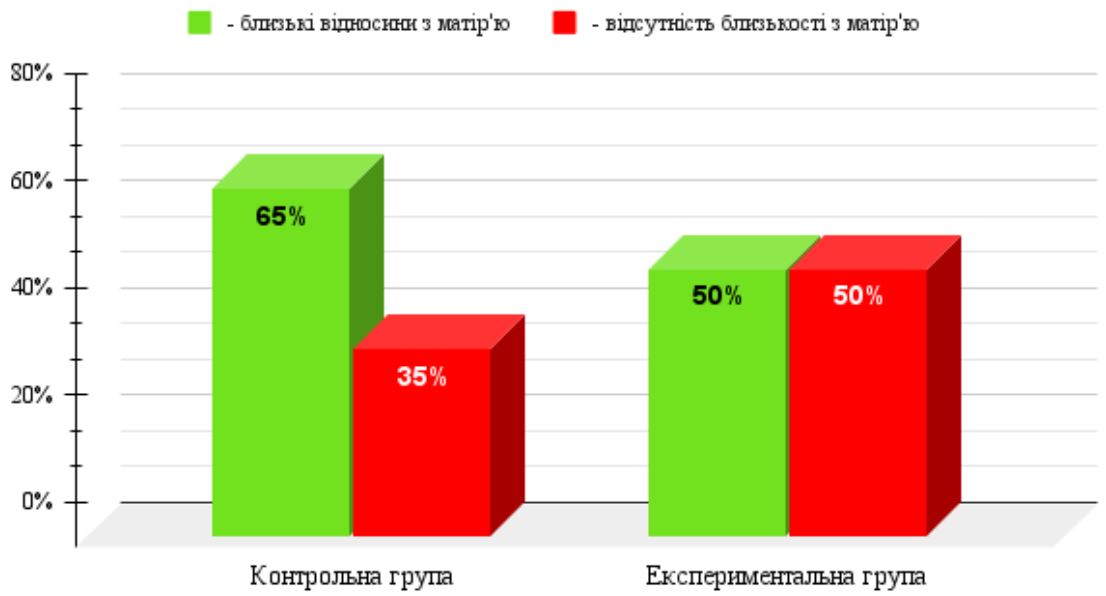

Рис. 2.12 Розподіл вибірки по питанню «Чи вважаєте Ви ваші відносини з матір'ю близькими?»

На (рис. 2.13.) бачимо розподіл вибірки по «нормі» і «не нормі» обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчових поведінок. І на

наступній діаграмі подивимось цей же розподіл тільки у поділі на Експериментальну та Контрольну групи. Бачимо, що в Експериментальній групі «норми» значно менше, ніж у контрольній. Отже зв'язок між НДД і порушенням харчової поведінки є і він досить помітний, особливо на прикладі емоціогенної та екстернальної харчових поведінок.

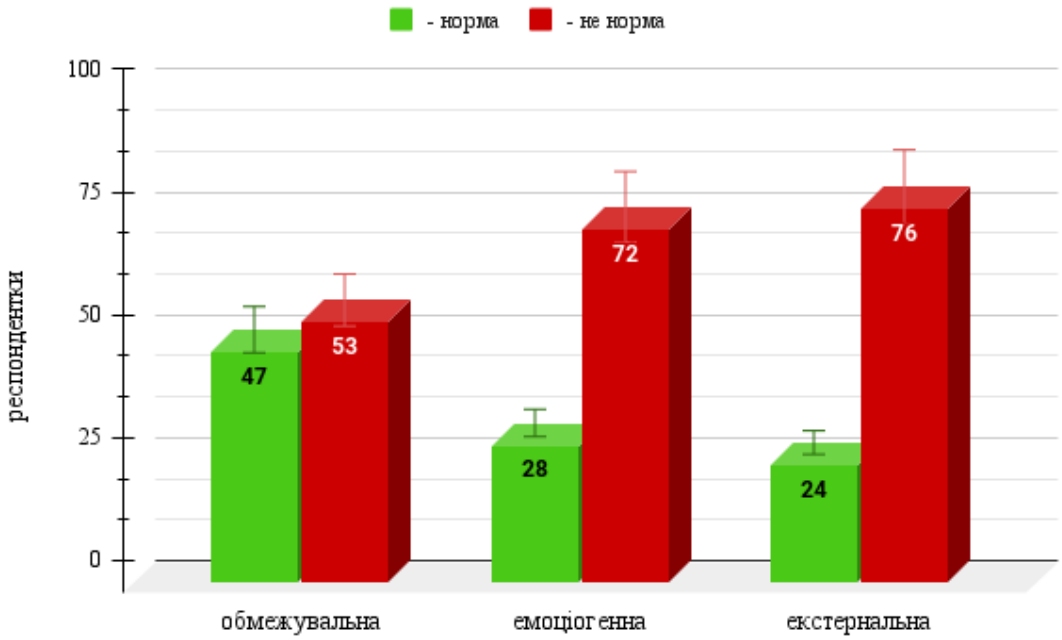

Рис. 2.13 Розподіл вибірки по типам харчової поведінки

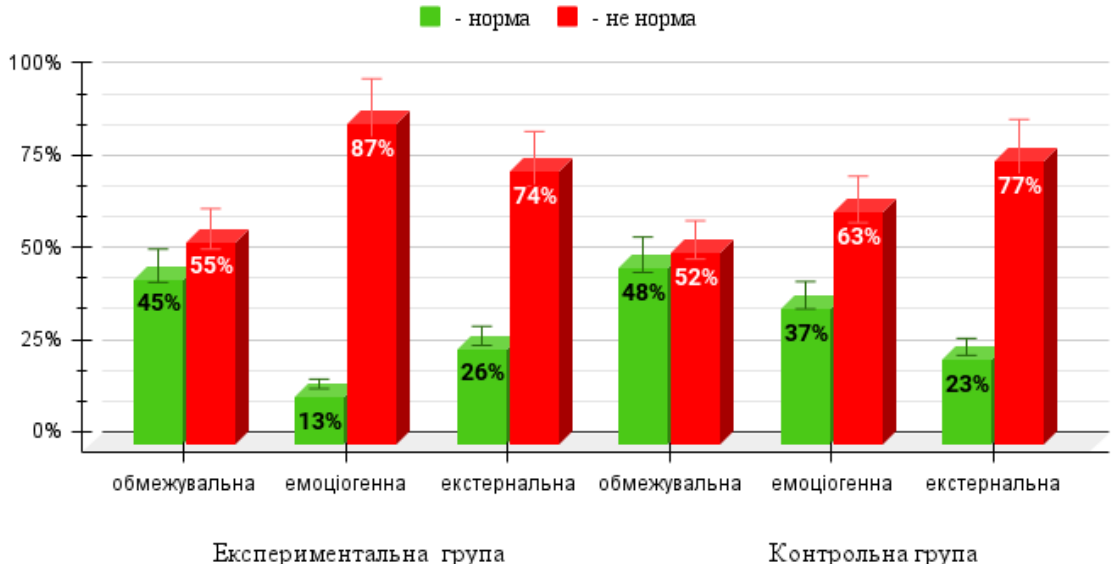

Рис. 2.14 Розподіл вибірки по типам харчової поведінки у Експериментальній та Контрольній групах

Розглянемо наступну методику «Досвід близьких стосунків». При порівнянні відповідей в експериментальній і у контрольній групах на (рис. 2.15) бачимо значні відмінності. В експериментальній групі відсутні респондентки які набрали «0 балів», а кількість опитаних що набрали 5 і більше балів більша ніж в контрольній. Отже можемо сказати, що негативний дитячий досвід впливає також на подальшу близькість у відносинах, а значить опосередковано впливає на наслідки такого становища і на способи компенсації, такі як емоційні заїдання.

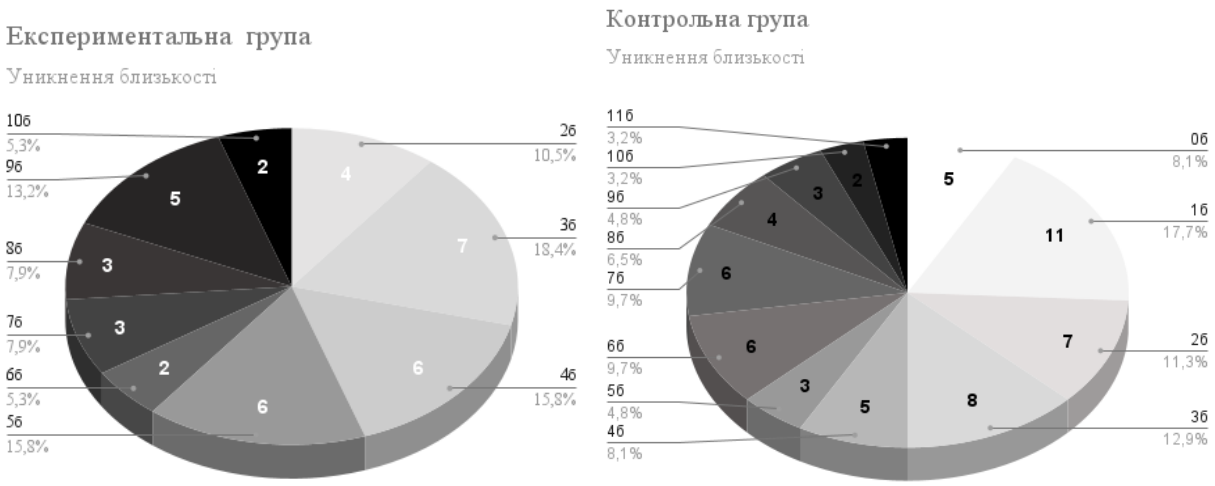

Рис. 2.15 Розподіл вибірки по рівню уникнення близькості у відносинах в Експериментальній та Контрольній групах

Якщо подивитись на діаграми розподілу рівня тривожності у відносинах, то тут також є помітні відмінності, зокрема більша кількість учасниць набрали високі бали саме в експериментальній групі. Тоді як мінімальна кількість балів була набрана більшою кількістю респонденток в Контрольній групі (рис. 2.16).

Маємо намір перевірити наявність або відсутність кореляцій між субшкалами анкети негативного дитячого досвіду та субшкалами анкети «досвід близьких стосунків». Допускаємо, що субшкали «Деструктивне ставлення оточуючих», «Залучення до раннього статевого життя» та

«Проживання у дисфункціональній сім'ї» можуть мати кореляції з субшкалами «Уникнення близькості» та «Шкала тривожності у відносинах».

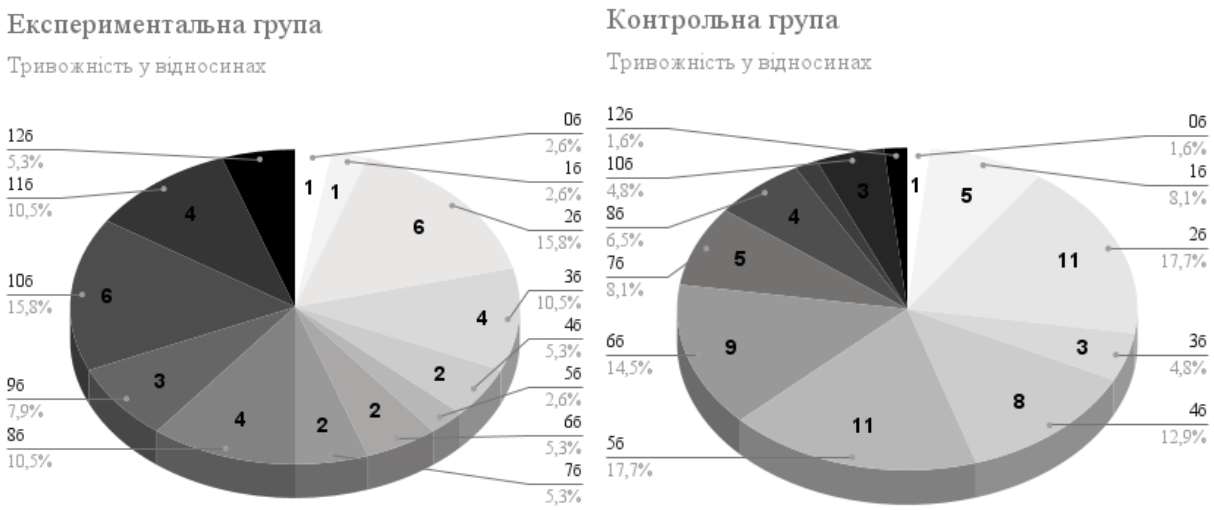

Рис. 2.16 Розподіл вибірки по рівню тривожності у відносинах в Експериментальній та Контрольній групах

Наостанок звернемо увагу на «Тест на власні кордони». За допомогою якого ми можемо побачити зв'язки між опитувальником НДД та особистісними кордонами респонденток (рис. 2.17). І якраз на порівнянні Експериментальної і Контрольної групи ми бачимо, що в експериментальній групі кількість учасниць дослідження, які не мають кордонів дуже висока і займає 32%, у той час як в контрольній групі респонденток які не моють особистісних кордонів лише 15%. До того ж у контрольній групі вища кількість людей які мають сильні особистісні кордони, на відміну від експериментальної, де цей показник значно нижчий. Тому можемо зробити висновок про відчутний вплив НДД на формування власних кордонів. І як результат у людей з сильними особистісними кордонами менший рівень екстернальної та емоціогенної харчової поведінки. Бо вони значно стійкіші і орієнтуються на власні бажання, а не на заохочення ззовні.

Можемо підсумувати, що вже на рівні першого ознайомлення помічаються певні тенденції впливу негативного досвіду дитинства.

Подробиці цього впливу маємо намір прослідкувати за допомогою програми статистичної обробки данних.

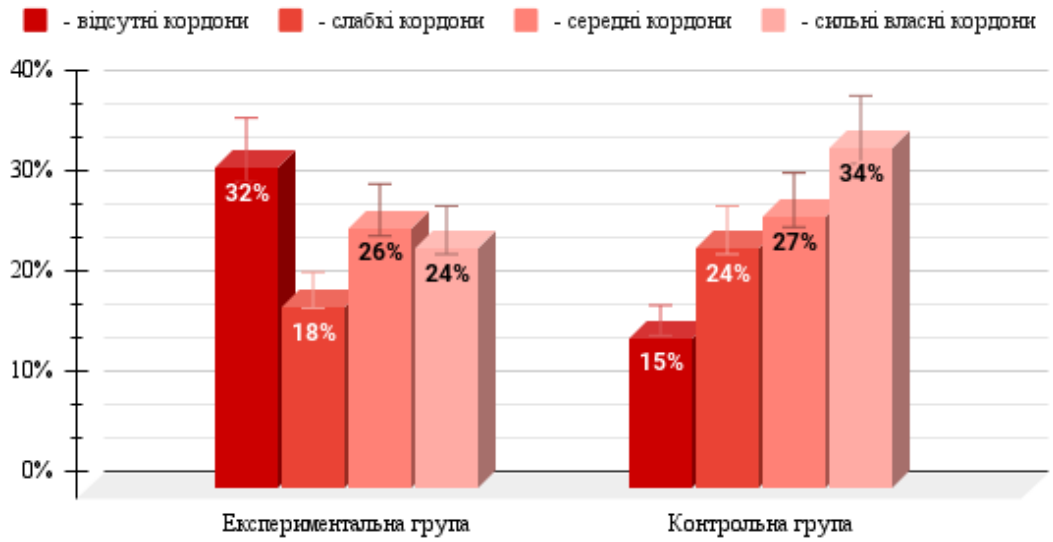

Рис. 2.17 Розподіл вибірки по рівню особистісних кордонів в Експериментальній та Контрольній групах

Результати перевірки шкал на надійність показали високий рівень надійності та узгодженість питань (табл. 2.1). Шкала DEBQ містить 33 питання і має 3 субшкали: шкала Обмежувальної харчової поведінки, шкала Емоціогенної харчової поведінки, шкала Екстернальної харчової поведінки. Значення коефіцієнту Альфа Кронбаха для загальної шкали DEBQ – 0,904, що є дуже добрим показником для нашої вибірки. Показник загальної узгодженості питань між собою є дуже високим і знаходиться в коридорі 0,910 - 0,920. Значення коефіцієнту Альфа Кронбаха для шкали Обмежувальної харчової поведінки - 0,896, для шкали Емоціогенної харчової поведінки - 0,940, для шкали Екстернальної харчової поведінки - 0,863.

Шкала методики «Експрес діагностика стану стресу» показала значення альфа Кронбаха – 0,617.

Шкала тесту власних кордонів також дала непоганий показник альфа Кронбаха на нашій вибірці - 0.787. Шкала містить десять достатньо узгоджених між собою питань і являється досить надійною.

Анкета «Досвід близьких стосунків» показала наступні значення, альфа Кронбаха 0,769. Методика має дві субшкали «Шкала тривожності у відносинах прив'язаності» (значення альфа Кронбаха - 0,802) та «Шкала уникнення близькості» (значення альфа Кронбаха - 0,763).

Для опитувальника Негативного дитячого досвіду ми отримали ось такі показники надійності: показник для інтегральної шкали - 0,819, для субшкали «Проживання у дисфункціональній сім'ї» альфа Кронбаха - 0,618, для субшкали «Деструктивне ставлення оточуючих» - 0,824, для «Соціально-емоційної занедбаності» - 0,439, «Залучення до раннього статевого життя» - 0,695.

Альфа Кронбаха для шкали подолання стресових ситуацій - 0,720

Таблиця 2.1

Коефіцієнт альфа Кронбаха для шкал методик використаних в дослідженні

шкала	Коефіцієнт альфа Кронбаха
Голандський опитувальник харчової поведінки	0,904
Експрес діагностика стану стресу	0,617
Тест на власні кордони	0,787
Досвід близьких стосунків	0,769
Опитувальник негативного дитячого досвіду	0,819
Шкала подолання стресових ситуацій	0,720

Висновки до розділу ІІ.

По підсумкам проведеної роботи можемо надати наступні висновки. Емпіричне дослідження негативного дитячого досвіду, як чинника порушень харчової поведінки проводилось за допомогою п’яти методик: «Голландський опитувальник харчової поведінки» (Dutch Eating Behavior Qestionare), «Тест на власні кордони», «Методика Експрес-діагностики стану стресу К. Шрайнера (ДСС)», «Шкала стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) (S. Hobfoll)», Анкета «Досвід близьких стосунків» (Brennan, Clark, Shaver), «Опитувальник негативного дитячого досвіду (V. J. Felitti, R. Anda)», та питань авторської анкети.

Було проведене анонімне опитування 100 респонденток, жінок у віці від 25 до 44 років. А з деякими з них, ще до опитування, проведене психологічне інтерв’ю для того, щоб виділити основні теми, на які буде спиратись дослідження.

Також було розроблено та описано дизайн дослідження, яке складається з п’ятьох етапів: підбір та затвердження діагностичних методик, збір даних для дослідження, обробка отриманих даних та підрахунок сирих балів, кореляційний аналіз та інтерпретація, підбиття підсумків проведеного дослідження та розробка практичних рекомендацій.

У цьому розділі ми мали можливість розглянути вибірку із різних сторін, побачити деякі відмінності, які вже стали помітними, між експериментальною та контрольною групою.

При описі відповідей на питання опитувальника Негативного дитячого досвіду, бачимо, що серед українських жінок найбільшу кількість позитивних відповідей отримали питання, що стосувались відсутність любові, емоційного нехтування, приниження, загроз побиття, відсутності захисту, відсутності близькості між членами родини та зловживання алкоголем чи наркотиками одним з членів родини.

Було звернено увагу на помітний зв’язок між питаннями авторської анкети, які стосувались відносин з матір’ю та різницею показників між

експериментальною та контрольною групами. Зокрема на питання «Чи були Ви бажаною дитиною?» маємо дуже сильну відмінність між показниками експериментальної та контрольної групи. В експериментальній групі великий процент респонденток (34%) які «не були бажаною дитиною» на відміну від контрольної групи, де цей показник лише 10%.

Було проведено аналіз надійності для оцінки якості зібраних даних та надійності методик, який показав достатньо високу узгодженість, так як більшість шкал з п’яти методик мали високе значення коефіцієнта альфа Кронбаха.

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність

За результатами зібраних даних можемо представити опис вибірки за допомогою описових статистик.

Дослідження було проведено з використанням наступних методик:

-Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки»;

-Тест на власні кордони;

-Методика Експрес-діагностики стану стресу;

-Шкала стратегії подолання стресових ситуацій;

-Анкета «Досвід близьких стосунків»;

-Опитувальник негативного дитячого досвіду.

Середні за вибіркою та середні квадратичні відхилення представлені в кожній з таблиць. Розглянемо отримані розподіли на нормальність за шкалами оскільки в певній мірі це характеризує якість зібраних даних. А також це потрібно нам для визначення коефіцієнту, який будемо обирати в кореляційному аналізі.

Розглянемо дані на (табл. 3.1). Бачимо, що виходячи з показників середнього для субшкал Голандського опитувальника харчової поведінки більшість респонденток мають середні значення балів від 25,5 до 36,5. При цьому показники середнього балу вищі в Експериментальній групі, а отже і загальний рівень набраних балів в Експериментальній групі вищий. Також на таблиці ми бачимо досить високі показники Середнього квадратичного відхилення, що вказує на значну варіативність у рівнях харчової поведінки серед учасниць.

Продемонструємо на (рис. 3.1) різницю середніх у Експериментальній і Контрольній групах для субшкал Голандського опитувальника харчової поведінки.

Таблиця 3.1.

Описові статистики субшкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Обмежувальна харчова поведінка	25.7	25.5	6.91	8.39
Емоціогенна харчова поведінка	36.5	30.3	11.8	11.5
Екстернальна харчова поведінка	31.6	30.7	8.12	6.02

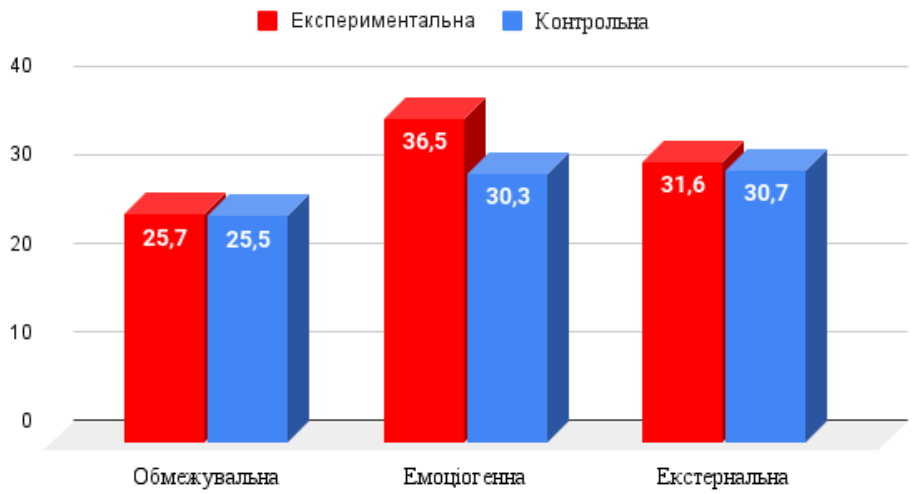

Рис. 3.1Різниця середніх у Експериментальній і Контрольній групах для субшкал Голандського опитувальника харчової поведінки

На (табл. 3.2) розглянемо середні та середні квадратичні для субшкал опитувальника НДД. Дані по інтегральній шкалі при вимірюванні негативного дитячого досвіду, свідчать про помірну варіативність у рівнях НДД серед учасників. Більшість значень знаходяться близько до середнього, що може вказувати на певну однорідність досвіду в Експериментальній групі серед досліджуваних осіб.

Помірна варіативність також може свідчити про те, що існують різні фактори, які впливають на рівні НДД серед учасників. Це може бути корисним для розробки для розробки та впровадження програм втручання, спрямованих на зменшення наслідків негативного дитячого досвіду.

Таблиця 3.2.

Описові статистики субшкал опитувальника Негативного дитячого досвіду

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Проживання у дисфункціональній сім'ї	3.32	1.23	1.89	1.14
Деструктивне ставлення оточуючих	7.79	3.16	1.58	2.26
Залучення до раннього статевого життя	0.789	0.226	0.811	0.556
Соціально-емоційна занедбаність	1.92	0.565	1.08	0.781
Інтегральний показник НДД	11.9	4.61	2.40	2.57

На (рис.3.2) можемо побачити наглядно різницю між середніми в Експериментальній та Контрольній групі. Особливо сильно відрізняються середні на інтегральній шкалі опитувальника НДД, більше нід в 2 рази. Якщо враховувати показники субшкал то найбільш сильно виділяється шкала «Деструктивне ставлення оточуючих»

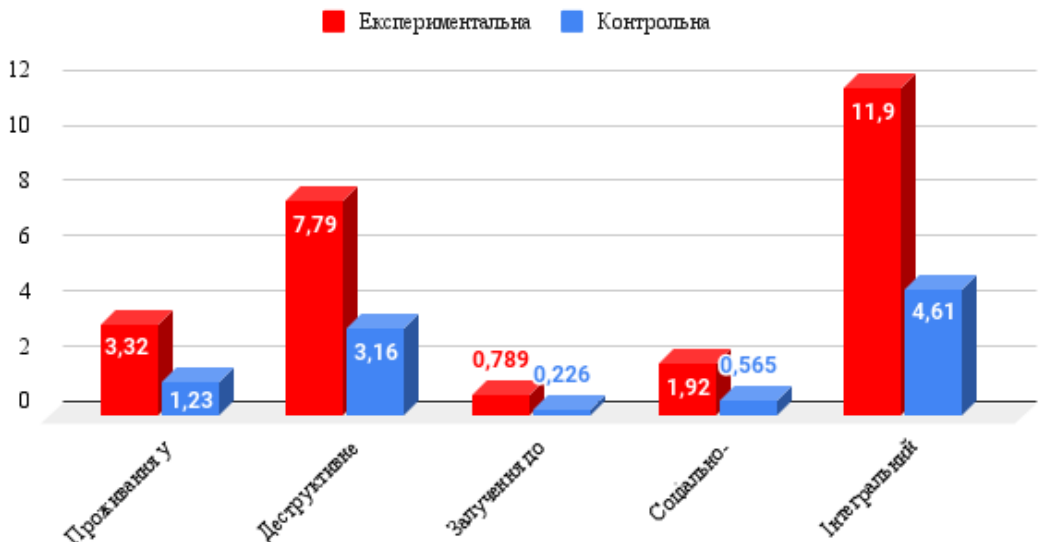

Рис. 3.2 Різниця середніх у Експериментальній і Контрольній групах для субшкал опитувальника Негативного дитячого досвіду

Таблиця 3.3.

Описові статистики для субшкал анкети Досвід близьких стосунків

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	6.61	4.74	3.68	2.64
Шкала уникнення близькості	5.39	4.24	2.52	3.14

На (рис 3.3) бачимо показники середніх для Експериментальної та Контрольної груп субшкал анкети Досвід близьких стосунків. Також в Експериментальній групі ці показники вищі. Відносно велике стандартне відхилення, при таких показниках середнього, свідчить про те, що існують значні відмінності в рівнях тривожності у відносинах прив'язаності та в рівні уникнення близькості серед учасників. Це означає, що деякі учасники можуть мати дуже високі або дуже низькі бали порівняно з середнім значенням. Висока варіативність може вказувати на те, що учасники дослідження мають дуже різні рівні тривожності у відносинах прив'язаності, що може бути

зумовлено різними особистісними, соціальними або психологічними факторами.

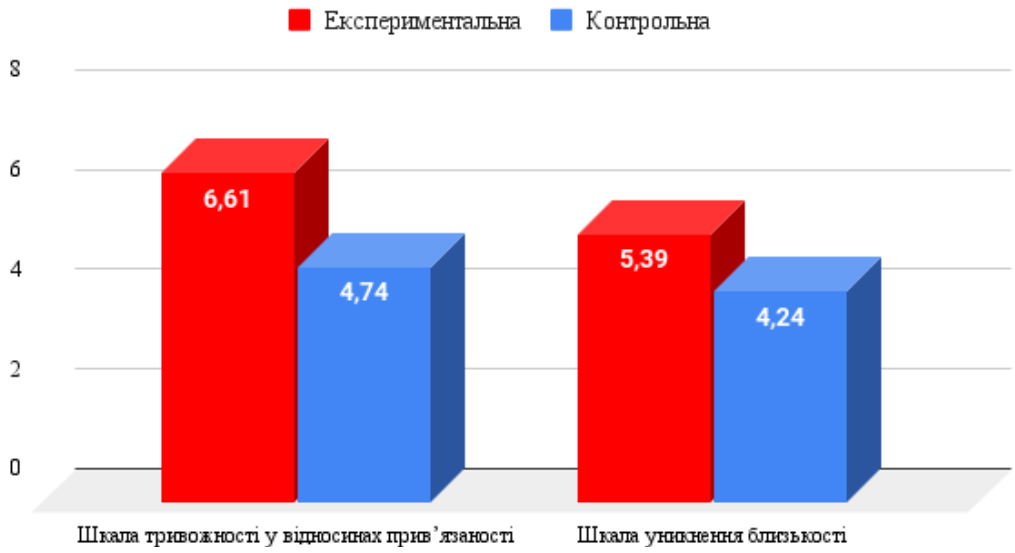

Рис. 3.3 Різниця середніх у Експериментальній і Контрольній групах для субшкал опитувальника Досвід близьких стосунків

При розгляді описових статистик для субшкал Стратегій подолання стресових ситуацій бачимо невеликі значення стандартних відхиленнь (2.87 – 4.56) це свідчить про те, що більшість значень знаходяться близько до середнього значення. Це означає, що рівні використання стратегій подолання стресових ситуацій серед учасників не сильно відрізняються один від одного. Також такі середні квадратичні відхилення свідчать про низьку варіативність у рівнях використання стратегій серед учасників. Більшість значень знаходяться близько до середнього, що може свідчити про схожі умови чи фактори, які впливають на вибір стратегій подолання стресу у даній вибірці.

На (рис. 3.4) бачимо ілюстрацію рівнів середніх для Експериментальної і Контрольної групи. І тут ми не маємо значимих відмінностей між Експериментальною та Контрольною групами.

Таблиця 3.4.

Описові статистики для субшкал методики Шкала подолання стресових ситуацій

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Асертивні дії	19.5	19.9	3.28	3.10
Вступ у соціальний контакт	21.8	21.0	2.95	3.80
Пошук соціальної підтримки	22.4	22.7	4.52	3.98
Обмежені дії	19.5	20.2	3.65	3.64
Імпульсивні дії	16.3	15.9	2.87	3.60
Уникнення	17.4	17.1	3.98	3.81
Маніпулятивні дії	17.9	17.2	3.00	4.29
Асоціальні дії	13.9	13.5	3.45	4.56
Агресивні дії	20.3	19.0	3.44	4.11

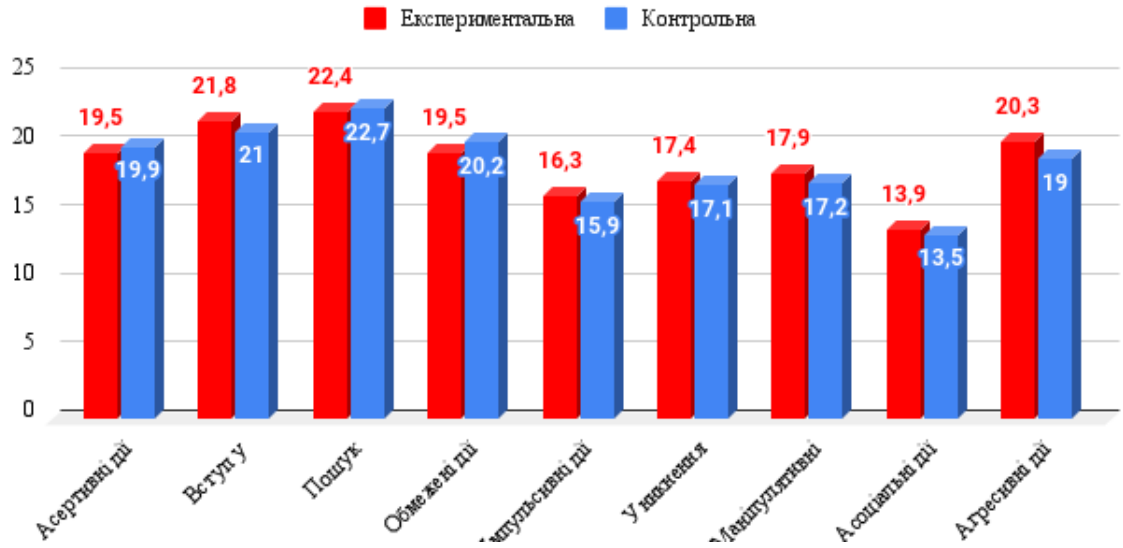

Рис. 3.4 Середні значення у Експериментальній і Контрольній групах для субшкал опитувальника Досвід близьких стосунків

Таблиця 3.5.

Описові статистики для шкали методики Експрес-діагностики стану стресу

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Рівень регуляції в стресових ситуаціях	4.32	3.74	2.01	2.06

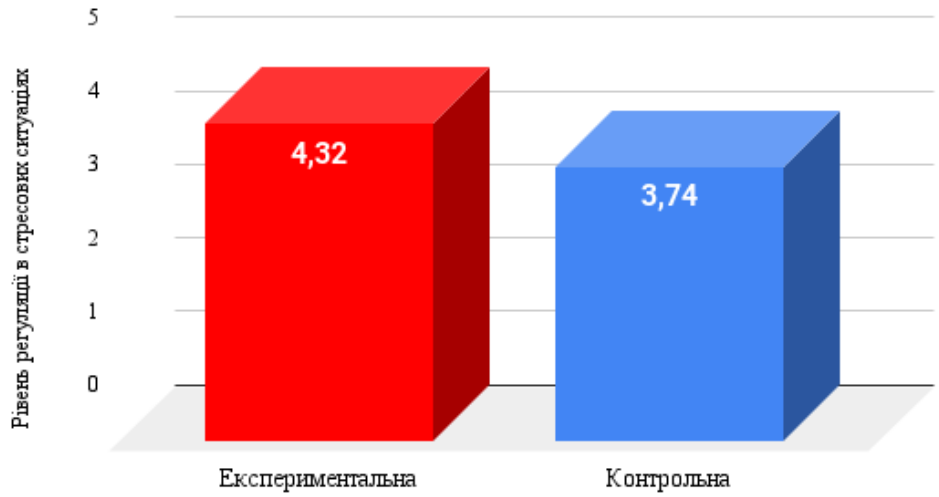

Рис. 3.5 Середні значення у Експериментальній і Контрольній групах для шкали методики Експрес-діагностики стану стресу

Розглянемо наступні дані для шкали тесту на власні кордони. Маємо більший показник середнього у Контрольній групі і це цілком логічно враховуючи те, що чим більший показник набраних балів – тим більш високий рівень особистіних кордонів має людина. Тобто у Контрольній групі більшість респондентів мають вищий за сердній рівень особистісних кордонів, а в Експериментальній групі – менший. Середні квадратичні відхилення в даному випадку є досить великими у порівнянні із середніми значеннями, що вказує на значну варіативність. Тобто, існують значні відмінності в рівнях особистісних кордонів серед учасниць. Це означає, що деякі учасниці можуть

мати високий рівень кордонів, тоді як інші, у цій самій групі, можуть мати низький рівень.

Таблиця 3.6.

Описові статистики для шкали тесту на власні кордони

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експеримент.	Контрольна	Експеримент.	Контрольна
Особистісні кордони	5.18	6.40	3.08	2.50

На (рис. 3.6) бачимо різницю середніх в Екпериментальній і у Контрольній групах шкали тесту на власні кордони.

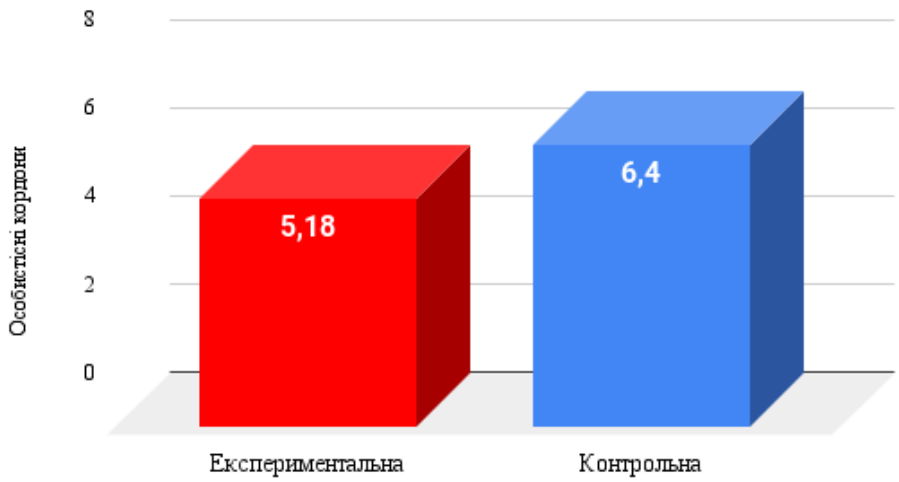

Рис. 3.6 Середні значення у Експериментальній і Контрольній групах для шкали тесту на власні кордони

Для того, щоб перевірити чи належать дані нашого експерименту до нормального розподілу звернемось за допомогою до критерію Шапіро-Вілка. Розглянемо субшкали методик задіяних у дослідженні на предмет перевірки розподілів на нормальність. На (табл. 3.7) бачимо що тільки для субшкали Емоціогенної харчової поведінки маємо показники 0.042, значення менше 0.050, отже можемо сказати, що розподіл по субшкалі Емоціогенної харчової

поведінки не є нормальним. Дві інші субшкали Обмежувальна харчова поведінка і Екстернальна харчова поведінка мають нормальний розподіл.

Якщо взяти субшкали опитувальника Негативного дитячого досвіду, то там ми по всім субшкалам маємо не нормальний розподіл. Шкала уникнення близькості та Тест на власні кордони також мають не нормальний розподіл.

Оскільки частина шкал не виявилась нормально розподіленою, при проведенні кореляційного аналізу ми застосуємо коефіцієнт кореляції Спірмена.

Таблиця 3.7

Перевірка розподілів на нормальність для всіх шкал, задіяних в дослідженні за допомогою критерію Шапіро-Вілка

	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Обмежувальна харчова поведінка	0.977	0.071	норм.
Емоціогенна харчова поведінка	0.974	0.042	не норм.
Екстернальна харчова поведінка	0.985	0.335	норм.
Проживання у дисфункціональній сім’ї	0.886	<.001	не норм.
Деструктивне ставлення оточуючих	0.940	<.001	не норм.
Залучення до раннього статевого життя	0.629	<.001	не норм.
Соціально-емоційна занедбаність	0.836	<.001	не норм.
Рівень регуляції в стресових ситуаціях	0.972	0.030	не норм.
Шкала тривожності у відносинах прив’язаності	0.951	<.001	не норм.
Шкала уникнення близькості	0.951	0.001	не норм.
Особистісні кордони	0.950	<.001	не норм.

Асертивні дії	0.982	0.184	норм.
Вступ у соціальний контакт	0.983	0.241	норм.
Пошук соціальної підтримки	0.973	0.038	не норм.
Обмежені дії	0.975	0.050	норм.
Імпульсивні дії	0.973	0.040	не норм.
Уникнення	0.987	0.411	норм.
Маніпулятивні дії	0.987	0.414	норм.
Асоціальні дії	0.977	0.081	норм.
Агресивні дії	0.985	0.318	норм.

3.2 Кореляційні зв’язки між шкалами обраних методик

Оскільки основна мета нашої роботи – дослідити негативний дитячий досвід як чинник порушення харчової поведінки, в подальшому ми почали з встановлення взаємозв’язків анкети негативного дитячого досвіду (ACE) з Голандським опитувальником харчової поведінки DEBQ на експериментальній та контрольній групах. Оскільки частина шкал не виявилась нормально розподіленою, при проведенні кореляційного аналізу ми застосували коефіцієнт кореляції Спірмена.

В першу чергу ми вирішили встановити відмінності між досліджуваними з вищими (експериментальна група) та нижчими (контрольна група) рівнями НДД за харчовою поведінкою, за допомогою тестів для незалежних вибірок.

При перевірці гіпотези про відмінність експериментальної та контрольної груп за шкалами Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ, було встановлено відмінність за шкалою Емоціогенна харчова поведінка ($t(98) = 2.571$, $p = 0.012$). Встановлено середній ефект.

Таблиця 3.8

Тест для незалежних вибірок при порівнянні експериментальної та контрольної груп за шкалами Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	0.126	98.0	0.900	0.205	0.0260
Емоціогенна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	2.571	98.0	0.012	6.151	0.5297
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Уелча	0.620	61.9	0.538	0.944	0.1320

Як бачимо з коробкових діаграм, у досліджуваних експериментальної групи (мають вищий рівень НДД) вищий рівень емоціогенної харчової поведінки.

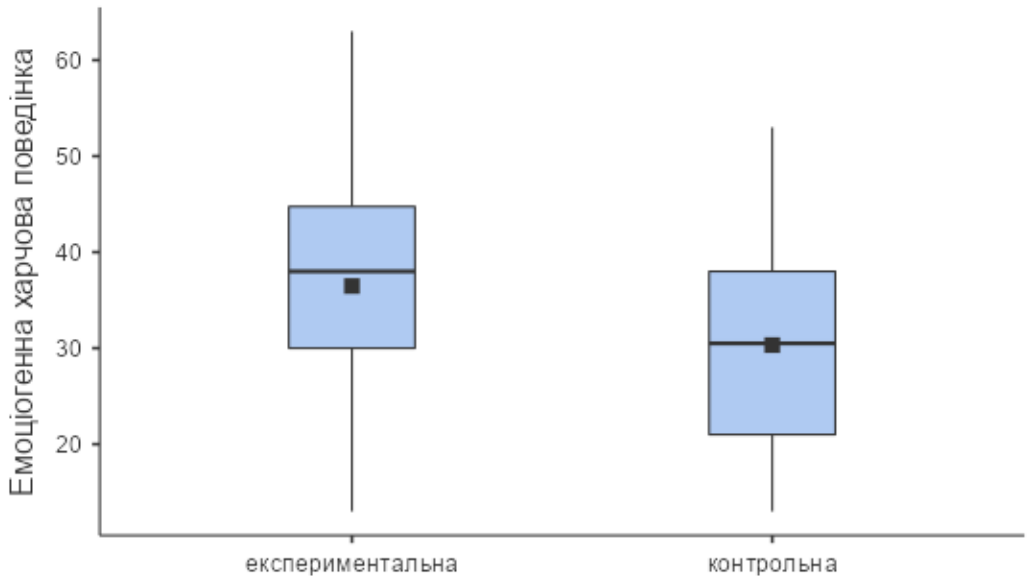

Рис. 3.7 Коробкові діаграми за шкалою Емоціогенної харчової поведінки в Експериментальній та Контрольній групах

В подальшому ми спробували дослідити відмінності в експериментальній та контрольній групах за наявністю шкідливих звичок:

часто палять / часто вживають алкоголь / часто палять та вживають алкоголь / не мають шкідливих звичок, проте відмінності не було встановлено ($\chi^2 = 0.682$, $p = 0.877$). Експериментальна група не відрізняється від Контрольної.

Таблиця 3.9

Відмінності в експериментальній та контрольній групах за наявністю шкідливих звичок (критерій хі-квадрат)

	Значення	Ступені свободи	p
χ^2	0.682	3	0.877
N	100		

Надалі ми вирішили встановити відмінності в експериментальній та контрольній групах за бажаністю для батьків: одне з анкетних питань звучало як «1. Чи були Ви бажаною дитиною?» з варіантами відповідей «так» або «ні». І дійсно, відмінність було встановлено ($\chi^2 = 9.21$, $p = 0.002$). Експериментальна група відрізняється від Контрольної.

Таблиця 3.10

Відмінності в експериментальній та контрольній групах за бажаністю для батьків (критерій хі-квадрат)

	Значення	Ступені свободи	p
χ^2	9.21	1	0.002
N	100		

Як бачимо з таблиці спряженості, в контрольній групі (нижчий НДД) частка досліджуваних, які вважають себе бажаною дитиною - 90,3%, що суттєво вище, ніж в експериментальній групі – 65,8%.

Таблиця 3.11

Таблиця спряженості між експериментальною/контрольною групами та бажаністю для батьків

Чи були Ви бажаною дитиною?		експериментальна	контрольна	Сума
Так	Спостер.	25	56	81
	% за колонкою	65.8 %	90.3 %	81.0 %
Ні	Спостер.	13	6	19

	% за колонкою	34.2 %	9.7 %	19.0 %
Сума	Спостер.	38	62	100
	% за колонкою	100.0 %	100.0 %	100.0 %

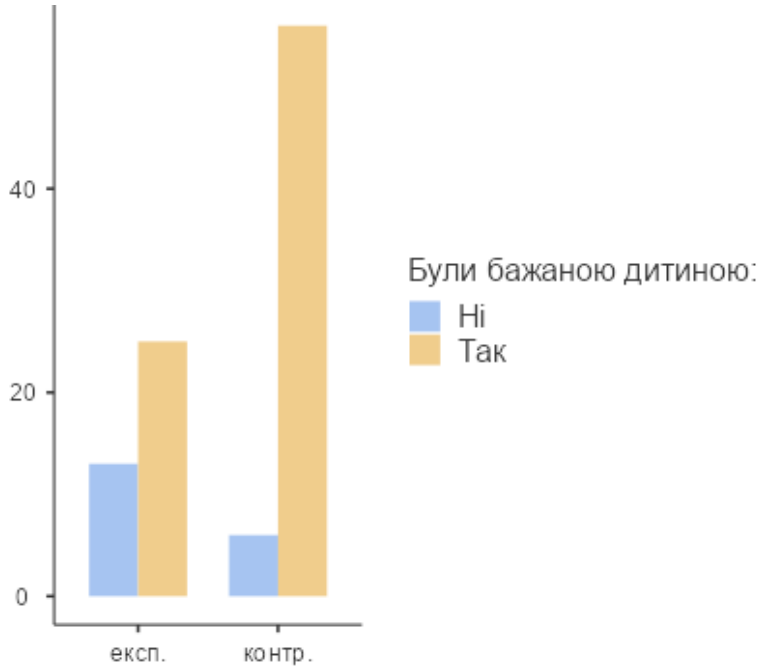

Рис. 3.8 Кількість досліджуваних в експериментальній та контрольній групах за бажаністю для батьків

За допомогою критерію хі-квадрат ми дослідили також відмінності в експериментальній та контрольній групах за відповідями на питання «Чи ви вважаєте ваші відносини з матір'ю близькими?» (так/ ні), проте відмінності не було встановлено ($\chi^2 = 2.5$, $p = 0.152$).

Таблиця 3.12

Таблиця спряженості між експериментальною/контрольною групами та близькістю відносин з матір'ю

	Значення	Ступені свободи	p
χ^2	2.5	1	0.152
N	100		

Далі ми застосували кореляційний аналіз для пошуку кореляцій між шкалами обраних методик. При проведенні кореляційного аналізу ми застосували коефіцієнт кореляції Спірмена.

Для позначення рівнів статистичної значущості розглянемо варіанти p-значень. Це робиться для того, щоб швидко вказати, наскільки значущі результати. Ось типова система позначень, яка використовується для p-значень:

p<0.05: * (одна зірочка) — означає, що результат статистично значущий на рівні 5% (слабка кореляція);

p<0.01p < 0.01p<0.01: ** (дві зірочки) — означає, що результат статистично значущий на рівні 1% (середня кореляція);

p<0.001p < 0.001p<0.001: *** (три зірочки) — означає, що результат статистично значущий на рівні 0.1% (сильна кореляція);

За допомогою кореляційного аналізу, застосованого до шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ та шкал анкети негативного дитячого досвіду (ACE), на експериментальній групі було встановлено: Загальний рівень НДД позитивно корелює зі шкалою Екстернальної харчової поведінки (табл. 3.8). І хоч ця кореляція слабка (p = 0.043) тим не менш вона помітна не зважаючи на досить невелику кількість респонденток в експериментальній групі. Можемо пояснити цей зв’язок тим, що люди в яких був більший рівень негативного дитячого досвіду частіше звикають до деякої директивності ззовні, їм важко відмовляти іншим, а також вони схильні шукати схвалення від інших людей.

Таблиця 3.13

Кореляційні зв’язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами анкети негативного дитячого досвіду (ACE) (експериментальна група)

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Проживання у дисфункціональній сім'ї	коеф. Спірмена	-0.269	0.076	0.234
	p	0.102	0.649	0.158

Деструктивне ставлення оточуючих	коеф. Спірмена	-0.074	0.174	0.013
	p	0.659	0.295	0.940
Залучення до раннього статевого життя	коеф. Спірмена	0.059	0.268	0.303
	p	0.723	0.104	0.064
Соціально-емоційна занедбаність	коеф. Спірмена	-0.034	0.083	0.082
	p	0.841	0.621	0.624
Загальний рівень НДД	коеф. Спірмена	-0.184	0.286	0.330 *
	p	0.269	0.082	0.043

За допомогою кореляційного аналізу, застосованого до шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ та шкал анкети негативного дитячого досвіду (ACE), на контрольній групі було встановлено: Загальний рівень НДД позитивно корелює зі шкалами Емоціогенна та Екстернальна харчова поведінка.

Таблиця 3.14

Кореляційні зв’язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами анкети негативного дитячого досвіду (ACE) (контрольна група)

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Проживання у дисфункціональній сім'ї	коеф. Спірмена	-0.136	0.090	0.200
	p	0.293	0.487	0.119
Деструктивне ставлення оточуючих	коеф. Спірмена	-0.068	0.243	0.204
	p	0.599	0.057	0.112
Залучення до раннього статевого життя	коеф. Спірмена	0.160	0.013	0.073
	p	0.215	0.922	0.575

Соціально-емоційна занедбаність	коеф. Спірмена	0.101	0.008	0.074
	p	0.436	0.950	0.568
Загальний рівень НДД	коеф. Спірмена	-0.110	0.260 *	0.270 *
	p	0.393	0.041	0.034

На всій вибірці при цьому встановлено низку кореляцій:

- як Емоціогенна, так і Екстернальна харчова поведінка позитивно корелюють зі шкалами: Проживання у дисфункціональній сім'ї, Залучення до раннього статевого життя та Загальний рівень НДД;
- окрім цього Емоціогенна харчова поведінка позитивно корелює також зі шкалою Деструктивне ставлення оточуючих.

Можемо припустити, що з усіх критеріїв опитувальника найбільший вплив на виникнення Емоціогенної харчової поведінки спричиняє саме Деструктивне ставлення оточуючих.

Шкала «Проживання у дисфункціональній сім'ї» охоплює питання про зловживання алкоголем або наркотиками кимось із членів сім’ї, відсутність дбайливого відношення та належного догляду, прояви насильства між членами родини, розлучення батьків, прихічні розлади членів сім’ї, загроза життю когось із близьких, самогубство, ув’язнення когось із родини, або ізоляція дитини. Чим більше такого досвіду у житті дитини тим більшою буде Емоціогенна та Екстернальна харчова поведінка. Емоціогенна х.п. – як спосіб справлятись зі своїми емоціями - тобто заїдати їх, а Екстернальна х.п. – як пошук, спроба побачити себе через зовнішній світ, заслужити любов та потреба зрозуміти себе керуючись зовнішніми стимулами.

Таблиця 3.15

Кореляційні зв’язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами анкети негативного дитячого досвіду (ACE)

(вся вибірка)

		Обмежувальна харчова поведінка	Емоціогенна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
Проживання у дисфункціональній сім'ї	коеф. Спірмена	-0.128	0.219 *	0.226 *
	p	0.203	0.028	0.024
Деструктивне ставлення оточуючих	коеф. Спірмена	-0.016	0.322 **	0.142
	p	0.877	0.001	0.160
Залучення до раннього статевого життя	коеф. Спірмена	0.080	0.217 *	0.220 *
	p	0.427	0.030	0.028
Соціально-емоційна занедбаність	коеф. Спірмена	0.047	0.178	0.109
	p	0.642	0.076	0.281
Загальний рівень НДД	коеф. Спірмена	-0.032	0.335 ***	0.206 *
	p	0.750	< .001	0.40

На (рис. 3. 9) бачимо, що чим більший показник НДД – тим вищою є Емоціогенна харчова поведінка. Ця тенденція схожа і для Експериментальної і для Контрольної групи.

Для Екстернальної та для Обмежувальної харчової поведінки на (рис. 3.10-3.11) тенденції повторюються, але в Експериментальній групі більш високий рівень НДД, а отже і більша реакція по харчовій поведінці. Тоді як в Контрольній групі ця реакція слабка.

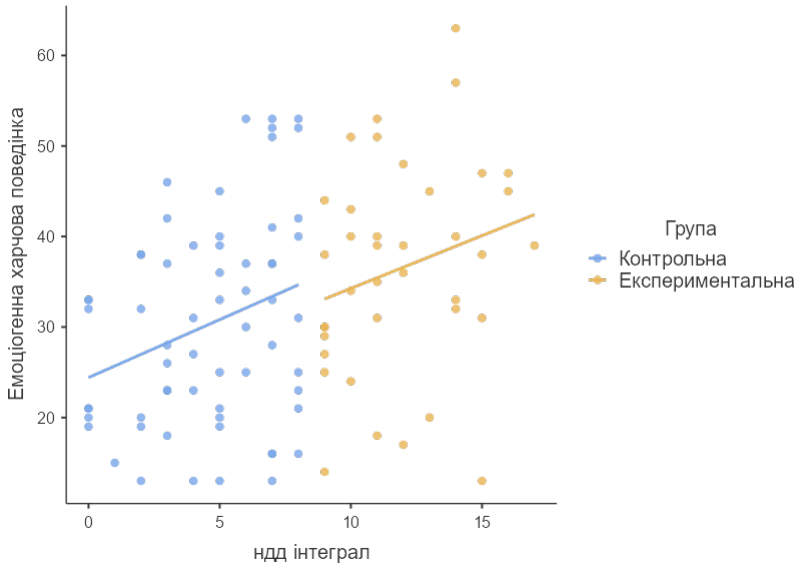

Рис. 3.9 Діаграма розсіювання за шкалами Емоціогенна харчова поведінка та НДД у Експериментальній і Контрольній групах

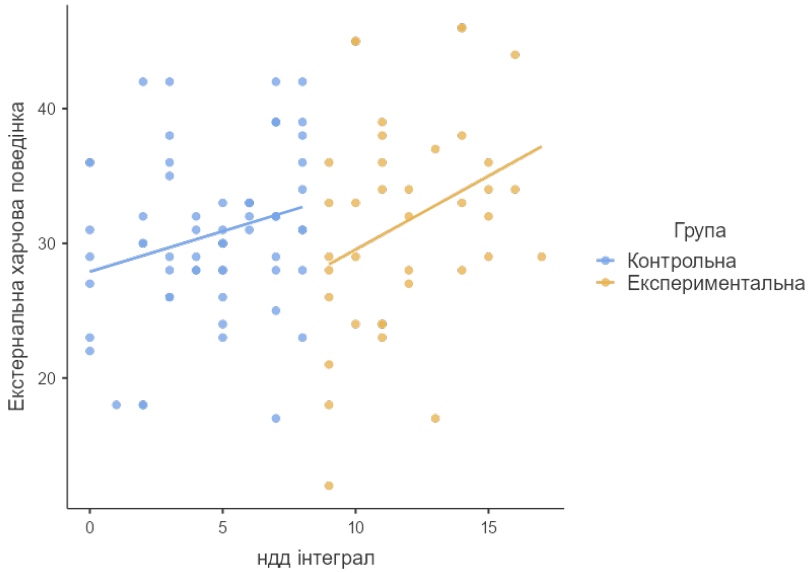

Рис. 3.10 Діаграма розсіювання за шкалами Екстернальна харчова поведінка та НДД у Експериментальній і Контрольній групах

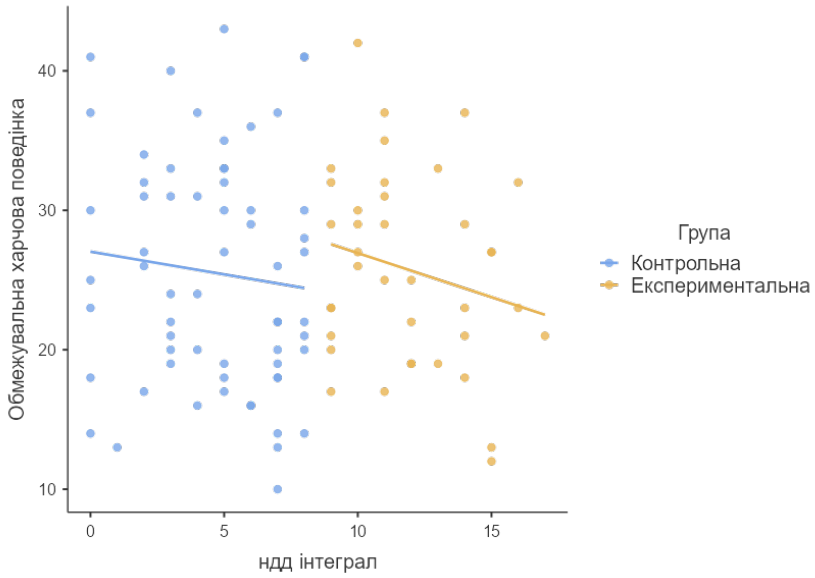

Рис. 3.11 Діаграма розсіювання за шкалами Обмежувальна харчова поведінка та НДД у Експериментальній і Контрольній групах

Оскільки одна з задач нашої роботи - проаналізувати наявність чи відсутність зв’язків між негативним дитячим досвідом молодих жінок та даними анкети «Досвід близьких стосунків», тестом на власні кордони та шкалою Експрес діагностики стану стресу, то в подальшому ми досліджували кореляційні зв’язки шкал анкети негативного дитячого досвіду (ACE) зі шкалами деяких з обраних для дослідження методик, на всій вибірці.

За допомогою кореляційного аналізу було встановлено:

- Шкала тривожності у відносинах прив'язаності позитивно корелює зі шкалами: Проживання у дисфункціональній сім'ї, Деструктивне ставлення оточуючих, Соціально-емоційна занедбаність та Загальний рівень НДД;
- Шкала уникнення близькості позитивно корелює зі шкалами Деструктивне ставлення оточуючих та Загальний рівень НДД;
- Шкала Особистісні кордони негативно корелює зі шкалами: Проживання у дисфункціональній сім'ї, Деструктивне ставлення оточуючих та Загальний рівень НДД;

- Рівень регуляції в стресових ситуаціях позитивно корелює зі шкалами: Проживання у дисфункціональній сім'ї, Деструктивне ставлення оточуючих та Загальний рівень НДД.

Отже, Проживання у дисфункціональній сім'ї, сприяє виникненню Тривожності у відносинах прив'язаності. Ця кореляція слабка, вона може означати, що в дисфункціональній сім'ї дитина не може сформувати надійну прив’язаність, тому в подальшому у питаннях відносин можуть виникати проблеми. Також проживання у Дисфункціональній сім'ї формує негативну кореляцію з Особистісними кордонами - чим більше вплив дисфункціональної сім'ї, тим слабкіші, або навіть відсутні особистісні кордони. Проживання у дисфункціональній сім'ї корелює з Рівнем регуляції в стресових ситуаціях (де чим більший бал, тим гірший рівень регуляції в стресових ситуаціях). Виходячи з цього - Проживання у дисфункціональній сім'ї сприяє погіршенню Рівня регуляції в стресових ситуаціях.

Субшкала Деструктивне ставлення оточуючих має сильну кореляцію з шкалою Тривожності у відносинах прив'язаності та з шкалою Уникнення близькості, має середню кореляцію з Рівнем регуляції в стресових ситуаціях та негативну кореляцію з Особистісними кордонами.

До субшкали Деструктивне ставлення оточуючих входять питання які стосуються фізичного та психологічного насильства над дитиною: образи, приниження, погрози, фізичні покарання, побиття, покарання мовчанням, відсутність любові, захищеності, цькування в школі. Знаходження в таких умовах в дитинстві сприяє тривожності у відносинах прив’язаності та уникненню близькості. Також у таких людей слабкий рівень регуляції в стресових ситуаціях, бо, якщо вони з дитинства знаходяться в важких умовах, їх тіло перебуває постійно у стресі, такі люди в подальшому бачать ситуації більш загрозливими для своєї безпеки ніж вони є насправді. Їм важче справлятись зі стресом, часто вони не відчувають близькості з іншими людьми та часто розчаровані в самих собі.

Таблиця 3.16

Кореляційні зв’язки шкал анкети негативного дитячого досвіду (ACE) зі шкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків», тестом на власні кордони та шкалою Експрес діагностики стану стресу (вся вибірка)

		Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	Шкала уникнення близькості	Особистісні кордони	Рівень регуляції в стресових ситуаціях
Проживання у дисфункціональній сім'ї	коеф. Спірмена	0.216 *	0.181	-0.322 **	0.278 **
	p	0.031	0.071	0.001	0.005
Деструктивне ставлення оточуючих	коеф. Спірмена	0.409 ***	0.333 ***	-0.234 *	0.264 **
	p	< .001	< .001	0.019	0.008
Залучення до раннього статевого життя	коеф. Спірмена	0.128	0.059	-0.076	0.028
	p	0.203	0.561	0.455	0.784
Соціально-емоційна занедбаність	коеф. Спірмена	0.209 *	0.098	-0.104	0.077
	p	0.037	0.334	0.303	0.448
Загальний рівень НДД	коеф. Спірмена	0.407 ***	0.328 ***	-0.286 **	0.292 **
	p	< .001	< .001	0.004	0.003

На коробкових діаграмах можна побачити, що Експериментальна група має нижчий рівень Особистісних кордонів, має більш високу Тривожність в відносинах прив’язаності та більш високий рівень уникнення у відносинах прив’язаності.

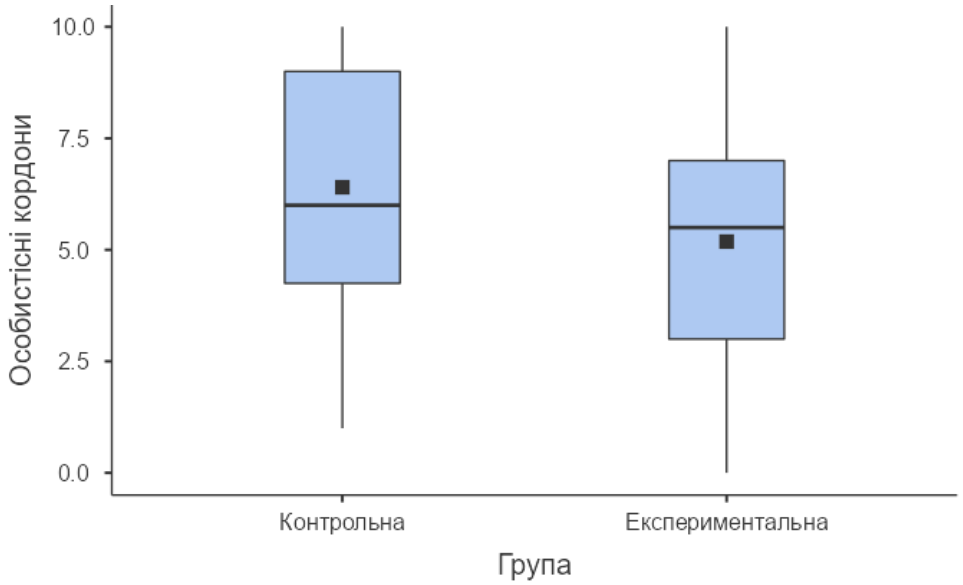

Рис. 3.12 Коробкові діаграми за шкалою Особистісні кордони у Експериментальній і Контрольній групах

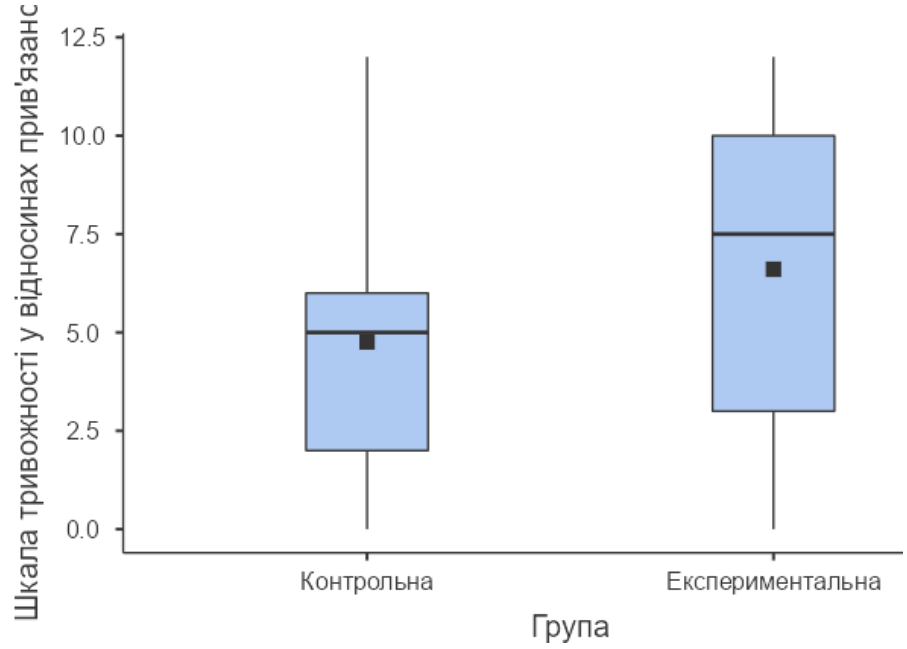

Рис. 3.13 Коробкові діаграми за Шкалою тривожності у відносинах прив'язаності у Експериментальній і Контрольній групах

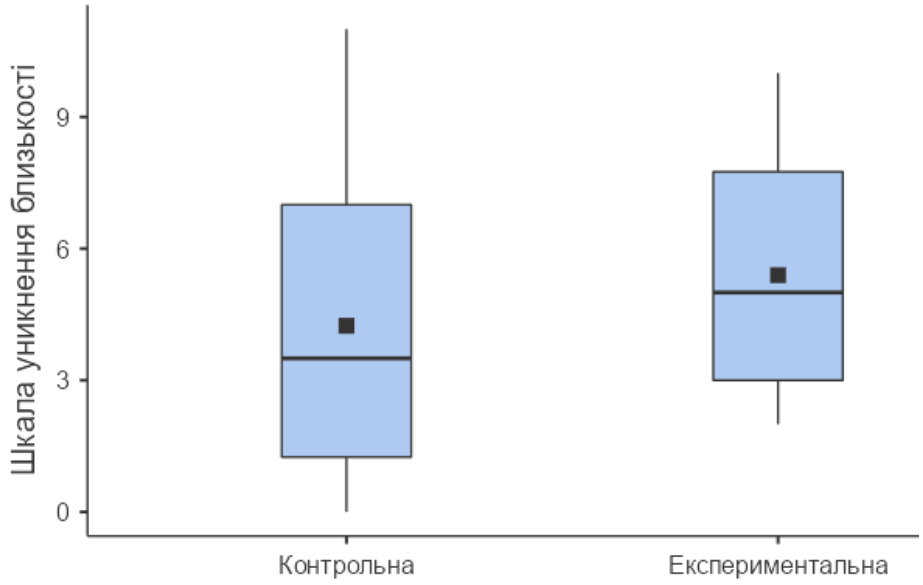

Рис. 3.14 Коробкові діаграми за Шкалою уникнення близькості у Експериментальній і Контрольній групах

Для того, щоб розібратись, які саме дії використовують наші респондентки для подолання стресових ситуацій розглянемо на (табл. 3.17) представлені кореляційні зв'язки шкали Експрес діагностики стану стресу з субшкалами Шкали подолання стресових ситуацій. В таблиці представлені лише значимі кореляції.

- Рівень регуляції в стресових ситуаціях негативно корелює з субшкалою Асертивні дії, позитивно корелює з субшкалами Уникнення та Агресивні дії.

Ми бачимо, що Рівень регуляції в стресових ситуаціях (чим вищий показник – тим нижчий рівень регуляції в стресових ситуаціях) чим нижчий - тим менше респондентки вдаються до Асертивних дій. Асертивні дії – це форми поведінки, які допомагають людині ефективно виражати свої думки, почуття та потреби, при цьому поважаючи права та почуття інших. Асертивність дозволяє встановлювати здорові межі, комунікувати відкрито та чесно, уникати пасивної чи агресивної поведінки. А отже при низькому рівні регуляції в стресових ситуаціях людям з нашої вибірки більш притаманні дії

по не вираженню своїх почуттів, потреб, вони часто вдаються до Уникнення та Агресивної поведінки.

- Не було виявлено значимих кореляцій між шкалою Рівень регуляції в стресових ситуаціях та субшкалами Шкали подолання стресових ситуацій: Вступ у соціальний контакт, Пошук соціальної підтримки, Обмежені дії, Імпульсивні дії, Маніпулятивні дії, Асоціальні дії.

Таблиця 3.17

Кореляційні зв'язки шкали Експрес діагностики стану стресу з субшкалами Шкали подолання стресових ситуацій (вся вибірка)

		Асертивні дії	Уникнення	Агресивні дії
Рівень регуляції в стресових ситуаціях	коеф. Спірмена	-0.234 *	0.281**	0.255 *
	p	0.019	0.005	0.011

На представлених нижче коробкових графіках видно різницю між Експериментальною та Контрольною групами у стратегіях подолання стресових ситуацій. На (рис. 3.15) бачимо, що Асертивні більш виражені навпаки в Контрольній групі, тоді як в Експериментальній цей показник нижчий. Учасниці Експериментальної групи у стресових ситуаціях менше схильні до висловлювання своїх почуттів, думок та потреб, їм складніше комунікувати відкрито та чесно поважаючи права та почуття інших.

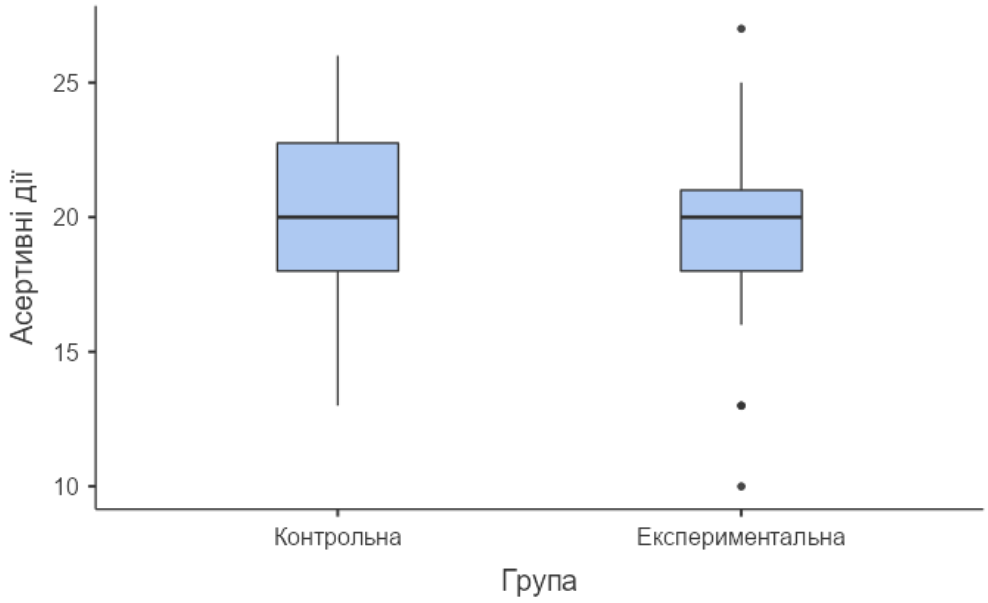

Рис. 3.15 Коробкові діаграми за субшкалою Асертивні дії у Експериментальній і Контрольній групах

Учасниці Експериментальної групи більш схильні до Уникнення та Агресивних дій ніж респондентки з Контрольної групи (рис. 3.16 - 3.17).

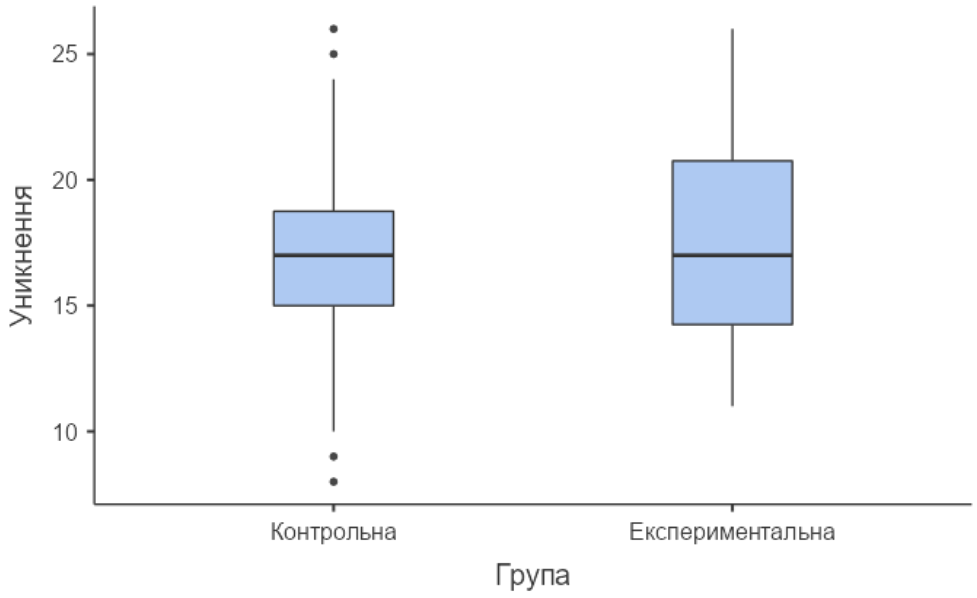

Рис. 3.16 Коробкові діаграми за субшкалою Уникнення у Експериментальній і Контрольній групах

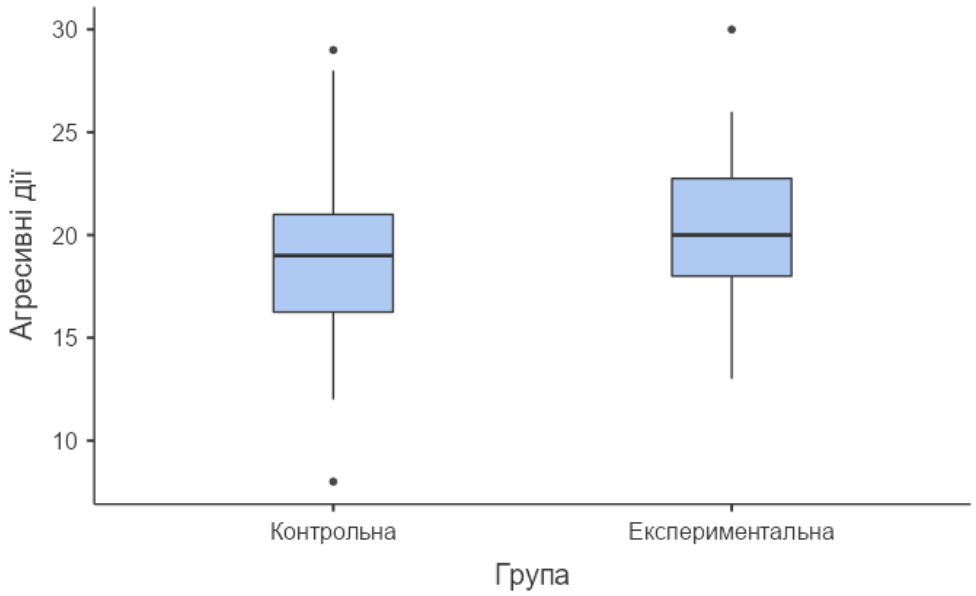

Рис. 3.17 Коробкові діаграми за субшкалою Агресивні дії у Експериментальній і Контрольній групах

На наступній діаграмі (рис. 3.18) бачимо рівень регуляції у стресових ситуаціях. Чим більший показник – тим менший рівень регуляції в стресових ситуаціях. Отже маємо відмінність – в Експериментальній групі бачимо нижчій рівень регуляції у стресових ситуаціях ніж в Контрольній.

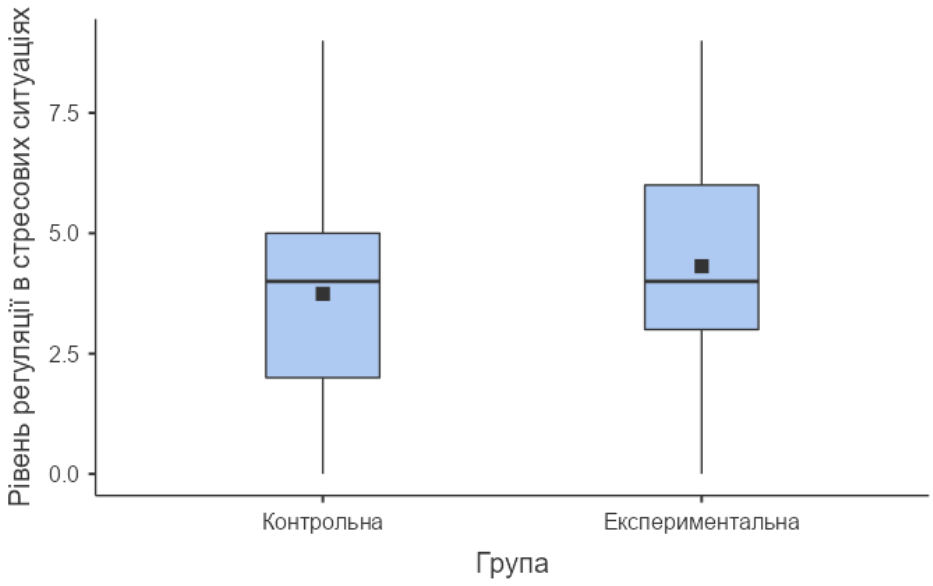

Рис. 3.18 Коробкові діаграми за шкалою Рівень регуляції у стресових ситуаціях у Експериментальній і Контрольній групах

Досліджуючи кореляційні зв’язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами обраних для дослідження методик (рис. 3.12), було встановлено:

- Шкала тривожності у відносинах прив'язаності позитивно корелює з Емоціогенною та Екстернальною харчовою поведінкою;
- Особистісні кордони негативно корелює з Емоціогенною та Екстернальною харчовою поведінкою;
- Рівень регуляції в стресових ситуаціях позитивно корелює з Емоціогенною та Екстернальною харчовою поведінкою;
- Не було встановлено кореляційних зв’язків з обмежувальною харчовою поведінкою.

Виходячи з цих даних можемо надати наступні інтерпретації: Чим сильніший рівень тривожності у відносинах прив’язаності - тим більшою буде Емоціогенна та Екстернальна харчові поведінки. А з попередніх інтерпретацій ми знаємо, що рівень тривожності у відносинах прив’язаності є наслідком Негативного дитячого досвіду і сильніше всього на нього впливає Деструктивного ставлення оточуючих. Але ми також можемо припускати і зворотне, що підвищення рівня Емоціогенної та Екстернальної харчових поведінок може впливати на те, що підвищується і тривожність у відносинах прив’язаності.

Шкала особистісних кордонів чим більш високий показник власних кордонів – тим меншою є Екстернальна та Емоціогенна харчова поведінка. Отже стійкі особистісні кордони сприяють тому, що особистість більше спирається на свої власні стимули та потреби, не робить того, чого не хоче, та має можливість відкрито озвучувати свої бажання та потреби. В такому випадку людина має більший рівень задоволення своїх потреб та не потребує компенсації або заїдання своїх негативних емоцій. З (табл. 3.18) ми пам’ятаємо, що Особистісні кордони дуже сильно пов’язані з шкалами Проживання у дисфункціональній сім’ї та Деструктивним ставлення

оточуючих. Отже для того, щоб покращити рівень Особистісних кордонів в подальшому розділі 3.3 ми можемо надати рекомендації по подоланню наслідків проживання в Дисфункціональній сім'ї та пропрацювання стратегій поведінки, які були сформовані у дитинстві.

Рівень регуляції в стресових ситуаціях (чим вищий показник – тим нижчий рівень регуляції в стресових ситуаціях) чим менший рівень регуляції в стресових ситуаціях - тим більшими будуть показники Емоціогенної та Екстернальної харчових поведінок. З попередніх інтерпретацій ми пам'ятаємо, що рівень регуляції в стресових ситуаціях корелює з Уникненням та Агресивними діями, а також негативно корелює з Асертивними діями. Можемо припустити, що саме Агресивні дії, Уникнення та відсутність Асертивних дій і сприяє підвищенню Емоціогенної та Екстернальної харчових поведінок.

Таблиця 3.18

Кореляційні зв'язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків», тестом на власні кордони та шкалою Експрес діагностики стану стресу (вся вибірка)

		Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	Шкала уникнення близькості	Особистісні кордони	Рівень регуляції в стресових ситуаціях
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.019	-0.099	-0.020	-0.041
	p	0.854	0.325	0.844	0.685
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.250 *	0.191	-0.358 ***	0.270 **
	p	0.012	0.056	< .001	0.007
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.283 **	0.166	-0.299 **	0.382 ***
	p	0.004	0.098	0.003	< .001

Розглянемо також інші кореляції, що не увійшли в попередні таблиці. Наприклад кореляції шкали Вага та Індекс маси тіла (авторська анкета) з субшкалами Голандського опитувальника харчової поведінки.

- Шкала Емоціогенна харчова поведінка позитивно корелює з шкалою ІМТ та Вага.

- Шкала Обмежувальна харчова поведінка позитивно корелює з шкалою ІМТ.

Таблиця 3.19

Кореляційні зв'язки шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ зі шкалами авторської анкети Вага та Індекс маси тіла (вся вибірка)

		ІМТ	Вага
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.228*	0.163
	p	0.022	0.106
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.336 ***	0.299**
	p	< .001	0.003
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.128	0.135
	p	0.206	0.182

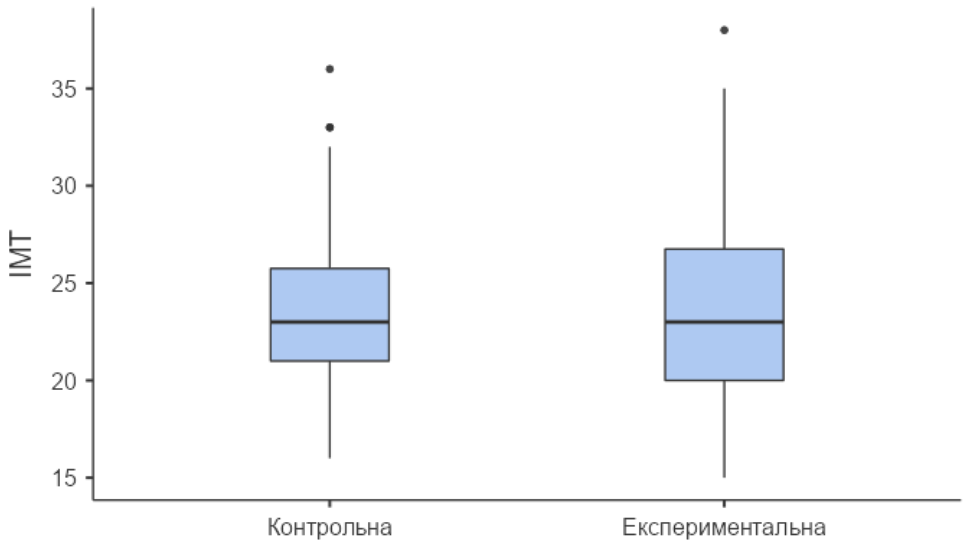

Рис. 3.19 Коробкові діаграми за шкалою ІМТ у Експериментальній і Контрольній групах

На (рис. 3.19) бачимо, що в Експериментальній групі рівень ІМТ вищий ніж в Експериментальній.

На наступній таблиці представлені дані кореляції шкали Експрес діагностики стану стресу з субшкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків» та тестом на власні кордони:

- Шкала рівень регуляції в стресових ситуаціях позитивно корелює з субшкалою тривожності у відносинах прив'язаності та негативно корелює з шкалою Особистісні кордони.

Отже, чим менший рівень регуляції в стресових ситуаціях, тим більше тривожності у відносинах прив'язаності, або навпаки. Бо насправді ми не можемо сказати яка з шкал пливає на іншу. Можливо тривожність в відносинах сприяє зниженню рівня регуляції в стресових ситуаціях.

Так як Шкала рівень регуляції в стресових ситуаціях, чим більші бали показує – тим гірший рівень регуляції, отже цілком логічно, що чим гірший рівень регуляції тим нижчі особистісні кордони. Тобто, чим сильніші кордони – тим вищий рівень регуляції в стресових ситуаціях.

Таблиця 3.20

Кореляційні зв'язки шкали Експрес діагностики стану стресу зі шкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків» та тестом на власні кордони (вся вибірка)

		Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	Шкала уникнення близькості	Особистісні кордони
Рівень регуляції в стресових ситуаціях	коеф. Спірмена	0.463***	0.144	- 0.454***
	p	< .001	0.153	< .001

На (табл. 3.21) можемо спостерігати кореляційні зв'язки субшкал методики Стратегії подолання стресових ситуацій з шкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків», Експрес діагностика стану стресу, тестом на власні кордони та Обмежувальною харчовою поведінкою:

- Асертивні дії позитивно корелюють з шкалами Особистісні кордони та Обмежувальна харчова поведінка та негативно корелюють з шкалою Рівень регуляції в стресових ситуаціях.
- Уникнення позитивно корелює з шкалами Рівень регуляції в стресових ситуаціях та Шкала уникнення близькості і негативно корелює шкалою Особистісні кордони.
- Агресивні дії позитивно корелюють з шкалою Рівень регуляції в стресових ситуаціях та негативно корелюють з шкалою Особистісні кордони.

Таблиця 3.21

Кореляційні зв'язки Шкали стратегії подолання стресових ситуацій зі шкалами опитувальника «Досвід близьких стосунків», Експрес діагностика стану стресу, тестом на власні кордони та Обмежувальною харчовою поведінкою (вся вибірка)

		Рівень регуляції в стресових ситуаціях	Особистісні кордони	Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	Шкала уникнення близькості	Обмежувальна харчова поведінка
Асертивні дії	коеф. Спірмена	-0.234*	0.325***	-0.192	-0.132	0.278**
	p	0.019	< .001	0.052	0.190	0.005
Вступ у соціальний контакт	коеф. Спірмена	-0.021	0.065	0.100	-0.057	-0.037
	p	0.834	0.523	0.323	0.576	0.718
Пошук соціальної підтримки	коеф. Спірмена	-0.078	0.065	0.128	-0.017	-0.156
	p	0.439	0.523	0.203	0.869	0.122
Обмежені дії	коеф. Спірмена	0.131	-0.087	0.093	0.033	-0.149
	p	0.195	0.391	0.357	0.744	0.139
Імпульсивні дії	коеф. Спірмена	0.112	-0.106	0.029	0.139	-0.096
	p	0.266	0.293	0.777	0.169	0.343

Уникнення	коеф. Спірмена	0.281**	-0.389***	0.152	0.256*	0.069
	p	0.005	< .001	0.130	0.010	0.495
Маніпулятивні (непрямі) дії	коеф. Спірмена	0.155	-0.108	0.127	0.097	0.088
	p	0.124	0.283	0.209	0.337	0.386
Асоціальні дії	коеф. Спірмена	0.123	-0.038	0.021	0.073	0.127
	p	0.203	0.711	0.833	0.468	0.208
Агресивні дії	коеф. Спірмена	0.255*	-0.201*	0.172	0.086	-0.003
	p	0.011	0.045	0.087	0.394	0.977

А тепер розглянемо відмінності між Експериментальною та Контрольною групами, які стосуються стратегій реагування на стресові події. Ми відібрали ті шкали з якими були кореляції в Експериментальній або у Контрольній групах. На (рис. 3.20) зображені відмінності у стратегіях подолання стресових ситуацій для респонденток у яких переважає Обмежувальна харчова поведінка. Отже для Експериментальної групи бачимо позитивну сильну кореляцію між Обмежувальною харчовою поведінкою та Маніпулятивними (непрямими) діями, тоді як у Контрольній групі така кореляція відсутня. Чим більший рівень Маніпулятивних дій – тим більшою є Обмежувальна харчова поведінка, тоді як для Контрольної групи навпаки чим більший рівень непрямих дій - тим меншою є Обмежувальна харчова поведінка.

Шкала Асоціальні дії стосується певної стратегій подолання стресових ситуацій і описує поведінку, спрямовану на контроль над соціальним оточенням, маніпуляції емоційним станом і ставленням, пристосування до нього, поведінку за принципом «Мета виправдовує спосіб». Для респонденток з Експериментальної групи ця шкала має слабку позитивну кореляцію з Обмежувальною харчовою поведінкою. В Контрольній групі такі кореляції відсутні.

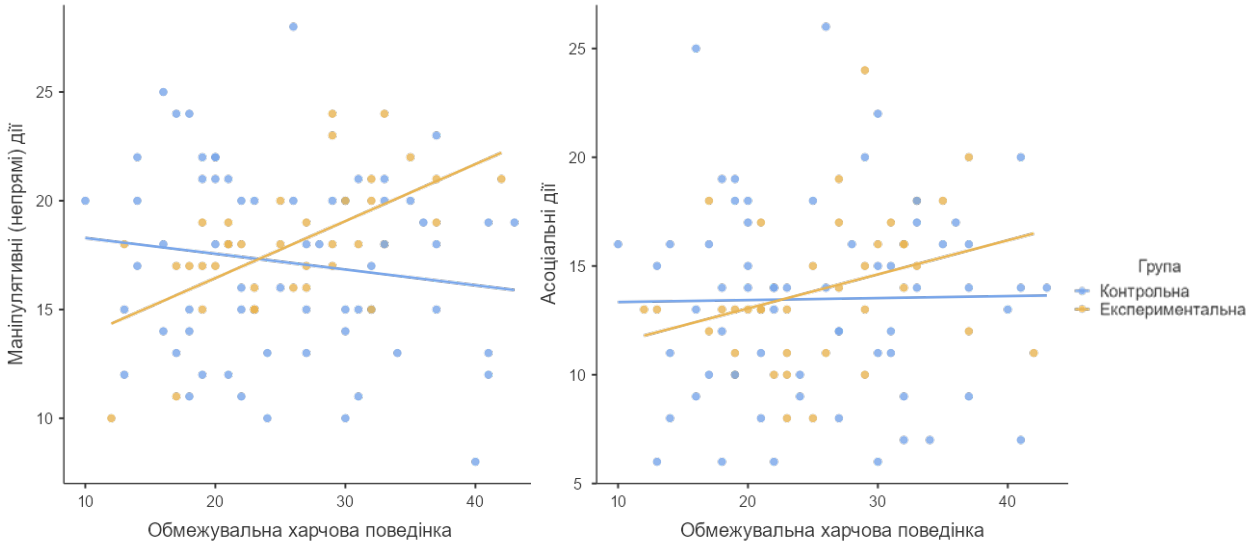

Рис. 3.20 Діаграми розсіювання за шкалами Маніпулятивні дії, Асоціальні дії з Обмежувальною харчовою поведінкою у Експериментальній і Контрольній групах

Таблиця 3.21

Кореляційні зв'язки субшкал Маніпулятивні дії, Асоціальні дії з Обмежувальною харчовою поведінкою (вся вибірка)

		Обмежувальна харчова поведінка	
		Контрольна	Експериментальна
Маніпулятивні дії	коеф. Спірмена	-0,133	0.576***
	p	0.302	<.001
Асоціальні дії	коеф. Спірмена	0.023	0.361*
	p	0.862	0.026

Розглянемо наступні шкали. Маємо сильну позитивну кореляцію між Агресивними діями і Екстернальною харчовою поведінкою у Контрольній групі (рис. 3.21). Агресивні дії відповідають асоціальній стратегії подолання стресових ситуацій. Тобто у цієї групи досліджуваних існує схильність до агресивних дій, спрямованих на інших, тенденції до негативних почуттів, зокрема гніву, роздратування, розчарування, у разі конфліктів та невдач. Тоді як в Експериментальній групі подібна кореляція відсутня. Отже учасниці Контрольної групи проявляючи агресію схильні вдаватися до Екстернальної харчової поведінки, тоді як учасниці Експериментальної групи прояв

агресивних дій лише незначною мірою пов’язаний з Екстернальною харчовою поведінкою.

Для шкали Уникнення також маємо середню позитивну кореляцію з Екстернальною харчовою поведінкою у Контрольній групі. Шкала Уникнення описує нерішучу та пасивну поведінку в ситуаціях стресу, отже чим більш пасивна стратегія подолання стресових ситуацій – тим вищою є Екстернальна харчова поведінка у Контрольній групі. В Експериментальній групі подібний зв’язок відсутній.

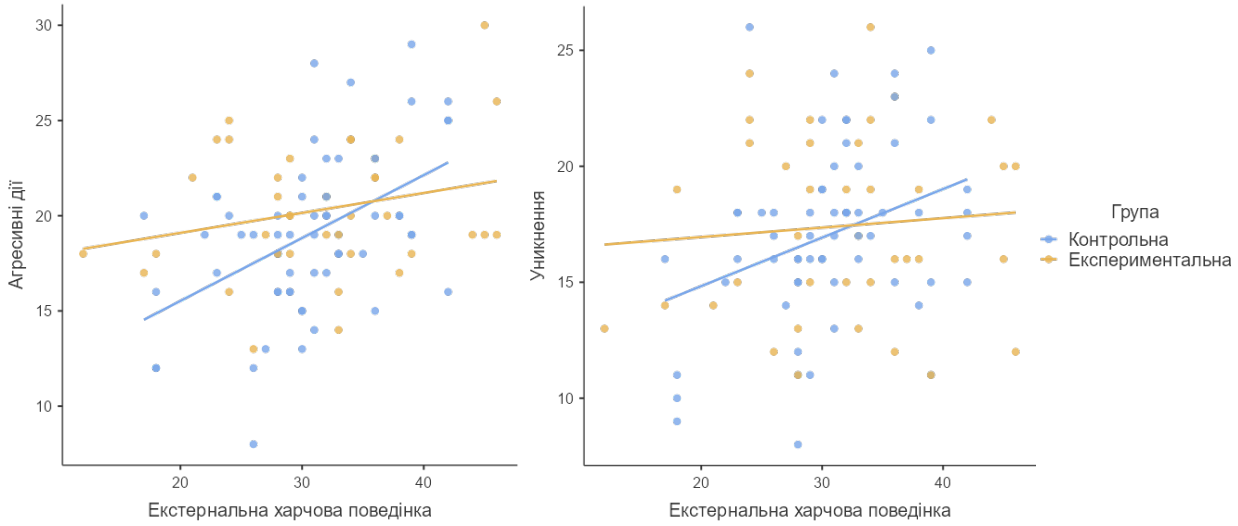

Рис. 3.21 Діаграми розсіювання за шкалами Агресивні дії, Уникнення з Екстернальною харчовою поведінкою у Експериментальній і Контрольній групах

Таблиця 3.22

Кореляційні зв’язки субшкал Агресивні дії, Уникнення з Екстернальною харчовою поведінкою (вся вибірка)

		Екстернальна харчова поведінка	
		Контрольна	Експериментальна
Агресивні дії	коеф. Спірмена	0.457***	0.189
	p	<.001	0.256
Уникнення	коеф. Спірмена	0.342**	0.068
	p	0.007	0.687

Для шкали Асертивні дії маємо середню негативну кореляцію з шкалою Емоціогенна харчова поведінка у Контрольній групі (рис. 3.22). Отже

респондентки з цієї групи активно захищають власні інтереси, відкрито говорять про наміри, поважаючи інтереси оточуючих, що відповідає активній стратегії подолання стресових ситуацій. І саме такі їх дії негативно корелюють з Емоціогенною харчовою поведінкою, тобто. Чим вище Асертивні дії – тим нижчою є Емоціогенна харчова поведінка. В Експериментальній групі подібна кореляція відсутня. Тобто Асертивні дії не зменшують Емоціогенну харчову поведінку.

Шала Імпульсивні дії вказує на пряму стратегію подолання стресових ситуацій - схильність діяти за першим поштовхом, а також під впливом обставин та емоцій, що виникають у відповідь на них, без обдумування та прийняття свідомого рішення. Вона не має значимих кореляцій з Емоціогенною харчовою поведінкою ні для Експериментальної, ні для Контрольної групи, але ми можемо побачити на діаграмі розсіювання (рис. 3.22), різницю. Якщо для Експериментальної групи підвищення імпульсивних дій викликає тенденцію до зниження Емоціогенної харчової поведінки то для Контрольної групи такого зв'язку немає. Можемо припустити, що для учасниць Експериментальної групи зважения або роздуми щодо прийняття рішення дуже виснажливі і тому імпульсивні дії полегшують їх стан.

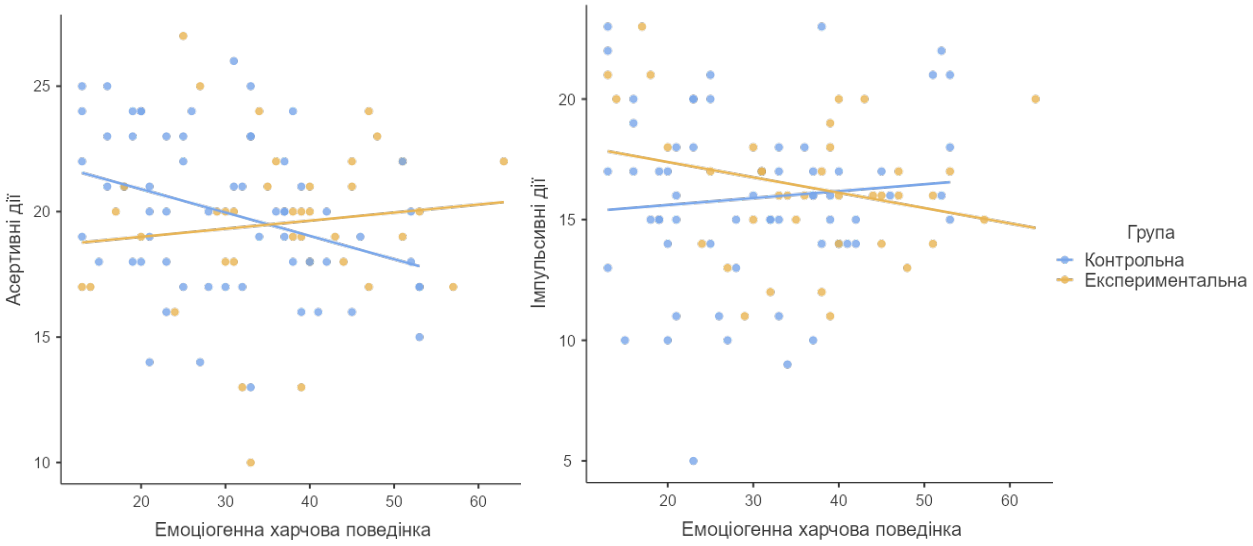

Рис. 3.22 Діаграми розсіювання за шкалами Асертивні дії, Імпульсивні дії з Емоціогенною харчовою поведінкою у Експериментальній і Контрольній групах

Таблиця 3.23

Кореляційні зв'язки субшкал Асертивні дії, Імпульсивні дії з Емоціогенною харчовою поведінкою (вся вибірка)

		Емоціогенна харчова поведінка	
		Контрольна	Експериментальна
Асертивні дії	коеф. Спірмена	-0,375**	0.164
	p	0.003	0.324
Імпульсивні дії	коеф. Спірмена	0.017	-0.212
	p	0.893	0.202

Надалі ми вирішили дослідити за якими факторами будуть групуватись шкали всіх обраних нами методик, для чого застосували експлораторний факторний аналіз.

Аналіз інформативності виділених факторів (табл. 3.24):

- Фактор 1 має найбільшу вагу та інформативність (відсоток поясненої дисперсії = 13.37);

- Фактор 2 має другі за рангом вагу та інформативність (10.36);

- Фактор 3 має треті за рангом вагу та інформативність (7.64);

- Фактор 4 має четверті за рангом вагу та інформативність (7.45);

- Фактор 5 має п'яті за рангом вагу та інформативність (6.06);

- Фактор 6 має шості за рангом вагу та інформативність (4.23).

Таблиця 3.24

Повна пояснена дисперсія при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (вся вибірка)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	2.673	13.37	13.4
2	2.072	10.36	23.7
3	1.528	7.64	31.4
4	1.490	7.45	38.8

5	1.211	6.06	44.9
6	0.847	4.23	49.1

До першого фактору увійшли шкали Рівень регуляції в стресових ситуаціях, Емоціогенна харчова поведінка, Екстернальна харчова поведінка, Асертивні дії, Шкала тривожності у відносинах прив'язаності, Особистісні кордони, Проживання у дисфункціональній сім'ї та Деструктивне ставлення оточуючих. Перший фактор можна пояснити так:

- Рівень регуляції в стресових ситуаціях, Емоціогенна харчова поведінка та Екстернальна харчова поведінка можуть бути об'єднані через здатність або нездатність людини справлятися зі стресом та емоціями. Високий рівень стресу та недостатня емоційна регуляція можуть призводити до використання харчової поведінки як механізму подолання стресу.
- Шкала тривожності у відносинах прив'язаності, Асертивні дії, Особистісні кордони та Деструктивне ставлення оточуючих можуть бути пов'язані з тим, як людина будує і підтримує стосунки. Тривожність у відносинах прив'язаності може впливати на асертивність та здатність встановлювати особистісні кордони, що, в свою чергу, може відображатися в деструктивних взаємодіях з оточуючими.
- Проживання у дисфункціональній сім'ї та Деструктивне ставлення оточуючих можуть бути важливими чинниками, які впливають на емоційну регуляцію та міжособистісні стосунки. Дисфункціональна сім'я може стати джерелом стресу, тривожності, та впливати на розвиток емоціогенної та екстернальної харчової поведінки.

Ці шкали можуть об'єднуватися через загальний фактор, пов'язаний з емоційною регуляцією та міжособистісною взаємодією. Вони відображають : чи розуміє людина свої почуття та потреби, як людина справляється з

емоційним стресом, як вона взаємодіє з іншими людьми, і як минулий досвід, особливо у сім'ї, впливає на її поведінку та стосунки.

До другого фактору увійшли шкали: Проживання у дисфункціональній сім'ї, Деструктивне ставлення оточуючих, Залучення до раннього статевого життя та Соціально-емоційна занедбаність.

Його можна інтерпретувати так:

- Об'єднання цих шкал у один фактор може свідчити про наявність загальної теми негативного впливу сімейного та соціального середовища на розвиток особистості. Всі ці шкали відображають вплив дисфункціонального сімейного середовища, емоційної та соціальної занедбаності, а також деструктивних впливів оточуючими на психологічний стан ти подальшу поведінку індивіда.
- Ці шкали можуть бути об'єднані спільним фактором, який можна назвати «Негативний соціально-сімейний вплив». Цей фактор може вказувати на те, що дитина, яка пережила такий досвід не має достатніх позитивних стратегій для взаємодії з оточуючими та може розвивати ризиковані поведінкові патерни.

До третього фактору увійшли шкали: Уникнення, Маніпулятивні (непрямі) дії та Асоціальні дії.

- Об'єднання цих шкал у один фактор може вказувати на спільний конструкт, пов'язаний з негативними поведінковими стратегіями для уникнення стресових ситуацій та управління соціальними взаємодіями**.** Такі стратегії можуть використовуватись для тимчасового зменшення психологічного дискомфорту, проте вони зазвичай призводять до негативних наслідків і порушень у довгостроковій перспективі. Можемо назвати цей фактор «Негативні поведінкові стратегії».

До четвертого фактору увійшли шкали: Вступ у соціальний контакт та Пошук соціальної підтримки.

- Об'єднання цих шкал у один фактор може вказувати на соціальну орієнтацію та прагнення до взаємодії з іншими. Цей фактор може

характеризувати людей, які активно шукають та підтримують соціальні зв'язки як засіб задоволення своїх емоційних потреб і підтримання психологічного благополуччя.

До п’ятого фактору увійшли шкали Імпульсивні дії, Уникнення.

- Об'єднання цих шкал у один фактор може вказувати на спільний конструкт, пов'язаний з неадаптивною емоційною регуляцією та стресовими реакціями**.** Це може характеризувати людей, які намагаються впоратися з емоційними та стресовими ситуаціями через імпульсивні дії або уникнення, замість розробки більш конструктивних і адаптивних стратегій.

До шостого фактору увійшли шкали Обмежувальна харчова поведінка, Емоціогенна харчова поведінка та Асертивні дії.

- Ці три аспекти можуть бути пов'язані зі здатністю індивіда до психологічної адаптивності та саморегуляції. Вони показують, як люди регулюють свою поведінку та емоції в різних ситуаціях, використовуючи харчування як механізм справляння з емоціями та асертивні дії як спосіб взаємодії з оточуючими.

Ці інтерпретації допоможуть нам в подальшому для написання практичних рекомендацій.

Таблиця 3.25

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (вся вибірка)

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6	Унікальність
Рівень регуляції в стресових ситуаціях	0.638						0.5202
Обмежувальна харчова поведінка						0.544	0.6827
Емоціогенна харчова поведінка	0.624					0.320	0.4771
Екстернальна харчова поведінка	0.572						0.6168

Асертивні дії	-0.352					0.338	0.7279
Вступ у соціальний контакт				0.680			0.5170
Пошук соціальної підтримки				0.954			0.0583
Обмежені дії							0.9033
Імпульсивні дії					0.968		0.0377
Уникнення			0.315		0.302		0.6054
Маніпулятивні (непрямі) дії			0.813				0.2984
Асоціальні дії			0.809				0.3413
Агресивні дії							0.8013
Шкала тривожності у відносинах прив'язаності	0.535						0.5928
Шкала уникнення близькості							0.8703
Особистісні кордони	-0.681						0.5226
Проживання у дисфункціональній сім'ї	0.332	0.444					0.6374
Деструктивне ставлення оточуючих	0.390	0.478					0.5741
Залучення до раннього статевого життя		0.695					0.4194
Соціально-емоційна занедбаність		1.006					-0.0254

Надалі ми вирішили порівняти досліджуваних, які вважають себе бажаною дитиною та тих, які не вважають себе такими, за рівнями вираженості кожного з типів харчової поведінки, проте не було встановлено статистично-достовірних відмінностей.

Таблиця 3.26

Тест для парних вибірок при порівнянні тих, хто вважають себе бажаною дитиною та тих, хто не вважають себе такими, за шкалами Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ (вся вибірка)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту (d Коена)
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	0.338	98.0	0.736	0.676	0.0861
Емоціогенна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	0.927	98.0	0.356	2.824	0.2364
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	1.288	98.0	0.201	2.250	0.3284

Серед тих, хто вважають відносини з матір'ю близькими та тих, хто не вважають їх такими, було встановлено відмінність за шкалою Емоціогенна харчова поведінка.

Таблиця 3.27

Тест для парних вибірок при порівнянні тих, хто вважають відносини з матір'ю близькими та тих, хто не вважають так, за шкалами Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ (вся вибірка)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Величина ефекту
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	-1.977	98.0	0.051	-3.101	-0.4021
Емоціогенна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	2.095	98.0	0.039	5.000	0.4260
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	0.329	98.0	0.743	0.462	0.0669

Як бачимо з коробкових діаграм, у тих, у кого не близькі відносини з матір'ю, вищий рівень Емоціогенної харчової поведінки ніж у тих, у кого близькі (рис. 3.23).

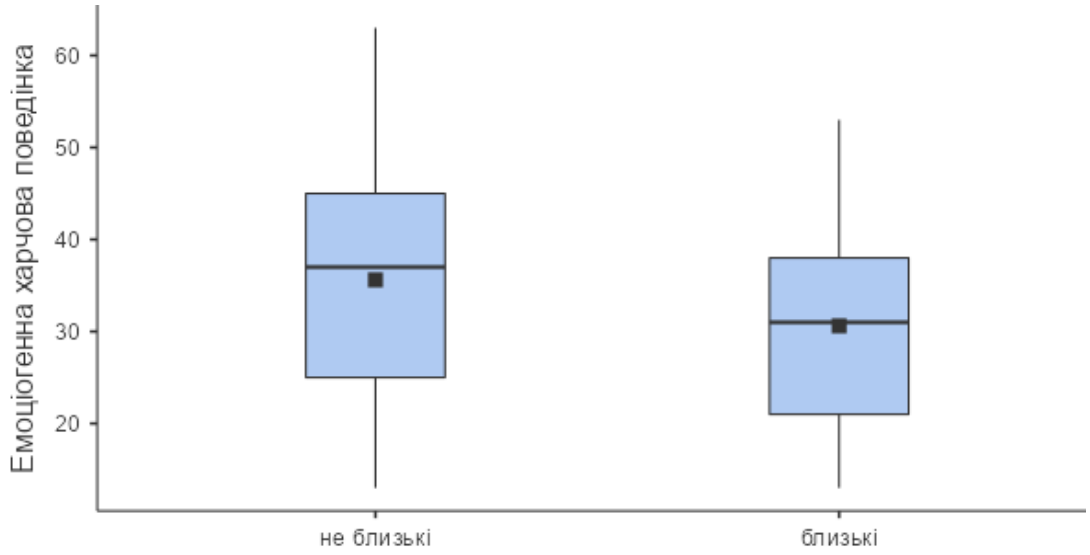

Рис. 3.23 Коробкові діаграми за шкалою Емоціогенна харчова поведінка в групах тих, хто вважають відносини з матір'ю близькими та тих, хто не вважають їх такими, за шкалою Емоціогенна харчова поведінка.

Анкета містила питання «Як ви думаєте, в яких емоційних станах Вам хочеться з'їсти щось додатково до основного прийому їжі?», на яке за всією вибіркою було виділено найбільші групи відповідей, що ми взяли в роботу: потрібні сили на подолання (27 досліджуваних), самотньо або нудно (54 досліджуваних), у розпачі і не мають допомоги (13 досліджуваних).

При порівнянні груп, отриманих за відповіддю на питання про емоційні стани за шкалами Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ та анкети негативного дитячого досвіду (ACE), було встановлено відмінність за шкалами Екстернальна харчова поведінка, Загальний рівень НДД та Емоціогенна харчова поведінка.

Таблиця 3.28

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Фішера) при порівнянні груп, утворених за відповіддю на питання про емоційні стани

	F	df1	df2	p
Екстернальна харчова поведінка	6.06	2	91	0.003
Загальний рівень НДД	3.23	2	91	0.044

Таблиця 3.29

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Крускала-Воліса) при порівнянні груп, утворених за відповіддю на питання про емоційні стани

	χ^2	df	p
Обмежувальна харчова поведінка	04.03	2	0.133
Емоціогенна харчова поведінка	11.93	2	0.003
Проживання у дисфункціональній сім'ї	4.21	2	0.122
Деструктивне ставлення оточуючих	4.10	2	0.129
Залучення до раннього статевого життя	1.94	2	0.379
Соціально-емоційна занедбаність	2.38	2	0.304

Таблиця 3.30

Результати апостеріорного тесту Тьюікі при порівнянні груп, утворених за відповіддю на питання про емоційні стани за шкалою Екстернальна харчова поведінка

	Значення	потрібні сили на подолання	самотньо або нудно	у розпачі і не мають допомоги
потрібні сили на подолання	Різниця середніх	—	-4.78	-6.55
	p	—	0.008	0.012

самотньо або нудно	Різниця середніх		—	-1.77
	p		—	0.667
у розпачі і не мають допомоги	Різниця середніх			—
	p			—

Досліджувані з групи «потрібні сили на подолання» мають нижчий рівень Екстернальної харчової поведінки ніж досліджувані з груп «самотньо або нудно» та «у розпачі і не мають допомоги».

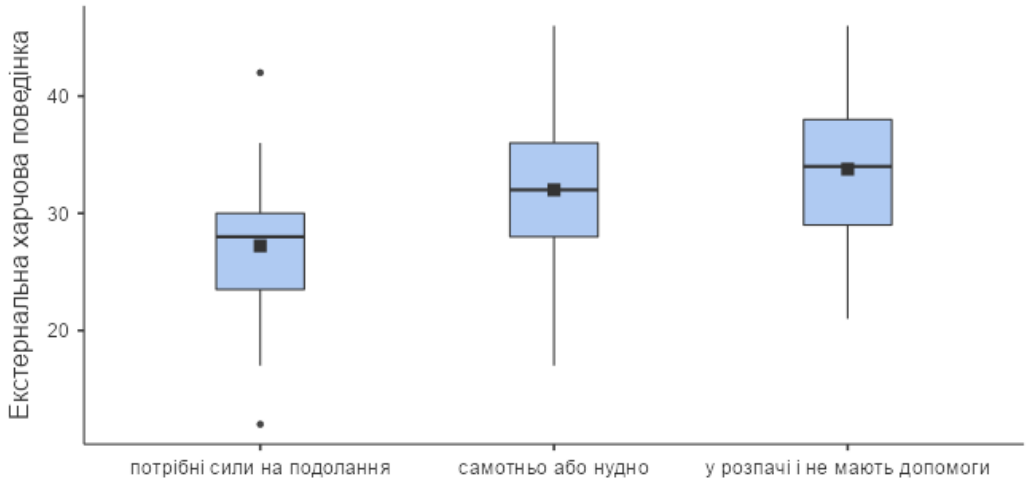

Рис. 3.24 Коробкові діаграми за шкалою Екстернальна харчова поведінка в групах, утворених за емоційними станами

Досліджувані з групи «самотньо або нудно» мають нижчий Загальний рівень НДД ніж досліджувані з групи «у розпачі і не мають допомоги». Тобто за силою впливу стан «у розпачі і не мають допомоги» найбільш фруструючий та нестерпний і тому в ньому важко знаходитись.

Таблиця 3.31

Результати апостеріорного тесту Тьюікі при порівнянні груп, утворених за відповіддю на питання про емоційні стани за шкалою Загальний рівень НДД

	Значення	потрібні сили на подолання	самотньо або нудно	у розпачі і не мають допомоги
потрібні сили на подолання	Різниця середніх	—	0.0370	-3.15
	p	—	0.999	0.072
самотньо або нудно	Різниця середніх		—	-3.19
	p		—	0.041
у розпачі і не мають допомоги	Різниця середніх			—
	p			—

На (рис. 3.25) бачимо що стан «у розпачі і не мають допомоги» включає в себе високі показники Негативного досвіду дитинства.

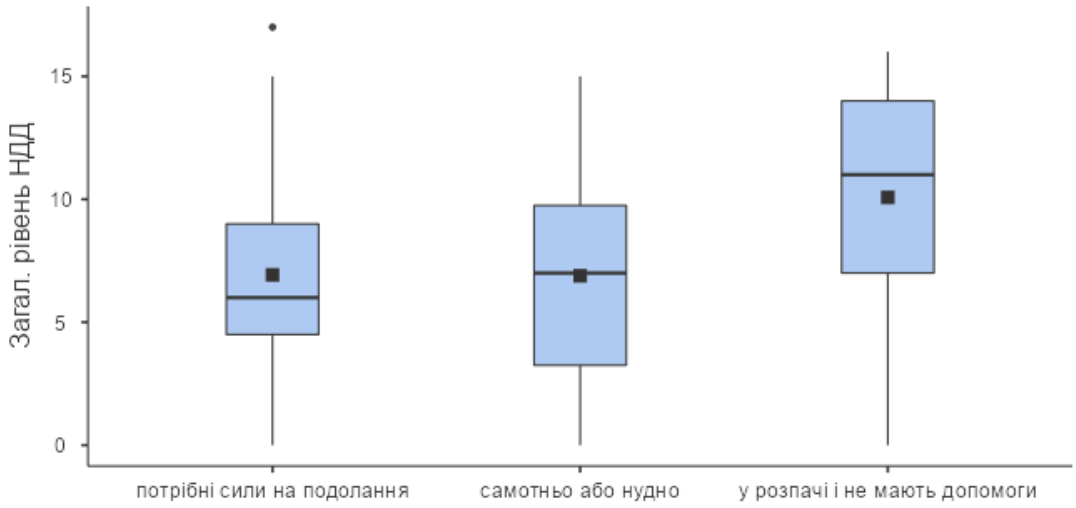

Рис. 3.25 Коробкові діаграми за шкалою Загальний рівень НДД в групах, утворених за емоційними станами

Таблиця 3.32

Попарні порівняння груп, утворених за відповіддю на питання про емоційні стани за шкалою Емоціогенна харчова поведінка

		W	p
потрібні сили на подолання	самотньо або нудно	45599	0.071
потрібні сили на подолання	у розпачі і не мають допомоги	4.46	0.005
самотньо або нудно	у розпачі і не мають допомоги	3.13	0.069

Досліджувані з групи «потрібні сили на подолання» мають нижчий рівень Емоціогенної харчової поведінки ніж досліджувані з групи «у розпачі і не мають допомоги». Отже стан «у розпачі і не маю допомоги» характеризується сильною фрустрацією, безнадійність та безпомічністю. Як правило такий стан не залежить від зовнішніх факторів і може бути вивченою безпомічністю та думками про свою недієздатність у той час як насправді людина здатна цілком впоратися із обставинами. Виходячи з того, що у досліджуваних, які вибирають з'їсти щось додатково до основного прийому їжі у стані «у розпачу і не маю допомоги», найвищий рівень Негативного дитячого досвіду, можемо припустити, що стратегія справлятись через їжу з подібними емоційними станами була сформована ще в дитинстві, але лишилась і у дорослому віці.

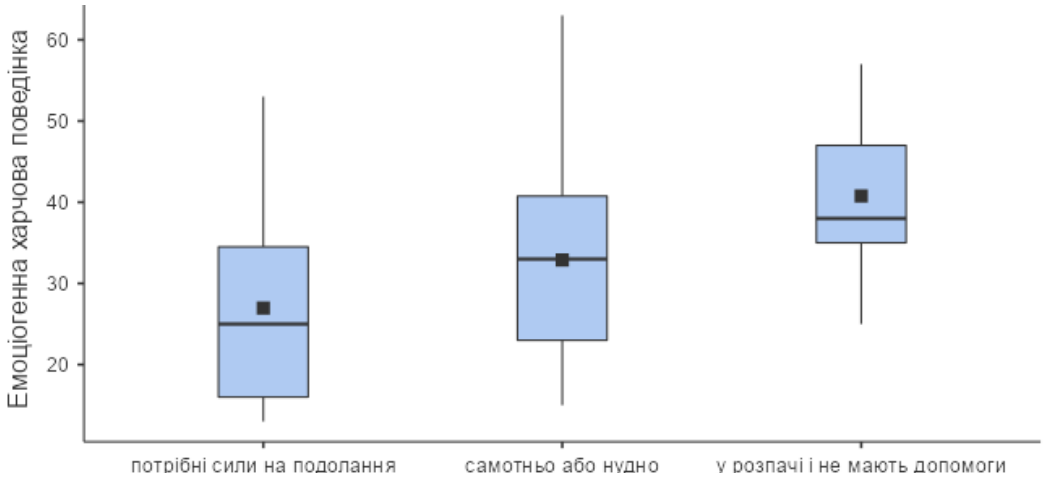

Рис. 3.26 Коробкові діаграми за шкалою Емоціогенна харчова поведінка в групах, утворених за емоційними станами

Виходячи з усього перерахованого бачимо, що стан «у розпачі і не маю допомоги» найбільш важкий і призводить до заїдання як у Контрольній так і в Експериментальній групах.

3.3 Практичні рекомендації

1. ***Рекомендації, для зменшення впливу негативного дитячого досвіду***

Провівши наше дослідження ми отримали дуже багато інформації про впливи негативного дитячого досвіду не тільки напряму на харчову поведінку, а і на інші важливі моменти життя. Виходячи із цієї інформації будемо намагатись надати рекомендації для зменшення впливів негативного досвіду дитинства на харчову поведінку та на життя людини взагалі.

Провівши факторний аналіз ми виокремили найбільш впливові фактори, що об’єднують наші шкали за латентним фактором.

До першого фактору увійшли змінні об’єднані на нашу думку розумінням власних почуттів, потреб та вмінням комунікувати та задовольняти свої потреби, відстоювати власні інтереси та мати стійкі особистісні кордони. І шкали які увійшли у цей фактор якраз показували негативне значення цих моментів. Вони були об’єднані складнощами комунікації, розуміння і вираження своїх почуттів і потреб, відсутністю особистісних кордонів та відсутністю досвіду надійної прив’язаності.

Отже рекомендації, які ми можемо надати з цього приводу будуть стосуватися налагодження внутрішнього контакту із собою, розуміння та регуляція своїх почуттів, визнання своїх справжніх потреб та розвиток комунікативних навичок. А також пошук власних орієнтирів, вміння триматися власних інтересів, вміння казати «ні», самоповага, повага до оточуючих.

До другого фактору увійшли змінні об’єднані негативним дитячим досвідом, а саме відсутністю близькості, захищеності, негативним впливом сімейного та соціального середовища, деструктивним впливом оточуючих на

психологічний стан та самооцінку особистості. Для цього фактору ми можемо рекомендувати вправи на налагодження внутрішньо особистісних взаємодій із образом внутрішньої дитини.

До третього фактору увійшли змінні об'єднані неефективними, негативними поведінковими стратегіями. Стратегіями захисту, які використовуються для уникнення стресових ситуацій. Для цього розділу ми пропонуємо вправи які будуть допомагати вибудувати міцні особисті кордони, розвивати асертивність в комунікації з іншими та повагу до себе.

Четвертий фактор можемо проінтерпретувати як пошук контакту, підтримки. Бажання бути прийнятим, бути одним з своїх. Бути таким якого будуть любити, бути хорошим. Можливо дещо нав'язливий пошук опори та авторитетних фігур.

П'ятий фактор, за змінними які увійшли до нього може бути проінтерпретований як страх контакту.

Шостий фактор можемо проінтерпретувати як здатність індивіда до психологічної адаптивності та пошук саморегуляції. Для цього розділу підійдуть вправи на самозаспокоення, релаксацію, а також підтримуюча розмова самого з собою.

За час проведення дослідження стало зрозумілим, що негативний дитячий досвід пливає на все життя людини і не тільки на харчову поведінку. І дитина, яка зростала в такому несприятливому середовищі може насправді і не здогадуватись, що щось було не так. Дуже багато людей виростаючи описують своє дитинство як: «нормальне», «як у всіх у той час». Тобто свої болі і образи витісняються, як ненормальні і не схвалювані соціумом. В той же час, якщо дитина проживала в дисфункціональній сім'ї, питання про емоції та про свої почуття навіть не стояло, бо в таких сім'ях навпаки наявність почуттів осуджується, про них не говорять, їх ігнорують і вважають проявом слабкості. Власне як і не обговорюються моменти вирішення задач, пошуку ефективних схем подолання будь-яких невдач. Про власні потреби на пряму не прийнято говорити, будь-які прохання здійснюються через погрози або через

маніпуляції. Отже дитина яка виросла у такій сім'ї має більше дезадаптивних схем ніж ефективних.

У будь-якому випадку, незважаючи на весь пережитий досвід, для того, щоб зрушити з місця потрібно перш за все налагодити контакт з собою. Для цього ми можемо звернутися до образу внутрішньої дитини.

Коли ми говоримо про зафіксовані з дитинства образи, що разом із генетичними чинниками формують наш характер і самооцінку, то маємо на увазі частину особистості, яку в психології називають «внутрішньою дитиною». Внутрішня дитина - це наче сума дитячих образів, поганих чи добрих, які ми отримали під час спілкування з нашими батьками чи іншими важливими для нас людьми. Про більшість з них ми на свідомому рівні навіть не пам'ятаємо, проте вони закарбовані в нашій підсвідомості. Отже, можна стверджувати, що внутрішня дитина - це важлива частина нашої підсвідомості. Це страхи, труднощі та біди, яких ми зазнавали з дитинства. Але водночас це і всі позитивні образи з дитячого віку (Stahl S. 2015, 11).

Внутрішня дитина - це метафора, що описує несвідомі частини особистості, які сформувалися ще в нашому дитинстві. Внутрішній дитині підпорядковано наше емоційне життя: страх, біль, смуток, гнів, але також і радість, щастя, любов. Але не у всіх є доступ до власних почуттів і емоцій. Я писалось вище, у багатьох дисфункціональних сім'ях присутня заборона на почуття та їх прояви. Також, при порушеннях харчової поведінки дуже часто причиною є емоційні стани з якими людина обирає справлятись завдяки їжі.

Надалі в розділі представлені інструменти, які можуть бути корисні в процесі покращення самопочуття для людей з порушенням харчової поведінки. Перша вправа яку ми хочемо запропонувати у практичних рекомендаціях - це знайомство з своїми почуттями та емоціями.

1. Налагодження контакту зі своїми почуттями

Заплющ, будь ласка, очі й зосередься на зоні грудей і живота. Спершу просто зверни увагу, як ти дихаєш. Чи заходить повітря аж глибоко в шлунок? Чи

десь застряє? Дихаючи поверхнево, ми часто несвідомо придушуємо свої емоції. Тому дозволь собі глибоко вдихнути повітря, аж у сам живіт. Найкраще це робити лежачи. А потім просто спробуй зрозуміти, як почуваєшся всередині. Якщо, глибоко вдихнувши, ти досі нічого не відчуваєш, то зосередься, будь ласка, на ділянці грудей і живота, а тоді цілком усвідомлено відчуй «ніщо» всередині тебе. Як це бути разом із цим «ніщо»? Зверни увагу, як те «ніщо» відчуває твоє тіло. Живіт розслаблений? Серце спокійно б'ється? Глибоко дихаєш? Як відчувається «ніщо»? Можливо, за тим «ніщо» ховається ще щось? До речі, можна навчитися відчувати завдяки уважності. Брак почуттів - це здебільшого форма самозахисту, яку постраждалі несвідомо натренували ще змалку, щоб не відчувати болю та безпорадності, які в них викликали батьки. Вони навчилися відвертати свою увагу від почуттів. Відповідно можна навчитися повертати на них увагу. Для цього вистачить кілька разів на день зупинятися і скеровувати свою увагу всередину, запитавши себе: як я зараз почуваюся? Звертай увагу на зону грудей і живота та на фізичні вияви, які ти там помічаєш. Наприклад, якщо відчуваєш поколювання, спазми, стиснення, тиск, то спрямуй свою увагу туди. Тоді відчуй, яке слово найкраще опише ці емоції. Страх? Сум? Сором? Лють? Або ж радість? Любов? Полегшення? І тоді зможеш поставити запитання до цього тілесного відчуття. А саме: що в моєму житті створює це... пригнічення, поколювання, серцебиття або будь-яку іншу фізичну маніфестацію? Це питання ти ставиш своїм відчуттям і дозволяєш собі отримати на нього відповідь, тобто шукаєш її не головою. Перша відповідь зазвичай правильна, навіть якщо видається дещо абсурдною. Ця відповідь може бути також у формі спогаду чи картинки. Вона йде з твого несвідомого, тобто від твоєї внутрішньої дитини, Так ти можеш безпосередньо з нею поспілкуватися.

Такий спосіб фокусування почуттів походить від психологічного методу під назвою «фокусування», який винайшов Юджин Ґендлін (Stahl S. 2015, 73).

Якщо нічого не виходить, запитай себе, чим для мене небезпечно, якшо я почну відчувати?

- Мені буде боляче?

- Я буду почуватись невдахою?

- Я боюся не витримати ті почуття?

- Я буду слабкою чи жалюгідною?

- Хтось побачить мої почуття і засоромить?

- Мене будуть сварити через почуття?

- Від менме відвернуться усі?

- Я сама себе буду зневажати?

Проговорюючи та проживаючи ці моменти можна трошки полегшити захисти і почати вправу спочатку.

Після того, як тобі вдасться почати розрізняти свої почуття, пропоную заглибитись далі в знайомство з своєю внутрішньою дитиною.

2. Знайомство зі своїми почуттями до своєї внутрішньої дитини

Вам потрібно вибрати час коли Вас ніхто не буде відволікати. Для вправи Вам знадобиться м'яка іграшка середнього розміру (не дуже велика і не дуже маленька), така, яку можна легко тримати на руках та зошит для записів. Цю іграшку Ви називаєте Вашим ім'ям і саджаєте її на окретий стілець на відстані призлизно метр від себе. Далі Ваша задача зустрічати усі почуття, що будуть підніматися до цієї іграшки – тобто, до самої себе. Ви можете записувати Ваші почуття у зошит, або проговорювати звертаючись до іграшки:

- *(Ім'я), я відчуваю до тебе…*

Ви перечислюєте свої почуття та емоції, якщо не можете підібрати слова називаєте або записуєте наближене. Можливо Вам захочеться проговорити, що Ви хочете зробити по відношенню до цієї іграшки або з нею, наприклад:

- *«Втекти від неї, відштовхнути, ігнорувати…»*

(Правда в тому, що всі емоції, які у Вас виникають до іграшки з Вашим ім'ям або всі реакції, які на неї виникають – це ті емоції і реакції, що виникали до Вас маленьких у людей з найближчого сімейного кола. Ви лише запам'ятали це відношення до себе і зафіксували його в своїй пам'яті як вірне.)

В процесі роботи Ви можете помітити, що Ваші почуття до іграшки змінюються. Вони можуть з початку бути дещо агресивними або негативними, але проговорюючи кожну наступну ємоцію Ви будете помічати їх потеплішання, аж поки Вам не захочеться взяти іграшку на руки. Але це може статись не відразу і ваша задача просто дочекатись цього моменту. Можливо Вам доведеться зробити цю вправу декілька разів перш ніж Вам вдасться встановити контакт зі своєю внутрішньою дитиною. В процесі Вам може стати її шкода, Ви можете почати її жаліти, або сварити, або Вам просто стане сумно.. не зупиняйтесь поки Вам не захочеться обійняти цю іграшку, почати захищати її, цінувати її і любити, як найдорожче у світі.

Коли ми познайомимося та подружимося з нашою внутрішньою дитиною, то дізнаємося, які приховані бажання й травми носимо в собі. І тоді зможемо прийняти цю пошкоджену частку своєї душі й навіть певною мірою її вилікувати. Як наслідок, зросте наша самооцінка й дитина всередині нас урешті віднайде домівку. Це обов'язкова умова для того, щоб наші стосунки з іншими людьми стали спокійнішими, дружнішими та щасливішими. І це також необхідно, щоб зуміти звільнитися від стосунків, які не приносять нам добра чи навіть шкодять.

3. Вправа на любов до себе

Для виконання вправи Вам знадобиться зошит для записів. Для першої частини вправи запишіть у стовпчик всі свої негативні думки та переконання про себе. Наприклад:

«Я лінива,

я дуже повільна,

я недостатньо розумна… » усе, що можете згадати про себе, усе, що прийде в голову.

Ці переконання можуть походити з вашого дитинства, зі спілкування з родиною, із соціуму си романтичних стосунків.

Після цього як Ви записали свій список, навпроти кожного негативного самовизначення записуєте «історію» цього самовизначення. Хто Вас такою називав? Чиї це слова? Наприклад - «Мама».

Потім проговорюєте: -«Думки моєї мами про мене то не я, точки зору моєї мами щодо мене – то не я, переконання моєї мами щодо мене – то не я, я це дещо більше».

І так проговорюєто щодо кожного негативного твердження про себе. Потім записуєте власні позитивні твердження про себе.

Ця вправа допоможе Вам почати розділяти власні характеристики, точки зору та думки про себе від навіяних, нав'язаних ззовні та сформувати самовизначення себе у позитивному ключі, без того, щоб відчувати негатив до себе через чужі точки зову про себе.

4. П'ять позитивних тверджень.

Пригадайте і запишіть п'ять позитивних тверджень про себе, які ви почули від інших. Можливо, свого часу це допомогло вам почуватися більш упевнено або важливо, а може, ви, навпаки просто не повірили в почуте. А можливо, ви досягши якоїсь мети в соєму житті зрозуміли, щось дуже надихаюче про себе і присвоїли собі якесь позитивне твердження.

Якщо деяким з цих тверджень ви не до кіньця вірите, все одно, ці повідомлення можуть правити вам за відправний пункт для усвідомлення власної гідності. Якщо у вас виникли труднощі із цим завданням, попросіть друга чи близьку людину якій ви довіряєте, поділитися з вами тим, які позитивні якості, на їхню думку, ви маєте.

5. Емпатійні репліки

Подивіться які з наведених нижче фраз відгукуються вам. Спробуйте промовити їх або записати чи надрукувати там, де ви можете перечитувати їх щодня. Ви межете доповнити ці фрази власними варіантами.

- *Зараз я роблю все, що можу, і цього достатньо.*
- *Я цінна, навіть коли мені важко із чимось упоратися.*
- *Я можу дозволити собі відчувати всі свої емоції, навіть негативні.*
- *Мої почуття не є ані хорошими, ані поганими. Вони просто існують.*
- *Мої думки – це лише думки.*
- *Я можу припускатися помилок. Вони є невід'ємною складовою навчання та розвитку.*
- *Щодня я навчаюся чогось нового та розвиваюся.*
- *Те, що важливо для мене, може відрізнятись від того, що важливо для когось іншого. І це нормально.*
- *Якщо я не всім подобаюся, для мене це не проблема. Адже кожен бачить в іншому лише себе.*

6. Звертайтесь до себе ласкаво

Іноді в своїх звертаннях до себе ми буваєм надто суворі і агресивні. Буває, що ми це перестаєм помічати і на автоматизмі продовжуємо негативно звертатись до себе: – «От я така-сяка..!». Але, якщо звернути таки на це увагу і спробувати комунікувати із собою не із роздратування, а із любові та прийняття. Адже ви нічого не отримуєте хорошого від того, коли себе сварите. Можливо можна спробувати по іншому.

Діти такі чудові, невинні й чисті. Поміркуйте: ви ніколи не розмовляли б з дитиною так, як часом звертаєтесь до себе.

Запишіть висловлювання, які використовуєте в розмові із собою, і перефразуйте їх так, щоб вони зазвучали лагідніше, ніби ви звертаєтесь до дитини. Ніколи не переходьте до особистісних образ, ви можете лише оцінити вчинок, але не зачіпайте свою особистість.

Приклад: – «От я така-сяка..!» (після того, як упустила телефон).

Перефразування: «Усе добре, він не розбився. Упевнена, що я не перша, хто впустив телефон».

7. Мої найбільші успіхи

Перелічіть п'ять найбільших своїх досягнень і моментів, завдяки яким Ви пишаєтеся минулим роком. Ці досягнення не обов'язково повинні бути видатними успіхами в очах інших. Подумайте про все, що дає вам привід пишатися собою, зокрема про подолання різноманітних труднощів, там де ви впоралися. Ці тріумфи та невеликі перемоги часто є найбільшою нагородою.

Запишіть ці перемоги до свого зошиту та дозвольте собі прийняти їх та присвоїти собі без знецінення та сорому.

8. Моя команда підтримки

Іноді в житті допомагає команда підтримки, до якої входять люди, які люблять і надихають вас. Хто вони, ваші вболівальники? Можливо вони відіграли лише епізодичну роль, а можливо це їх постійний внесок в ваше життя. Можливо це ваші близькі та кохані, а можливо це навіть незнайомі люди які з'явилися в потрібний час і підставили вам плече. Можливо це вчителі, які вірили в вас більше ніж ви у себе.

Перелічіть помічників, які траплялися на вашому життєвому шляху і подумайте, як вони вплинули на вас.

9. Вчимося говорити «Ні»

Дуже часто ми дозволяємо іншим людям порушувати наші кордони, замовчуємо свої почуття, накопичуємо в собі невдоволення, ведемо внутрішні діалоги із цими людьми, потім заїдаємо невдоволення та злість.

Питання особистих кордонів одне із основних у темі порушень харчової поведінки. Як ми бачили із дослідження слабкі особисті кордони дуже сильно

впливають на переїдання. Так як переїдання та екстернальна харчова поведінка виникають як наслідок того, що людина переобтяжена обов'язками за інших людей і зовсім не піклується про свої інтереси та про свій комфорт. Для того, щоб більше робити для людей потрібно надзвичайно багато сил тому людина шукає цих сил через надмірне споживання їжі. А також їжа стає втамовувчем негативних емоцій, що виникають при втраті власних інтересів та оріентирів.

Завдання: випишіть усі ситуації, коли ви говорили «Так» замість того, щоб сказати «Ні». Ті ситуації, де насправді вам хотілося відповісти по іншому, але вас, щось втримало. Там де ви, порушуючи особисті кордони, дозволяли іншим також порушувати ваші кордони, замовчуючи, що вам було не добре від прийнятого рішення. Де інших людей та їх інтереси ви поставили на перше місце, а свої інтереси порахували неважливими.

Після того, як ви випишите ситуації, поміркуйте, що саме змусило вас погодитись навіть через внутрішній супротив. Які це були думки, емоції, або тілесні відчуття?

Ваша задача зробити висновки і пообіцяти собі навіть якщо вже і погодилися на щось але раптом передумали - не мовчати, а обов'язково про це сказати. Потім спробуйте переграти у своїй уяві усі виписані ситуації так, щоб ви потренувалися відповідати «Ні» замість «Так», і також відслідкуйте ваші почуття, думки та емоції, які будуть виникати при цьому.

Причини, з яких люди не поважають ваші особисті кордони:

- Ви не сприймаєте себе серйозно.
- Ви не покладаєте відповідальність на інших людей.
- Ви перепрошуєте, коли встановлюєте кордони.
- Ви дозволяєте іншим надто багато гнучкості.
- Ви висловлюєтеся невпевнено.
- Ви не висловлюєтеся щодо ваших особистих кордонів (ці думки залишаються у вас в голові).
- Ви виходите з того, що досить лише раз сказати про особисті кордони.

- Ви виходите з того, що люди самі здогадаються про ваші бажання та потреби, побачивши, як ви реагуєте, коли вони порушують ту чи іншу межу прийнятного.

10. Піклування про себе

Усі ми чули метафору, що базується на правилах безпеки в літаку: «Скористайтеся кисневою маскою самі, перш ніж допомагати іншим». Але в реальності усе трохи складніше. Ми так хочемо заслужити любов інших і бути хорошими, що «одякаємо кисневу маску» спершу на інших. Відмова від піклування про себе - перше, що відбувається, коли нас поглинає бажання допомагати іншим. І тоді коли піклування про інших стає надто багато ми відчуваємо переобтяженість, виснаження та втрату сил яку доводиться компенсувати переїданням. Така невідповідність - безпосередня ознака проблем з особистими кордонами. Основа піклування про себе - це встановлення особистих кордонів. І це не вияв егоїзму. Відмовляючись допомогти іншій людині, ви теж піклуєтеся про себе. Піклування про себе - це увага до власних потреб. Як і в ситуації з кисневою маскою в літаку, піклуючись про себе, ви отримуєте більше сил для допомоги іншим. Якщо подумати, то основа піклування про себе - це встановлення особистих кордонів. Переобтяженість - це один із поширених симптомів проблем з особистими кордонами. Переобтяжені люди мають більше справ, ніж часу, який потрібен на виконання цих справ. Вони загрузають у думках про те, як їм втулити ще щось у й без того щільний розклад. Розуміння особистих кордонів - це передумова для проактивної оцінки того, з чим насправді можна впоратися.

Навчившись асертивно наполягати на певних обмеженнях у спілкуванні з іншими людьми, ви зможете позбутися переобтяженості та впоратися з нападами депресії та тривожності.

Здорові особисті кордони можливі тоді, коли ваш негативний дитячий досвід не впливає на теперішні взаємодії. Вони вимагають усвідомлення

емоційних, психічних і фізичних можливостей та передбачають чіткість у спілкуванні.

Ознаки здорових особистих кордонів:

- Чітке формулювання цінностей;
- Врахування власної думки;
- Адекватна відвертість;
- Здорова вразливість у стосунках з людьми, яким ви до віряєте;
- Прийняття можливості відмовляти;
- Прийняття можливості дістати відмову, не прикладаючи її до себе особисто.

11. Кроки у формуванні особистих кордонів

Встановлювати особисті кордони справді важко. Нас часто втримує непереборний страх того, як хтось може відповісти на такі наші намагання. Можливо, ви прокручуєте в голові неприємні розмови та готуєтеся до найгірших можливих наслідків. Але повірте, тимчасовий дискомфорт заради постійних здорових стосунків того вартий!

Коли ви визначили якусь межу прийнятного, яку хотіли б встановити, пам'ятайте, що цей процес вимагає двох кроків - спілкування та дії. Спілкування - висловлення власних потреб - це перший крок. Люди не можуть точно визначити ваші особисті кордони, виходячи лише з вашої мови тіла або невимовлених очікувань. Коли ви чітко зазначаєте, на що саме розраховуєте, у вашого співрозмовника залишається мало можливостей неправильно зрозуміти те, що саме вас влаштувало. Асертивні висловлення - це найефективніший спосіб. Висловитися щодо власних особистих кордонів можна так:

-«Коли ми сваримось, я б хотів, щоб ти не підвищував голос і зупинявся, коли відчуваєш, що геть розгнівався. Коли ти підвищуватимеш голос, я казатиму тобі про це». - «Для мене важливо, щоб ти дотримувався планів,

про які ми домовилися. Якщо тобі потрібно змінити плани, будь ласка, надішли мені повідомлення за декілька годин».

12. Прийняття відмови

Для виконання цієї вправи запишіть відповіді у щоденник або на окремому аркуші.

Подумайте про випадки, коли вам хтось відмовив. Як ви відреагували? Чи могла б ваша реакція бути здоровішою? Подумайте про випадки, коли ви хотіли комусь відмовити, але не зробили цього. Як ви могли б висловитися про власні особисті кордони? Як ви гадаєте, як люди у вашому житті відреагують на ваші кордони? На чому базується це уявлення - на фактах чи ваших припущеннях? Що саме у вашому попередньому досвіді змушує вас так думати? У чому саме вам зараз потрібні особисті кордони? Назвіть три сфери життя або стосунки з трьома людьми, де вам хотілося б встановити нові обмеження.

2.Вправи для самостійної роботи з порушеннями харчової поведінки

Перейдемо безпосередньо до вправ для роботи з порушеннями харчової поведінки. Якщо ви вже помітили, що щось не так, то першочерговим буде визнати, що проблема є. Адже поки ви будете намагатись витісняти або не звертати на це увагу нічого не зміниться саме по собі. Для того, щоб відбулись зміни, треба визнати, що проблема є.

Вправа 1.

Визначте, які переваги вам дає порушення харчової поведінки та якої шкоди він вам завдає.

Для цього, зробіть дві колонки в зошиті та запишіть в першу колонку «Переваги, які мені дає порушення харчової поведінки», а у другу колонку запишіть «Шкода, яку мені завдає порушення харчової поведінки».

Записуючи переваги які вам дало порушення харчової поведінки намагайтесь бути як найчеснішими перед собою. Якщо на даний момент вам здається, що немає жодних переваг, то поверніться увагою у ті дні коли в вас його не було, або коли це тільки починалося і порівняйте, що змінилося, або запишіть ваші тодішні думки про вигоди або переваги порушення харчової поведінки.

Потім заповніть іншу колонку, записуючи шкоду, яку вам приносить порушення харчової поведінки. Ось декілька прикладів, як можуть виглядати ці вирази. В вашому випадку буди лише ваше щось особисте. Записуйте стільки тверджень скільки прийде на думку.

Переваги, які мені дає порушення харчової поведінки	***Шкода, яку мені завдає порушення харчової поведінки***
Я можу себе не стримувати в їжі	*Моє здоров'я погіршується*
Це допомагає мені втамовувати неприємні відчуття	*Моє тіло стає не таким привабливим*
Мені не докучають надмірною увагою	*Мені неприємно бути у колі інших людей*

Таким чином ви побачите, що в вашій проблемі є не тільки шкода, а і іноді неусвідомлена вигода. Ваше несвідоме таким чином намагається вирішувати свої глибинні проблеми, або втамовувати приховані потреби.

Вправа 2.

Ваше порушення харчової поведінки, це ваш друг чи ворог?

Вам доведеться самостійно це визначити.

Спочатку напишіть листа до вашого порушення харчової поведінки, уявляючи, що це ваш ворог.

Пишіть цього листа як до ворога, який травмує вас, погіршує ваше життя, робить вас безвольним, слабким. Розгляньте ваше психічне та фізичне здоров'я, ваше соціальне життя та особисте, вашу кар'єру та успішність.

Потім напишіть листа до вашого порушення харчової поведінки, уявляючи що це ваш друг.

Цього листа пишіть, думаючи про те, як ваше порушення харчової поведінки вам допомагає. Розгляньте інші сфери життя, де він стає в нагоді, розгляньте внутрішньоособистісні взаємодії і ваші відносини самим з собою і з іншими. Де і в чому і як він вам допомагає.

Вправа 3.

Самомоніторинг

Приклад:

Час	**Їжа та напої**	**Місце**	**Компенсаторна поведінка**	**Тривоги з приводу їжі, ваги та зовнішнього вигляду**	**Перевіряння або уникання**
17:00	Смажена картопля з беконом, шматок пирога, морозиво, яблучний сік	Кухня	Випити проносне	Я мушу менше їсти. Я знову не втрималась від солодкого, хоча обітцяла собі не їсти солодке ввечері. Я почуваюся слабкою, нікчемною. Щоб зменшити почуття провини я випила проносте і пообітцяла собі завтра їсти на половину менше.	Зважилась. Оглянула себе перед дзеркалом

Чітко усвідомити, що відбувається – це перший крок. Для цього треба записувати в щоденнику все, що стосується вашого харчування,

компенсаторної поведінки, хвилювань з приводу харчування ваги та фігури, а також факти надмірного контролю та поведінки уникання.

Це облік всього, що ви їсте і п'єте, місця і часу, усіх проявів компенсаторної поведінки, всіх почуттів та думок про їжу, вагу чи зовнішній вигляд, всіх випадків перевіряння їжі, вигляду вашого тіла, ваги та усіх епізодів уникання.

Вправа 4

Стратегії подолання

До стратегій подолання належать:

Відволікання уваги

Якщо у вас виникає сильне бажання накинутись на їжу, то ви можете спробувати відвернути від цього свою увагу, переключившись на щось цікаве для вас, що може поглинути вашу увагу. Наприклад, на телефонну розмову з подругою або на прогулянку на свіжому повітрі.

Відкладення

Якщо ви відчуваєте, що хочете нестримно їсти, можна спробувати відкласти реалізацію цього бажання до часу коли порив мине. Буває так, що порив не зникає, але все ж таки він може стати меншим настільки, щоб ви були у стані відвернути від нього увагу.

Поділ завдання на окремі здійснимі кроки.

Наприклад, якщо контролювати прийом їжі вам надто складно три рази на день, почніть контролювати хоча б один з прийомів. Почніть з такої пори дня, коли ви маєте найбільше енергії, а отже можете контролювати свою поведінку найкраще. Також ви можете залучитися підтримкою когось із близьких, хто у певний час буде поряд і зможе допомогти.

Створення безпечного оточення.

Визначте, які аспекти вашого життя становлять для вас ризики. Можливо, є якась їжа, споживаючи яку ви постійно переїдаєте. Якщо є, то чи можете ви її якийсь час не купувати, аби зменшити ризики переїдання? До тієї

пори поки відчуєте, що можете впоратись із собою при вигляді цієї їжі. Можливо у вашому гардеробі є речі які ви тримаєте до тієї пори поки схудните, і ці речі викликають у вас розчарування, або якісь інші негативні емоції? Можливо їх краще прибрати або віддати комусь. Перегляньте свої щоденні ритуали. Можливо ви звикли на прогулянці завжди купувати морозиво та каву та проходячи повз кофейню повторюєте цей ритуал. Можливо можна замінити каву на воду з лимоном, а морозиво на фрукти чи ягоди?

Самозаспокоєння

Способів заспокоєння себе існує досить багато. Це може бути: співчутлива розмова самим із собою, слухання релаксаційної музики, погладити улюблену домашню тваринку,повільне глибоке дихання та ін. Ви можете самі виписати речі які вас заспокоюють і використовувати їх в ті моменти, коли у цьому виникає потреба.

Підтримка інших

У часи роботи над собою, особливо важливою є підтримка близьких та друзів. Теплі обійми та слова підтримки це саме те, чого ви мабуть найбільше потребуєте аби продовжувати ваш нелегкий шлях.

Багатьом людям важко звертатись за підтримкою або допомогою до інших, бо вони вважають, що мають з усим поратись самостійно. Але це не так і усім нам потрібна підтримка і що саме головне, усі ми можемо про це просити. Обговоріть це з людиною до якої ви хочете звернутись за підтримкою, щоб розуміти наскількі серьозні підстави мають ваші тривоги та побоювання з приводу вашого звернення за підтримкою

Вправа 5

Підбір адаптивної поведінки

Випишіть продукти без яких ви не можете обходитися. Нариклад, щось солодке, смачне і калорійне. Поряд запишіть те, що ви отримуєте від проживання цих продуктів: емоції, стани, настрій. Далі поміркуйте, через що інше (не їжу) ви можете отримати такі самі емоції, настрій, стан? Що ви

можете зробити прямо зараз, або у перспективі задля цього. Запишіть усе, що прийде вам на думку і почніть потроху реалізовувати це в своєму житті.

Сподіваємось, що запропоновані вправи допоможуть вам у тій чи іншій мірі покращити свій стан. Вчіться встановлювати та підтримувати здорові межі у відносинах, щоб захистити себе від подальшого емоційного травмування. Оточіть себе людьми, які підтримують вас та розуміють ваші переживання. І завжди ставтесь до себе з любов'ю.

Усі перелічені вище вправи можуть допомогти читачам розвивати навички асертивного спілкування, такі як, вміння висловлювати свої потреби, відмовлятись від неприйнятних пропозицій, виражати свою думку без стратегії агресивності або уникнення. Визначити свої права та підвищити рівень впевненості у собі.

Ці вправи – це лише перший крок на шляху подолання порушення харчової поведінки. Надалі було б добре звернутися до професійної допомоги. Це може бути як індивідуальна так і групова терапія з психотерапевтом, який спеціалізується на роботі з порушенням харчової поведінки. Участь у групах підтримки для людей з подібним досвідом може надати відчуття спільноти та розуміння.

Висновки до розділу ІІІ

На основі проведеного дослідження, було виявлено численну кількість кореляцій між шкалами використаних методик. Було встановлено, що шкала інтегрального показника НДД має позитивну, сильну кореляцію з Емоціогенною харчовою поведінкою. Чим вищий рівень Негативного дитячого досвіду - тим вищою є емоціогенна харчова поведінка. Така кореляція прослідковується на всій вибірці і в Експериментальній, і в Контрольній групі.

Якщо брати показники субшкали «Деструктивне ставлення оточуючих» - то вона має середню кореляцію з Емоціогенною харчовою поведінкою.

Негативний дитячий досвід також впливає і на Тривожність у відносинах прив’язаності та на Уникнення близькості у відносинах – має позитивну, сильну кореляцію. Та на особистісні кордони та рівень регуляції у стресових ситуаціях. Чим більші показники НДД – тим нижчі особистісні кордони та нижчий рівень регуляції у стресових ситуаціях. Шкала Деструктивне ставлення оточуючих має високі кореляційні зв’язки з шкалами методики «Досвід близьких стосунків». Шкала «Проживання у дисфункціональній сім'ї» чим більше значення має – тим слабші особистісні кордони і тим нижчий рівень регуляції у стресових ситуаціях.

Експериментальна група має нижчий рівень Особистісних кордонів, має більш високу тривожність в відносинах прив’язаності та більш високий рівень уникнення у відносинах прив’язаності.

У той же час шкала Рівень регуляції в стресових ситуаціях (чим більший показник – тим нижчий рівень регуляції) негативно корелює з субшкалою Асертивні дії, позитивно корелює з субшкалами Уникнення та Агресивні дії.

Емоціогенна харчова поведінка має негативну сильну кореляцію з шкалою Особистісні кордони, середню кореляцію з рівнем регуляції у стресових ситуаціях та середню кореляцію с тривожністю у відносинах прив’язаності.

Екстернальна харчова поведінка має сильну позитивну кореляцію з рівнем регуляції у стресових ситуаціях, а також середню негативну кореляцію з особистісними кордонами.

Шкала рівень регуляції в стресових ситуаціях має позитиву сильну кореляцію з субшкалою тривожності у відносинах прив’язаності та негативно корелює з шкалою Особистісні кордони. Також має негативну слабку кореляцію з субшкалою Асертивні дії, слабку позитивну кореляцію з субшкалами Уникнення та Агресивні дії.

Особистісні кордони мають сильну позитивну кореляцію з субшкалою Асертивні дії і сильну негативну кореляцію з субшкалою Уникнення.

При порівнянні стратегій реагування на стресові події виявлені різниці у стратегіях між Експериментальною та Контрольною групами досліджуваних. Для Експериментальної групи бачимо позитивну сильну кореляцію між Обмежувальною харчовою поведінкою та Маніпулятивними (непрямими) діями, тоді як у Контрольній групі така кореляція відсутня.

Шкала Асоціальні дії для респонденток з Експериментальної групи має слабку позитивну кореляцію з Обмежувальною харчовою поведінкою.

Маємо сильну позитивну кореляцію між Агресивними діями і Екстернальною харчовою поведінкою у Контрольній групі. Тобто у цієї групи досліджуваних існує схильність до агресивних дій, спрямованих на інших, тенденції до негативних почуттів, зокрема гніву, роздратування, розчарування, у разі конфліктів та невдач. Тоді як в Експериментальній групі подібна кореляція відсутня.

Для шкали Уникнення також маємо середню позитивну кореляцію з Екстернальною харчовою поведінкою у Контрольній групі. Шкала Уникнення описує нерішучу та пасивну поведінку в ситуаціях стресу, отже чим більш пасивна стратегія подолання стресових ситуацій – тим вищою є Екстернальна харчова поведінка у Контрольній групі. В Експериментальній групі подібний зв’язок відсутній.

Для шкали Асертивні дії маємо середню негативну кореляцію з шкалою Емоціогенна харчова поведінка у Контрольній групі.

Шала Імпульсивні дії не має значимих кореляцій з Емоціогенною харчовою поведінкою ні для Експериментальної, ні для Контрольної групи. Але, якщо для Експериментальної групи підвищення імпульсивних дій викликає тенденцію до зниження Емоціогенної харчової поведінки то для Контрольної групи такого зв’язку немає.

У якості запропонованих рекомендацій надані вправи які позитивно впливають на самооцінку людини її особистісні кордони та вибір

підтримуючого оточення. В розділі представлені деякі інструменти для самоопрацювання, які можуть бути корисні в процесі покращення самопочуття для людей з порушенням харчової поведінки.

ВИСНОВКИ

Сучасний розвиток ставлення людей до їжі характеризується більш усвідомленим підходом до харчування, увагою до складу та якості продуктів. Важливий вплив на харчову поведінку має психологічний стан особи, її особистісні особливості, що впливає на сприйняття та реакцію на зовнішні тригери та впливи.

В результаті вивчення наукової літератури з проблематики порушень харчової поведінки та впливу на неї негативного дитячого досвіду встановлено, що розлади харчової поведінки - це група психогенно обумовлених чинників, за яких людина вживає їжу не тільки для насичення, а і з метою усунення негативного емоційного самопочуття, задоволення дефіцитів потреб та як спосіб реагування на стрес. Окремо виділяють порушення харчової поведінки - відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному функціонуванню людини. До них відносять Емоціогенну, Обмежувальну та Екстернальну харчову поведінку.

Причини виникнення розладів харчової поведінки дуже різні. І негативний дитячий досвід відіграє у цьому ключову роль. Травмуючі події, які переживаються в дитинстві впливають на все подальше життя людини. Дослідники вказують на такі психологічні фактори харчових розладів як виснаженість, підвищений контроль, імпульсивність, переживання самотності, надмірна вимогливість до себе, перфекціонізм, незадоволеність життям, стрес, тривога, слабкі особистісні кордони та неефективні стратегії комунікації та реагування на стресові події.

У нашій роботі, з метою встановлення типу харчової поведінки у жінок було застосовано Голландський опитувальника харчової поведінки (DEBQ). За його результатами у 72% жінок було діагностовано емоціогенний тип харчової поведінки, тобто вони вживають їжу під впливом емоцій, намагаючись таким чином розрадити свій стан. У 53% респонденток виражений обмежувальний тип харчової поведінки, який проявляється в періодичному дотриманні дієт з метою запобігти набору ваги або схуднути. Екстернальний тип харчової

поведінки виражений у 76% жінок, тобто вони звертають увагу більше на зовнішні подразники, ніж на власні відчуття голоду та насичення. Такі показники ми можемо пояснити високим рівнем стресу та невизначеності у житті українських жінок під час повномасштабного вторгнення.

Для визначення впливу дитинства на харчову поведінку молодих жінок було застосовано такі психодіагностичні методики: Опитувальник негативного дитячого досвіду (ACE) (V. J. Felitti, R. Anda), «Тест на власні кордони», Методика «Експрес-діагностики стану стресу» (C. Schriner), Шкала стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) (S. Hobfoll), Анкета «Досвід близьких стосунків» (Brennan, Clark, Shaver).

Результати роботи задовольняють деякі задачі дослідження та проявляються у наступному: встановлено, що учасниці у експериментальній групі мають нижчі показники стійкості власних кордонів, рідко відмовляють іншим, схильні до заохочення зі сторони та до впливів зовнішніх факторів на їх рішення та вибори. В них більше виражений психологічний стрес та суб'єктивне переживання самотності, а серед стратегій подолання стресових ситуацій переважають стратегії Уникнення та Агресивних дії.

Було встановлено, що шкала інтегрального показника НДД має позитивну, сильну кореляцію з Емоціогенною харчовою поведінкою. Чим вищий рівень Негативного дитячого досвіду - тим вищою є емоціогенна харчова поведінка. Така кореляція прослідковується на всій вибірці і в Експериментальній, і в Контрольній групі.

Якщо брати показники субшкали «Деструктивне ставлення оточуючих» - то вона має середню кореляцію з Емоціогенною харчовою поведінкою.

Негативний дитячий досвід також впливає і на Тривожність у відносинах прив'язаності та на Уникнення близькості у відносинах – має позитивну, сильну кореляцію. Та на особистісні кордони та рівень регуляції у стресових ситуаціях. Чим більші показники НДД – тим нижчі особистісні кордони та нижчий рівень регуляції у стресових ситуаціях. Шкала Деструктивне ставлення оточуючих має високі кореляційні зв'язки з шкалами

методики «Досвід близьких стосунків». Шкала «Проживання у дисфункціональній сім'ї» чим більше значення має – тим слабші особистісні кордони і тим нижчий рівень регуляції у стресових ситуаціях.

Експериментальна група має нижчий рівень Особистісних кордонів, має більш високу тривожність в відносинах прив’язаності та більш високий рівень уникнення у відносинах прив’язаності.

У той же час шкала Рівень регуляції в стресових ситуаціях (чим більший показник – тим нижчий рівень регуляції) негативно корелює з субшкалою Асертивні дії, позитивно корелює з субшкалами Уникнення та Агресивні дії. Де вміння проявляти асертивні дії сприяє покращенню рівня регуляції в стресових ситуаціях.

Емоціогенна харчова поведінка має негативну сильну кореляцію з шкалою Особистісні кордони, середню негативну кореляцію з шкалою Асертивні дії у Контрольній групі, середню позитивну кореляцію з Рівнем регуляції у стресових ситуаціях та середню позитивну кореляцію с тривожністю у відносинах прив’язаності.

Екстернальна харчова поведінка має сильну позитивну кореляцію з рівнем регуляції у стресових ситуаціях, а також середню негативну кореляцію з особистісними кордонами і середню позитивну кореляцію з шкалою Уникнення тільки у Контрольній групі.

Обмежувальна харчова поведінка має позитивну сильну кореляцію Маніпулятивними (непрямими) діями та слабку позитивну кореляцію з шкалою Асоціальні дії для респонденток з Експериментальної групи.

Шкала рівень регуляції в стресових ситуаціях має позитиву сильну кореляцію з субшкалою тривожності у відносинах прив’язаності та негативно корелює з шкалою Особистісні кордони. Також має негативну слабку кореляцію з субшкалою Асертивні дії, слабку позитивну кореляцію з субшкалами Уникнення та Агресивні дії.

Особистісні кордони мають сильну позитивну кореляцію з субшкалою Асертивні дії і сильну негативну кореляцію з субшкалою Уникнення.

Анкета містила питання «Як ви думаєте, в яких емоційних станах Вам хочеться з'їсти щось додатково до основного прийому їжі?», на яке за всією вибіркою було виділено найбільші групи відповідей, що були взяті в роботу: потрібні сили на подолання (27 досліджуваних), самотньо або нудно (54 досліджуваних), у розпачі і не мають допомоги (13 досліджуваних). Було виявлено, що найбільший рівень НДД мала група «у розпачі і не маю допомоги» і в цієї ж групи був найвищий показник Емоціогенної харчової поведінки. Стан «у розпачі і не маю допомоги» включає в себе вивчену «безпорадність» та «безвихідь» які виявляються найбільш важкими і такими, що призводять до заїдання як в Експериментальній так і в Контрольній групах.

При проведенні дослідження виявлена відмінність в експериментальній та контрольній групах за питанням авторської анкети «Чи були Ви бажаною дитиною?», в Експериментальній групі - 65,8%, в Контрольній - 90,3%. (χ^2 = 9.21, p = 0.002).

Результати цього дослідження можуть стати основою для проведення подальших досліджень у цій сфері. Виявлені чинники, що сприяють нездоровим харчовим звичкам, можуть стати підґрунтям для розробки цілеспрямованих програм, тренінгів, робочих зошитів спрямованих на підвищення рівня власних кордоні, розвитку навичок асертивного спілкування, позитивного ставлення до себе, що можуть посприяти нормалізації харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2019. №25. С. 28-35.

2. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція. Автореф. дис. д. психол. н. 19.00.01. Київ, 2019. 32 с.

3. 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.

4. Сивогракова З. А., Алєксєєнко Н. В. Психологія емоцій. Регуляція емоцій ПРАКТИКУМ з дисципліни «ПСИХОЛОГІЯ» Відповідальний за випуск Алєксєєнко Н. В. Редактор Ібрагімова Н. В. Підписано до друку 17.11.16 р. Тираж 100. 61050, Харків-50, майдан Фейєрбаха, 2007 р.

5. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.

6. Котенко Світлана Андріївна, Малишева Анжеліка Анатоліївна. «ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ У СПОРТСМЕНІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ СХІДНИМИ ОДНОБОРСТВАМИ». УДК 159.944.4:796.85 DOI https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-3.

7. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / [за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В.Л. Зливкова]. Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 506-530.

8. ПСИХОЛОГІЯ СІМ'Ї Навчальний посібник Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Помиткіна Л.В., Злагодух В.В., Хімченко Н.С., Погорільська Н.І. Київ - 2010.

9. Чалова Н.О. Дисфункціональні сім'ї: поняття та особливості їх створення. УДК 159.9:316.36.
10. Шебанова В. «Психологічні умови та технології формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки».
11. Шебанова В.І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Український науковий журнал «Освіта регіону». №4, 2016. С. 256.
12. Шебанова В. Ритуали в соціогенезі людства та в онтогенезі людини як шлях пізнання розладів харчової поведінки. Психологічні аспекти психічного здоров'я особистості: колективна монографія. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2014. 168 с.
13. "Eating as an Automatic Behavior", D. Cohen, T. Farley, Published in Preventing Chronic Disease 15 December 2007, Psychology.
14. "Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic" Robert D. Levitan Caroline Davis University of Toronto Quarterly, Volume 79, Number 2, Spring 2010, pp. 783-799 (Article) Published by University of Toronto Press.
15. "Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders" Janet Polivy and C. Peter Herman.
16. Altschul I., Lee S. J., & Gershoff E. T. (2016). Hugs, not hits: Warmth and spanking as predictors of child social competence. Journal of Marriage and Family, 78(3), 695–714. https://doi.org/10.1111/jomf.12306.
17. Bandura Albert. "Self-Efficacy: The Exercise of Control". Freeman, 1997. URL: [https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1997/Bandura1997-TOC.html].
18. Bemporad J. R. (1996). Self-starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. Int.
19. Benelam Bridget (2009). Satiation, satiety and their effects on eating behaviour. Nutr. Bull. p. 34, pp. 126–173.
20. Benelam Bridget "Nutritional Interventions in Obesity".

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211897/
21. Bickham, S. C., & Graham-Bermann, S. A. (2008). The impact of adverse childhood experiences on adult health and behavior: A review. Journal of Health and Social Behavior, 49(4), 296-313.
22. Brownell K.D, Friedman M.A «Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation» // Psychologi Bulletin. – 1995. - № 117. – P. 3–20.
23. Brownell Kelly D. and Gold Mark S. “Food and Addiction: A Comprehensive Handbook”. Oxford University Press, 2012.
24. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries Ruth Gilbert, Cathy Spatz Widom, Kevin Browne, David Fergusson, Elspeth Webb, Staffan Janson PMID: 19056114. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7. Epub 2008 Dec 4.
25. Cohen, D. A., and Babey, S. H. (2012). Contextual influences on eating behaviours: heuristic processing and dietary choices. Obes. Rev. 13, pp. 766–779.
26. Dynamic Longitudinal Relations between Emotion Regulation Difficulties and Anorexia Nervosa Symptoms over the Year Following Intensive Treatment Sarah E. Racine, Ph.D and Jennifer E. Wildes, Ph.D, J Consult Clin Psychol. Published in final edited form as: J Consult Clin Psychol. 2015 Aug; 83(4): 785–795. Published online 2014 Sep 1.PMID: 25181027. doi: 10.1037/ccp0000011.
27. Felitti Vincent J., Anda Robert F., Nordenberg Dale, Williamson David F., Spitz Alison M., Edwards Valerie, Koss Mary P., Marks James S. “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”. American Journal of Preventive Medicine, 1998.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220625/
28. Freedman N., & Lavender J. (2002). On desymbolization: The concept and observations on anorexia and bulimia. Psychoanalysis & Contemporary Thought, 25(2), pp.165–199.

29. Havermans, R. C. (in press). Pavlovian craving and overeating: a conditioned incentive model. Curr. Obes. Rep. Herman, C. P., and Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. J. Pers. 43, pp. 647–660.
30. H Bruch «Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within». 1974. Basic Books, New York.
31. Herman, C. P., and Polivy, J. (2004). “The self-regulation of eating: theoretical and practical problems,” in Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications, eds R. F. Baumeister and K. D. Vohs (New York: The Guilford Press), pp. 492–508.
32. International Journal of Eating Disorders Brief Report Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse, Sarah E. Racine PhD, Jennifer E. Wildes PhD, First published: 31 October 2014 https://doi.org/10.1002/eat.22364
33. Katherine McLaughlin. “The Impact of Childhood Adversity on Health in Young Adulthood: A Longitudinal Study”. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211897/
34. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe // Current Opinion in Psychiatry. – 2016. Vol. 29. № 6. – P.340-345.
35. Linette Whitehead. Overcoming eating disorders / Oxford Cognitive Therapy Centre, Warneford Hospital. Oxford 2007.
36. Logan Megan /Self-love Workbook for Women: Release Self-Doubt, Build Self-Compassion, and Embrace Who You Are/ Emeryville: Rockridge Press, 2020. – 176p.
37. Lowe M. R., Gleaves D. H., Disimone-Weiss R. T., Furgueson C., Gayda C. A., Kolsky P. A., et al. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. J. Abnorm. Psychol. 105, pp. 508–517.
38. Lowe, M. R., and Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: a new dimension of appetite? Physiol. Behav. 91, pp. 432–439.

39. Macht M., and Simons G. (2011). “Emotional eating,” in Emotion Regulation and Well-Being, eds I. Nyklícek, A. Vingerhoets, and M. Zeelenberg (New York: Springer), pp. 281–295.
40. Maria Kovacs, Aaron T. Beck. “Cognitive Therapy of Depression”. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211897/
41. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? International Jornal Eating Disorders. 1999. № 26. P. l53-164.
42. Randolph T. G. (1956). The descriptive features of food addiction: addictive eating and drinking. Q. J. Stud. Alcohol. 17, pp. 198–224.
43. Reiss David, and Robert H. Bradley. “The Family Environment and Adolescent Well-being”. Journal of Research on Adolescence, 2002. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1532-7795.00037
44. Rogers, P. J. (2011). Obesity – is food addiction to blame? Addiction 106, pp. 1213–1214.
45. Rozin, P. (2007). Food and eating. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), Handbook of cultural psychology (pp. 391–416). The Guilford Press.
46. Sarah E. Racine, Ph.D and Jennifer E. Wildes, Ph.D. Dynamic Longitudinal Relations between Emotion Regulation Difficulties and Anorexia Nervosa Symptoms over the Year Following Intensive Treatment. J Consult Clin Psychol. 2015 Aug; 83(4): 785–795. Published online 2014 Sep 1. PMID: 25181027. doi: 10.1037/ccp0000011.
47. Schema Therapy for Eating Disorders Theory and Practice for Individual and Group Settings. Simpson Susan, Evelyn Smith /Foreword by WENDY BEHARY and JEFFREY YOUNG.
48. Smith Julian R. “Stress and Eating Behaviors: The Impact on Health”. Psychology & Health, 2017. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2017.1383248
49. S. Hobfoll. “Stress, Social Support, and Women”. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211897/

50. Stunkard A. J. (1959). Eating patterns and obesity. Psychiatr. Q. 33, pp. 284–295.
51. Stunkard A. J., Grace W. J., and Wolff H. G. (1955). The night-eating syndrome – a pattern of food intake among certain obese patients. Am. J. Med. 19, pp. 78–86.
52. Stroebe W. (2008). “Environmental causes of the increase in overweight and obesity,” in Dieting, Overweight, and Obesity – Self-Regulation in a Food-Rich Environment, ed. W. Stroebe (Washington, DC: American Psychological Association), pp. 59–92.
53. Stroebele N., and De Castro J. M. (2004). Effect of ambience on food intake and food choice. Nutrition 20, pp. 821–838.
54. Sweetingham R., & Waller G. Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. European Eating Disorders Review (2007).
55. The neurobiology of adverse childhood experiences. Current Opinion in Neurobiology. Hanson, R. F., & Szamowski, M. (2015)., 30, 17-22. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131660/
56. Thompson J. K. (2003). Handbook of Eating Disorders and Obesity. Hoboken, NJ: Wiley.
57. Timothy Walsh B. “Eating Behavior in Context: The Role of External and Internal Factors” https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211897/
58. Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes, Joseph Spinazzola, Hilary Hodgdon, Li-Jung Liang, Julian D. Ford, Christopher M. Layne and Robert Pynoos, Ernestine C. Briggs, Cassandra Kisiel. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2014. DOI:10.1037/a0037766 psycnet.apa.org.
69. Vögele C., and Gibson L. (2010). “Mood, emotions and eating disorders,” in Oxford Handbook of Eating Disorders. Series: Oxford Library of Psychology, ed. W. S. Agras (New York: Oxford University Press), pp. 180–205.

60. Vögele, C., & Gibson, E. L. (2010). Mood, emotions, and eating disorders. In W. S. Agras (Ed.), The Oxford handbook of eating disorders (pp. 180–205). Oxford University Press.
61. Vincent J. Felitti, Robert Anda. “The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior: Implications for Healthcare”
https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html
62. Walsh T. B., Devlin M. J. Eating Disorders: Progress and Problems Science. 29 May 1998. №280. С. 1387-1390. doi:10.1126/science.280.5368.1387.
63. Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia, Marya Hornbacher.
64. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. David A Wolfe, Caroline McIsaac
PMID: 22015202 doi:10.1016/j.chiabu.2010.12.009 Epub 2011 Oct 19.
65. Poulson, S., Lunn, S., Daniel, S.I.F., Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H., & Fairburn, C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 171, 109-116.
66. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47(9), 1102.
67. Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clinical Psychology Review, 39
68. Pugh, M., & Waller, G. (2017). Understanding the "anorexic voice" in anorexia nervosa. Clinical Psychology & Psychotherapy, 24(3), 670-676
69. Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. Comprehensive Psychiatry, 48, 199-204.
70. Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 198

71. Vajda, A., & Láng, A. (2014). Emotional Abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 131, 386-390.
72. Vall, E., & Wade, T.D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Eating Disorders, 48(7), 946-971.
73. Van der Wijngaart, R. (May, 2015) The Healthy Adult Mode: Ways to strengthen the Healthy Adult of our patients. The Schema Therapy Bulletin. International Society for Schema Therapy.