

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

« ____ » _____ 2023 р

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

**Тема: «Особливості попередження та подолання харчової залежності
молоді»**

Виконавець: студентка групи ПП-427 Рубальська Вероніка Віталіївна

Керівник: кандидат психологічних наук Павленко Тетяна Валеріївна

Нормоконтролер: _____ Тамара МИХЕСВА

КИЇВ 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

« » _____ 2023 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Рубальської Вероніки Віталіївни

1. Тема кваліфікаційної роботи «Особливості попередження та подолання харчової залежності молоді» затверджена наказом ректора від від «12» квітня 2023р. № 492/ст
2. Термін виконання роботи: з 07.02.2023 р. до 25.06.2023 р.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 51 сторінка, з них обсяг основного тексту 46 сторінок, список використаних джерел нараховує 23 позиції.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоритичне дослідження харчової залежності у молоді; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Експериментальне дослідження харчової поведінки у молоді; Висновки до другого розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного матеріалу: 4 таблиці.

6. Календарний план-графік

| № пор. | Завдання | Термін виконання | Відмітка про виконання |
|--------|--|-----------------------|------------------------|
| 1. | Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження | 07.02.2023 | 24.01.2023 |
| 2. | Формулювання теми, мети, завдань дослідження. Написання вступу. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником | 22.02.2023 | 05.02.2023 |
| 3. | Написання основної частини. Перше читання керівника. | 29.03.2023 | 31.03.2023 |
| 4. | Написання вступу, висновків. Уточнення плану кваліфікаційної роботи. | 28.04.2023 | 26.04.2023 |
| 5. | Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку | 12.05.2023 | 15.02.2023 |
| 6. | Попередній захист кваліфікаційної роботи | 29.05.- 01.06.2023 | 30.05.2023 |
| 7. | Опрацювання зауважень і виправлення недоліків | 02.06.2023 | 04.05.2023 |
| 8. | Подання остаточного варіанта роботи на кафедру для перевірки на академічну доброчесність | 05.06.2023 | |
| 9. | Рецензування кваліфікаційної роботи | 12.06.2023 | |
| 10 | Захист роботи | 19- 22.06.2023 | |

7. Дата видачі завдання: «07» лютого 2023 р.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Тетяна ПАВЛЕНКО

Завдання прийняла до виконання _____ Вероніка РУБАЛЬСЬКА

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Особливості попередження та подолання харчової залежності молоді»: 41 сторінка, 4 таблиці, 35 використаних джерел, 2 додатки.

Об'єктом є порушення харчової поведінки молоді.

Предметом є психологічні особливості молоді з порушеннями харчової поведінки.

Метою є дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей харчової залежності у молоді.

У кваліфікаційній роботі розкрито особливості розвитку харчової залежності у молоді, та виникаючи порушення харчової поведінки, зокрема емоціогенна, екстернальна та обмежувальна.

Практичне значення роботи полягає у тому, що отримані емпіричні результати можуть бути використані для розробки програм, та тренінгів з метою попередження розвитку харчової залежності.

ХАРЧОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ, ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА, АНОРЕКСІЯ, НЕРВОВА БУЛІМІЯ, ПЕРЕЇДАННЯ, МОЛОДЬ, БАЖАННЯ, ВОЛОДІННЯ, ЗАДОВОЛЕННЯ.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| ВСТУП..... | 6 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ..... | 9 |
| 1.1. Поняття харчової залежності..... | 9 |
| 1.2. Аналіз факторів що впливають на розвиток харчової залежності та їх наслідки | 18 |
| 1.3. Попередження та подолання харчової залежності..... | 21 |
| Висновки до першого розділу..... | 24 |
| РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ | 27 |
| 2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження..... | 27 |
| 2.2. Аналіз результатів особливостей прояву харчової залежності у молоді..... | 32 |
| 2.3. Встановлення психологічних особливостей молоді з харчовою залежністю..... | 37 |
| Висновки до другого розділу..... | 40 |
| ВИСНОВКИ..... | 43 |
| СПИСОК ДЖЕРЕЛ..... | 46 |
| ДОДАТКИ..... | 50 |

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Харчова залежність та розлади харчової поведінки серед молоді являються актуальною проблемою сучасного суспільства. В наш час ця проблема стає все більш поширеною та має серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я. Профілактика та подолання залежності є основним шляхом запобігання та подолання цієї проблеми.

Згідно з дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я, 70% здорового життя залежить від способу життя. Харчування гарантує здорову життєдіяльність, допомагає запобігти хворобам, продовжує життя, підвищує працездатність та створює умови для розвитку особистості.

Дослідження харчової залежності, як психологічного чинника якості життя зумовлено потребами сьогодення. Вирішення практичних завдань вимагає всебічного аналізу та розуміння механізмів його функціонування.

Харчова залежність -це складний комплекс факторів, що включає харчові звички, вибір продуктів харчування, споживання їжі, а також психологічні та емоційні аспекти, пов'язані з нею. Харчова залежність-це нездоровий і неконтрольований зв'язок з їжею, що призводить до втрати здатності регулювати свої харчові потреби та прийоми їжі. Це призводить до переїдання, безконтрольного харчування та психологічних і фізичних проблем.

Що стосується розладів харчової поведінки, то вони фігурують у наукових працях Є.С. Креславського, М.В. Коркіної, В.І. Крилова;

Психологічні механізми виникнення розладів харчової поведінки в Україні вивчала Л.М. Абсаламова (2014), проблему атипового компульсивного переїдання висвітлюють Т. Ємельянцева (2015) та Л. Лимар (2018).

Залежність як предмет у психології розглядали Бондарчук О. І., Варій М.Й., Пріленського А.В., Пріленського Б.Ю., Семке В.Я. та ін.

Метою кваліфікаційної роботи є внесок у розуміння харчової залежності у молоді та аналіз факторів, що сприяють розвитку харчової залежності в молоді, включаючи психологічні, соціальні, культурні та локальні впливи.

Об'єкт дослідження: порушення харчової поведінки молоді.

Предмет дослідження: психологічні особливості молоді з порушеннями харчової поведінки.

Метою дослідження є внесок у поглиблене розуміння проблеми харчової залежності у молоді та встановлення психологічних особливостей молоді з ознаками харчової залежності.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел з питань харчової залежності та її чинників.
2. Емпіричним шляхом визначити особливості харчової поведінки молоді, а також особливостей, що впливають на її розвиток.
3. Виявити психологічні особливості молоді з порушеннями харчової поведінки.

Методи дослідження:

Для досягнення мети та розв'язання поставлених проблем у роботі розроблено програму дослідження і застосовано комплекс методів:

- Теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація наукових джерел);
- Емпіричного рівня (тестування);
- Методи математичної статистики – ранговий кореляційний аналіз Спірмена. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програм пакету IBM SPSS Statistics 22.0.00.

Практичне значення: вивчення харчової залежності молоді дозволить краще зрозуміти цю проблему, її причини та наслідки. Це допоможе виявити фактори, що сприяють формуванню нездорових харчових звичок і розвитку ожиріння у молоді. Результати кваліфікаційної роботи можуть бути використані для розробки і впровадження програм інтервенції, які спрямовані на покращення харчування та зменшення харчової залежності у молоді.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що включає 41 джерело, додатків на 9 сторінках. Основний зміст роботи викладений на сторінках і містить 13 таблиць, 3 рисунки. Загальний обсяг роботи – 116 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ

1.1. Поняття харчової залежності

Харчова залежність є серйозною проблемою сучасного суспільства, яка впливає на фізичне та психологічне здоров'я людей. Цей термін включає в себе розуміння вибору продуктів харчування, їх кількість, мотиви та методи їх споживання. Сюди також входять причини дієт та різні види розладів харчування [5].

Харчова залежність - це стан, коли людина відчуває неконтрольовану тягу до споживання їжі, незалежно від фізіологічних потреб організму. Це може призводити до переїдання, споживання великої кількості висококалорійної їжі і відчуття втрати контролю над харчуванням. Неправильна харчова поведінка може стати основою для розвитку харчової залежності.

Поняття "розлади" та "порушення" харчової поведінки розмежовуються Абсалямовою Л. Вона вказує, що "порушення харчової поведінки" відноситься до відхилень у харчуванні, які не є хворобою, але заважають нормальному функціонуванню людини. Вона вказує на три типи таких порушень: екстернальний, емоціогенний та обмежувальний типи харчової поведінки. Тобто, не всі порушення харчової поведінки можна вважати розладами [1].

Зрозуміти це можна так: "Розлади харчової поведінки" використовуються для опису ситуацій, коли людина стикається з серйозними проблемами, пов'язаними з їжею, і це має вплив на її фізичне і психічне здоров'я. З іншого боку, "порушення харчової поведінки" відносяться до менших відхилень в харчуванні, які, хоча можуть створювати дискомфорт і перешкоджати повноцінному функціонуванню, не є серйозними хворобами або розладами [26].

Зазвичай розлади харчової поведінки розвиваються у ранньому підлітковому віці. Ранній підлітковий вік характеризується, як період інтенсивного психологічного розвитку. Під час нього також відбувається зміна фізичного вигляду. Тому поєднання цих факторів може спровокувати незадоволення своїм тілом, та прагнення до контролю їжі. Також існує можливість розвитку харчових розладів з генетичної

сторони. Зміни в гормональній системі можуть впливати на розвиток харчової залежності, але точний механізм цього впливу ще не повністю з'ясований. Однак, існують деякі гормони та нейромедіатори, які відіграють роль у регуляції апетиту, споживання їжі та задоволення від неї: [26]

- Грелін – гормон, який стимулює апетит. Підвищений рівень греліну може стати причиною посиленого відчуття голоду, що призводить до неконтрольованого переїдання.
- Лептин – навпаки, відповідає за відчуття ситості та зменшення апетиту. Він приймає участь в енергетичному обміні, та зменшує накопичення жиру в організмі.
- Дофамін – нейромедіатор, який ще називають «гормоном щастя». При споживанні вуглеводів (зокрема солодощів), відбувається дофаміновий викид. Надлишок дофаміну може викликати бажання збільшувати кількість їжі та частоту її прийомів[24].

На жаль, не існує офіційних українських даних стосовно кількості та частоти виникнення харчових залежностей. Але, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, яка офіційно є прийнятою в Україні клініко-діагностичною класифікацією, розлади харчової поведінки включено до розділу F 50 – F 59 [20].

Одним із розладів харчової поведінки є анорексія. Згідно з дослідженнями, анорексія впливає на близько 1% жіночого населення та 0,3% чоловічого населення. Це психічне захворювання характеризується нездоровим страхом перед набором ваги, істотною втратою апетиту та викривленням уявлень про власну зовнішність. Анорексія може мати серйозні наслідки для фізичного здоров'я, такі як ослаблення м'язів, проблеми зі шлунково-кишковим трактом та навіть загроза життю.

Люди, що страждають від анорексії, переживають перекручений сприйняття власного тіла та постійно докладають зусиль для зниження ваги, навіть коли вони вже перебувають в стані недостатньої ваги [6].

Одним з головних симптомів анорексії є недостатня вага, яка виникає в наслідок відмови від їжі або обмеження раціону харчування до критично низьких рівнів. Інші ознаки анорексії можуть включати перебірну зайнятість думками про їжу, страх перед

набором ваги, переконання в тому, що вони виглядають товстими, навіть при суттєвому недостатньому ваговому індексі, а також втрату менструацій у жінок [27].

Причини анорексії є багатоаспектними і включають фактори генетичної схильності, біологічні впливи, психологічні та соціокультурні фактори. Генетичні дослідження свідчать про наявність спадкової схильності до анорексії, а деякі гормональні та нейрохімічні аномалії можуть впливати на регуляцію апетиту та настрою. Психологічні фактори, такі як низька самооцінка, депресія, перфекціонізм і тривожність, можуть сприяти розвитку анорексії. Соціокультурний контекст, що підкреслює ідеали стрункості та зовнішньої привабливості, також впливає на формування нездорових харчових звичок [11], [30].

Прагнення до худоби може впливати на розвиток анорексії, хоча це є складною темою з багатьма факторами. Анорексія - це серйозний психічний розлад, характеризується низькою вагою тіла, страхом перед набором ваги та спотвореним сприйняттям власного тіла.

У суспільстві, де широко пропагується ідеал худоби, може виникнути тиск на людей, особливо на молодих, щоб відповідати цьому ідеалу. СММ, реклама, модельні агентства та інші засоби масової інформації часто пропонують неправдиві або ідеалізовані зображення тіла, які підкреслюють худобу. Це може спонукати деяких людей до неприродних дієт, обмежень у споживанні їжі та надмірної фізичної активності з метою схуднення.

Поступово, ці звички можуть перетворитися на патологічний розлад, де особа втрачає контроль над своїм харчуванням і розвиває спотворене сприйняття власного тіла. Вона може почати переживати надмірну тривогу щодо своєї ваги та форми тіла, відмовлятися від їжі або споживати надмірно низькі кількості їжі, що призводить до значного втрати ваги.

Важливо зауважити, що розвиток анорексії є комплексним процесом, в якому багато факторів, таких як генетика, психологічні чинники, культурні впливи та стрес, можуть взаємодіяти. Прагнення до худоби може бути лише одним з цих факторів. Люди з підвищеним ризиком можуть виявляти психологічну вразливість, низьку самооцінку та перфекціоністські тенденції, що сприяють розвитку анорексії.

Ще одним поширеним порушенням харчової поведінки є булімія. За даними наукових досліджень, булімія відома у 1-3% населення, переважно серед жінок. Це стан, коли людина споживає значну кількість їжі протягом короткого періоду часу (епізод переїдання), а потім викликає штучну блювоту або вживає проносні засоби. Булімія може призвести до серйозних проблем з органами травлення, електролітного дисбалансу (калій, натрій, кальцій та ін.), серцевої недостатності, та поглибити проблемний психологічний стан.

У людей з булімією спостерігається психологічна прив'язаність до їдальних нападів та почуття втрати контролю. Вони можуть використовувати їжу як спосіб регулювання емоцій, знеболювання або втішення. Після їдального нападу виникає потреба у компенсаційних діях для зменшення ваги або запобігання набору ваги, що може включати перебір в спортзалі, викликання штучної рвоти або вживання лаксативів.

Цей цикл їдальних нападів і компенсаторних дій може підтримувати харчову залежність, де люди з булімією відчувають надмірну потребу у їжі, незалежно від фізіологічних сигналів голоду і ситості. Вони можуть відчувати постійну потребу в контролі над їжею та своїм тілом, що може поглинути їх думки та емоції.

Джеральд Рассел, вивчаючи нервову булімію, вивів три критерії, які необхідні для діагностики цього харчового розладу:

- Людина потерпає від сильного, непереборного внутрішнього спонукання до переїдання;
- Людина має прагнення до вживання «висококалорійної їжі», а потім викликає блювоту, так зване «самоочищення»;
- Людина має хворобливий страх набрати вагу [3].

Люди, що страждають від булімії, переживають відчуття втрати контролю над споживанням їжі під час епізодів очищення. Вони можуть також докладати значних зусиль для приховування своєї поведінки від оточуючих та мають постійні переживання щодо своєї ваги, форми тіла та зовнішнього вигляду, хоча і, для свого віку та зросту, переважна більшість важить у межах норми [1].

Булімія, взагалом, впливає на жінок більше ніж на чоловіків. В нашому суспільстві існує високий тиск щодо «ідеалу» тіла, та прийнятих стандартів краси, що сприяє підвищенню рівня незадоволеності власним тілом, та стимулює розвиток деструктивних моделей харчування [7].

Незадоволеність тілом може впливати на розвиток харчової залежності. Особистість, задоволеність тілом та самооцінка грають важливу роль у стосунках людини з їжею і харчуванням. Ось декілька шляхів, яким незадоволеність тілом може сприяти розвитку харчової залежності:

1. Психологічний стрес: Незадоволеність тілом може призводити до психологічного стресу, тривоги та депресії. У таких випадках люди можуть шукати заспокоєння, засоби відволікання або втішення в їжі, що веде до залежності від харчування.

2. Емоційне їдальне: Незадоволеність тілом може спричиняти негативні емоції, такі як почуття провини, сорому або непокою. Деякі люди можуть використовувати їжу як засіб заспокоєння або втечі від цих емоцій, що може призвести до формування харчової залежності.

3. Жорсткі дієти: Незадоволеність тілом може підштовхнути людей до різних жорстких дієт, обмежень та перебірів у харчуванні. Ці дієти можуть порушити природний баланс і регуляцію голоду та ситості, що веде до надмірного споживання їжі і розвитку харчової залежності.

4. Цикл саморозкладу: Незадоволеність тілом може викликати цикл саморозкладу, коли людина споживає надмірні кількості їжі після періоду обмеження або стресу. Це може призводити до відчуття втрати контролю над харчуванням та розвитку харчової залежності.

Найпоширенішим порушенням харчової поведінки - є компульсивне переїдання, яке впливає на близько 2-3% населення [2]. Компульсивне переїдання (англ. binge eating disorder) є розладом харчової поведінки, характеризується повторюваними епізодами надмірного споживання їжі без контролю над споживанням та почуття втрати контролю під час цих епізодів. Люди, що страждають від компульсивного переїдання, зазвичай споживають велику кількість їжі за

короткий період часу, відчують почуття голоду незалежно від фізичних сигналів тіла та можуть випадково вживати їжу без потреби.

Основними ознаками компульсивного переїдання є повторювані епізоди переїдання, які супроводжуються почуттями вини, сорому або незадоволення собою після їжі. Люди, що страждають від цього розладу, можуть втрачати контроль над своїм харчуванням, їсти швидко та без свідомого сприйняття смаку та насолоди від їжі [12].

У наслідок люди, у більшості випадків, страждають від зайвої ваги, у них збільшується ризик виникнення серцево-судинних захворювань, збільшується кров'яний тиск та рівень холестерину, та збільшується ризик виникнення діабету [28].

Харчова некомпетентність відноситься до обмеженого розуміння та навичок управління харчуванням. Людина, яка має харчову некомпетентність, може демонструвати ознаки відсутності здорових харчових пристрастей: Людина може бути не впевненою у виборі здорової їжі та правильної балансованої дієти. Вона може не розуміти, які продукти є корисними для її здоров'я і як правильно готувати їжу.

Людина може мати обмежене сприйняття голоду та ситості. Вона може не розуміти свої фізіологічні сигнали голоду і переситості, що може призвести до неправильного споживання їжі.

Також людина з харчовою некомпетентністю може використовувати їжу як спосіб регулювання емоцій. Вона може споживати їжу, коли вона сумна, нудиться або прагне втішення, незалежно від фізіологічних сигналів голоду.

Харчова некомпетентність може впливати на розвиток харчової залежності у наступні способи:

1. Емоційна залежність від їжі: Оскільки людина з харчовою некомпетентністю використовує їжу для регулювання емоцій, вона може розвивати емоційну залежність від їжі. Їжа стає способом втішення або втечі від негативних емоцій, що може призводити до надмірного споживання їжі.

2. Відсутність контролю: Харчова некомпетентність може призводити до відчуття втрати контролю над харчуванням. Людина може не мати навичок

управління порціями, відчувати голод та ситість і правильно балансувати свої харчові потреби. Це може підтримувати цикл харчової залежності.

3. Обмеження та перебір: Людина з харчовою некомпетентністю може впадати в цикл обмежень та перебору. Вона може намагатися контролювати своє харчування через жорсткі дієти, що призводить до надмірного споживання їжі у відповідь на обмеження, що вже були застосовані.

Важливо розвивати харчову компетентність, яка включає розуміння здорового харчування, своїх фізіологічних потреб, здатність розпізнавати емоційний голод і розвивати здорові відносини з їжею. Це можна досягти через освіту, консультування фахівцями по харчуванню та практикування свідомого харчування.

Додатково до анорексії, булімії та компульсивного переїдання, існує інший вид порушень харчової поведінки, відомий як орторексія. Орторексія, яка була запропонована у 1997 році Найтом та Братманом, є новим терміном, який описує обмеження в харчуванні та перфекціоністський підхід до їжі. Люди, що страждають від орторексії, можуть прагнути досягти ідеального харчового режиму, дотримуючись жорстких обмежень та відмовляючись від багатьох продуктів харчування, навіть тих, які є необхідними для забезпечення нормального функціонування організму [15].

Перфекціонізм може впливати на розвиток харчової залежності, оскільки він створює несприятливе середовище для здорового ставлення до їжі і сприяє негативним харчовим практикам.

Люди з високим рівнем перфекціонізму часто встановлюють надмірно жорсткі стандарти для себе, включаючи стандарти щодо свого зовнішнього вигляду і тіла. Вони можуть постійно намагатися досягти "ідеальної" фізичної форми, що може призвести до нездорового споживання їжі, обмежень та надмірного тренування.

Самооцінка, пов'язана з зовнішнім виглядом: Люди з перфекціоністськими тенденціями можуть посилити свою самооцінку на основі свого зовнішнього вигляду. Якщо вони відчувають незадоволеність або недосконалість у своєму тілі, вони можуть шукати заспокоєння або втішення у їжі, що може також вести до харчової залежності.

Чорно-біле мислення: Перфекціоністи мають тенденцію мислити в категоріях "абсолютно правильно" або "абсолютно неправильно". Це може призводити до жорстких правил щодо харчування, де дозволяється лише "ідеальна" їжа, а будь-яке відхилення від цих правил вважається провалом. Це викликає почуття провини та недосконалості, що може підштовхнути до розвитку харчових розладів та харчової залежності.

Перфекціоністи часто мають високий рівень самокритики і постійно оцінюють себе за своїми досягненнями. Коли вони не відповідають своїм високим вимогам, вони можуть використовувати їжу як засіб заспокоєння або втечі від своєї самокритики, що сприяє харчовій залежності.

Ще одним фактором який може впливати на розвиток залежності є недовіра у харчуванні - це стан, коли людина відчуває неспокій, сумніви та недовіру щодо їжі, харчових продуктів, свого тіла або харчових звичок. Це може виникати з різних причин і мати різні прояви, але спільним є відчуття небезпеки або незадоволеності, пов'язане з харчуванням.

Недовіра може призводити до перебору з їжею. Людина може бути постійно занепокоєна тим, що вона не отримує достатньо їжі або що вона буде голодна, тому вона постійно переживає недостатність і споживає більше їжі, ніж їй потрібно.

Недовіра також може призводити до обмежень з їжею. Людина може не довіряти своєму тілу або своїм фізіологічним сигналам голоду і ситості, тому вона ставить суворі обмеження на кількість та види їжі, які вона споживає. Це може призводити до недостатнього харчування та нездорового відношення до їжі.

Людина з недовірою може постійно перевіряти етикетки продуктів, шукати "шкідливі" інгредієнти або перевіряти калорійні значення. Це призводить до нав'язливих думок і призводить до стресу та обмежень у виборі їжі.

Людина з недовірою може постійно контролювати свою харчову поведінку, наприклад, вести детальний щоденник харчування, розраховувати кількість калорій або займатися надмірним тренуванням, щоб "компенсувати" харчові випадки. Цей контроль може викликати почуття стресу та тривоги, що впливає на психологічний стан та харчову поведінку.

Бен Франклін казав: «Людина повинна їсти щоб жити, а не жити щоб їсти», люди не повинні їсти щоб задовольнити свої емоційні потреби, уникнути неприємні почуття або ситуації. Люди повинні пам'ятати про мету прийому їжі – здоров'я[21].

З точки зору Вознесенської Т.Г існує три види порушення та розладів харчової поведінки. Вона виділяє емоціогенну, екстернальну та обмежувальну, що з'являються від постійного відчуття дискомфорту, стресу та обмежень в їжі [22].

Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що люди використовують їжу як спосіб повернути собі нормальний емоційний стан. Тобто «заїдає» негативні емоції та переживання які виникають внаслідок постійного переживання стресу, самотності та тривоги. Для такого типу харчової поведінки характерний розвиток ожиріння. З часом людина перестає розрізняти фізіологічне відчуття голоду від емоцій, як у наслідок починає їсти не від того що отримує сигнали шлунку, а тому що відчуває, наприклад, тривогу та вважає що вона просто голодна.

Обмежувальна харчова поведінка називається так тому, що люди які попадають під цю категорію обмежують свою харчову поведінку за допомогою дієт, обмежування калорій які вони споживають, продуктах. При чому такі «дієти» можуть бути доволі сильними що призводить до того, що люди самі не можуть дотримуватись дієт які самі ж собі і наставили. У наслідок чого люди починають злитися на себе через те що мають слабку волю [23].

Це встановлення суворих обмежень на кількість або види їжі, які людина споживає. Це може бути пов'язано з недовірою до їжі, незадоволенням тілом, перфекціонізмом або бажанням контролювати вагу. Обмеження можуть призводити до недостатнього харчування та дисбалансу поживних речовин, що може сприяти негативному впливу на фізичне та емоційне здоров'я. Довгострокова обмежувальна харчова поведінка може створити жорсткість і підвищений страх щодо їжі, що може підтримувати харчову залежність або розлади харчування.

Екстернальна харчова поведінка виникає у наслідок того, що людина стає чутливою до зовнішніх чинників до прийому їжі більше, ніж до внутрішніх. До таких зовнішніх чинників належить реклама, від інших людей які вживають їжу,

доступність продуктів та кількість фастфудних кортів на вулицях. При цьому ситість у таких людей відчувається тільки після фізичного заповнення шлунку, із-за того що для екстернальної харчової поведінки характерно те, що люди їдять не зважаючи уваги на те коли був останній прийом їжі.

Вміння відрізнати емоційні тригери та фізіологічні сигнали організму до прийому їжі, роблять людину більш схильною до розвитку правильної харчової поведінки та уникнення розвитку харчової залежності.

Дослідження у цій галузі постійно збільшуються, адже харчова залежність має серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людей. Важливо розуміти причини їх появи та можливості лікування, щоб надати належну допомогу тим, хто постраждав.

1.2. Аналіз факторів що впливають на розвиток харчової залежності та їх наслідки

Харчова залежність у сьогоденні стає все більш поширенішою формою залежності.

Небезпека залежності полягає у тому, що чим сильніше людина поглиблюється у її ступінь, тим менше раціональності в неї залишається. Також знижується рівень психологічної стійкості, та активності у тих сферах життя, які були цікаві людині раніше. Все починає «крутитися» тільки навколо сфери залежності. У випадку харчової залежності, їжею починають заповнювати брак уваги, любові, визнання до себе. Використовують їжу як спосіб пережити стрес, тривогу та інші негативні емоції, іншими словами, отримують ілюзорну підтримку та шанс хоча б на короткий час відчувати себе краще. Як результат – їжа, це найшвидший спосіб відчувати задоволення від життя. [4]

Із-за таких втеч від реальності їжа і становиться так званим «наркотиком». Хоч і на відміну від наркотиків їжа не має таких же негативних наслідків, як наркотики або алкоголь, але все ж такий спосіб порівняння допомагає зрозуміти яким серйозним може бути вплив харчової залежності на людей. [8]

У багатьох людей їжа також асоціюється з відчуттям винагороди. Існує багато випадків, коли батьки використовують їжу як стимул для дітей. Наприклад, дітям обіцяють їжу як винагороду за хорошу поведінку. Після цього їжа стає формою винагороди за досягнення цілей, або способом заспокоїтися після напруженого дня.

Як у наслідок у людини розвиваються ознаки залежності від їжі: втрата контролю над кількістю споживання, або навпаки, втрата голоду. Нездатність зупинитися призводить до серйозних наслідків, як для фізичного, так і психічного здоров'я людини. Також типічною ознакою харчової залежності є неможливість отримати задоволення без споживання їжі.

Фактор, який може спричинити появу харчової залежності включає в себе відсутність самоідентифікації [1]. Людина яка не має чіткого розуміння себе як особистості, своєї цінності та цілей в житті може намагатися знайти визнання та підтримку від інших. Навіть у випадку коли група, у якій вона шукає підтримку, надає їй тільки ілюзію самоідентифікації, та насправді являється більше деструктивною ніж конструктивною, людина продовжує намагатися шукати визнання навіть у небезпечних відносинах.[22]

Вивчення та розуміння харчової залежності вимагає внесення вагомому внеску з боку психологів та науковців. Сутність залежності полягає у тому, що вона знижує рівень психологічної стійкості особистості, змінює коло інтересів людини на себе. Людина, яка стає залежною, фокусується тільки на тому, що може принести їй задоволення, або тимчасове відчуття спокою.

Євгеній Шрамко, експерт з питань харчових звичок та психологічного підходу до розв'язання харчових проблем. Він наголошує: "Харчові звички формуються під впливом багатьох факторів, включаючи соціальну довілля, емоційний стан та ставлення до їжі. Для попередження харчової залежності важливо розвивати свідоме та збалансоване харчування з раннього віку." [13]

Оцінюючи харчову залежність, враховуються різні фактори, включаючи місце їжі в ієрархії цінностей людини та кількісні та якісні показники харчування. Етнокультурні та соціальні чинники мають значний вплив на формування стереотипів харчової поведінки, особливо в періоди стресу.

Харчова залежність сильно піддається впливу етнокультурних та соціальних чинників. Етнокультурні фактори, такі як національна культура, традиції, звичаї та кулінарна спадщина, мають значний вплив на те, що, коли і як люди їдять. Кожна культура має свої особливості стосовно вибору продуктів, способів приготування їжі, розміру порцій та ритуалів, пов'язаних із харчуванням [1].

Соціальні чинники також впливають на харчову залежність. Соціальні норми, очікування та прийняті стандарти стосовно їжі можуть визначати, що вважається прийнятним або неприйнятним щодо споживання їжі. Наприклад, у певних соціальних групах може існувати певна дієта або стиль харчування, які вважаються показником соціального статусу або приналежності до певної групи [32].

Крім того, соціальні чинники такі як медіа, реклама та вплив оточуючих можуть впливати на харчові вподобання та звички. Модні тенденції, дієти, спеціальні режими харчування та ідеали краси, що пропагуються у суспільстві, можуть спонукати людей до змін у своїй харчовій поведінці.

Врахування етнокультурних та соціальних чинників, дозволяє нам краще розуміти, чому люди обирають певні продукти, як вони готують їжу і які звички пов'язані з харчуванням у різних культурах та соціальних групах.

Крім цього, бажання, задоволення та володіння їжею є важливою складовою людської природи і пов'язане воно з фізіологічними аспектами. Їжа необхідна для нашого виживання, але вона також має значний вплив на наше емоційне та соціальне благополуччя.

Фізіологічно, наше бажання їсти пов'язане з потребою організму у харчуванні для забезпечення енергії та будівельних матеріалів для клітин. Коли наш організм відчуває голод, ми відчуваємо нестерпну потребу в пошуку їжі. Це біологічний механізм, який підтримує наше виживання і допомагає нам забезпечувати необхідні життєво важливі ресурси.

Однак, бажання задоволення їжею також має сильний психологічний аспект. Їжа може приносити нам задоволення і радість, і це пов'язано з нашими смаковими пристрастями, пам'яттю, культурними впливами та емоційним станом. Деякі страви

можуть нагадувати нам про приємні події або людей, а тому ми можемо бажати володіти і споживати їх для забезпечення позитивного емоційного досвіду.

Крім того, наше бажання володіти їжею може бути пов'язане зі специфічними факторами, такими як доступність, соціальний статус та контроль. Наприклад, люди можуть бажати споживати рідкісні або дорогі страви, які відображають їх соціальний статус або які вважаються ексклюзивними. Також, бажання контролювати своє харчування може бути пов'язане зі стратегіями дієти, здоров'ям або відчуттям самоконтролю.

Якщо людина втрачає контроль над своїм харчуванням, вона може почати обмежувати кількість їжі, що споживається, або обирати лише певні типи харчів. Це призводить до поживної недостатності, коли організм не отримує достатньо поживних речовин для нормального функціонування. Тим самим доводячи себе до втрати ваги, виснаженості, слабкості та інших проблем зі здоров'ям.

1.3. Попередження та подолання харчової залежності

Харчова залежність виникає внаслідок того, що люди використовують її як спосіб втечі від реальності. Під час фрустрації, виникає бажання «заїсти» проблему. Така поведінка допомагає втекти від неприємних переживань. Під час їжі хочеться як на довше розтягнути прийом їжі, що б менше часу витратити на проблеми реального світу [29].

На сьогодні в Україні немає жодної програми для профілактики харчової залежності. Тому зараз є актуальним, створити цільові орієнтири для попередження розвитку харчової залежності та її подолання.

Харчова залежність розвивається, у більшості випадків, із-за того, що діти копіюють поведінку своїх батьків. Якщо батьки мають нездорову харчову поведінку: споживають велику кількість їжі, харчуються вже готовими продуктами, або їжею швидкого приготування, вживають багато солодощів. То діти можуть наслідувати ці звички та провокувати ризик розвитку харчової залежності у майбутньому.

Також батьки часто використовують їжу як спосіб заспокоєння, або вираження любові. Наприклад, нагороджувати дитину солодощами, або заспокоювати, коли дитина проявляє негативні емоції. Це може створювати зв'язок між їжею та емоціями, що також призводить до харчової залежності. [31].

Також, батьки, які не забезпечують своїх дітей здоровою їжею, а замість цього заповнюють холодильник нездоровими продуктами, стають першою причиною, яка призводить до появи харчової залежності. Не розповідають про правильний вибір їжі, або навпаки, надмірно фокусуються на вазі та зовнішності, спричиняючи неправильне вживання їжі та роблячи дитину нездатною керувати своєю харчовою поведінкою.

Тому для попередження харчової залежності у молоді, потрібно розробити також профілактичну роботу для батьків. З причини того, що саме в родині особистість набуває основні харчові звички.

- Кожна родина має мати певні правила, які будуть забезпечувати контроль та нагляд за харчуванням кожного члена сім'ї.
- Враховувати бажання потреб та бажань до харчування кожного члена сім'ї.
- Вчити дітей тому як використовувати продукти, як проходить процес закупівлі продуктів та ін..
- При виявленні власних порушень харчової поведінки, звернутися до спеціаліста, що б не передавати їх дитині через трансляцію у стосунках батько-дитина.
- Не ображати дитину, особливо коли це стосується її зовнішності та образу власного тіла.
- Надавати приклад позитивної харчової поведінки, вести активний та здоровий спосіб життя та позитивного ставлення до власного тіла.

Важливо зазначити, що саме батьки відіграють домінуючу роль у розвитку розладів харчової поведінки у дітей та їх подальшому прояву у молоді. Їх слова та дії визначають подальший спосіб життя особистості.

Сучасні методи та підходи до роботи з харчовою поведінкою у молоді орієнтовані на розуміння і зміну негативних психологічних факторів, сприяють побудові позитивного ставлення до їжі і здорового способу життя. Використання комбінації цих методів може допомогти молоді з порушеннями харчування знаходити шлях до здорового і збалансованого способу харчування [25].

Для роботи з попередження харчової залежності має сенс включити:

- Роботу з навичками розпізнавання власних емоцій, бажань та навичками їх регулювання.
- Роботу для покращення мотивації до ведення здорового способу життя: дотримання режиму, активність, фізичні навантаження.
- Допомогти зрозуміти що людина сама несе відповідальність за власне життя та здоров'я.
- Сприяти росту особистісного зростання, наприклад, через творчу діяльність.

У нас, на відміну від західних країн, відсутня програма профілактики харчової залежності. Не ведеться широкомасштабного інформування населення про правила раціональної харчової поведінки.

Сучасні методи та підходи для роботи з харчовою поведінкою у молоді базуються на наукових дослідженнях і практичному досвіді. Вони спрямовані на попередження та лікування порушень харчування, а також на розвиток здорового ставлення до їжі та збереження психологічного благополуччя. Деякі з сучасних методів включають:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [16]: Цей підхід є одним з найефективніших у лікуванні порушень харчування. КПТ спрямована на розуміння та зміну негативних мислень, емоцій і поведінки, пов'язаних з їжею. Вона допомагає клієнтам виявити і змінити шкідливі думки і переконання щодо їжі, свого тіла і самооцінки.

2. Групова психотерапія: Групові сесії можуть бути корисними для молоді з порушеннями харчування, оскільки створюють підтримку та спільноту з іншими, що

також знаходяться в подібній ситуації. У цих групах молодь може обмінюватися досвідом, отримувати підтримку та навчатися новим стратегіям здорового харчування.

3. Мультимодальна терапія: Цей підхід поєднує різні методи та техніки з метою забезпечення комплексного підходу до лікування порушень харчування. Він може включати КПТ, сімейну терапію, медичний моніторинг та інші компоненти, що враховують індивідуальні потреби та характеристики молоді.

4. Дієтологічна підтримка: Компетентний дієтолог може надати індивідуальні поради щодо збалансованого харчування, адаптувати раціон до потреб організму та допомогти зняти стрес, пов'язаний з харчуванням.

Проте, зазвичай, лікуванням харчової залежності займаються одночасно два фахівці: дієтолог та психотерапевт. Крім цього, люди можуть зустрічатися з однодумцями під час групової терапії, що може підтримувати їх та мотивувати змінити свій образ життя. Такі заняття навчають людей переосмислити своє ставлення до їжі, та усвідомити що це не тільки можливість втекти від реальності, а й спосіб забезпечити себе корисними речовинами для продовження життєдіяльності.

Важливо підкреслити, що ефективність методів може варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей та контексту. Результати можуть бути досягнуті за допомогою індивідуально підібраних та комбінованих підходів.

Висновки до першого розділу

Після аналізу наукової літератури з проблематики харчової залежності та її причин, можна зробити такий висновок.

Харчова залежність – це психологічно-зумовлена поведінка, яка підпорядковується не фізіологічним бажанням позбутися відчуття голоду, а бажанням поглинути їжу.

У харчової залежності є декілька основних видів:

1. Анорексія. Характеризується як психічне порушення, коли людина сама собі обмежує апетит. Також виділяють нервову анорексію – різновид харчової

залежності, під час якої людина обмежує себе в їжі з причини того, що прагне до худоби.

2. Булімія – характеризується хворобливим страхом набрати вагу, та одночасно з ним неконтрольований потяг до прийому їжі. Тому кожного разу після того як людина поїсть, вона викликає штучне очищення від нею, приймаючи проносні засоби, або викликаючи блювання.

3. Компульсивне переїдання – характеризується переїданням, значно більшим ніж це фізіологічно необхідно людині. Тому це порушення харчової поведінки часто стає причиною ожиріння.

Харчова залежність у будь-якому вигляді може спричинити багато проблем не тільки з психологічної сторони, а й з фізіологічної. Вони характеризуються ожирінням або навпаки, зниженням ваги до мінімальної, появою хвороб серця, появою діабету та розвитком порушенням травлення.

Можна також виділити ознаки харчової залежності. Перш за все – це обмеження активності та звуження кола інтересів людини тільки до прийому їжі. По-друге – неконтрольований апетит, або навпаки черезмірний контроль над прийомами їжі.

Харчова залежність також може з'являтися з таких причин:

1. Прагнення до худоби: Прагнення до худоби може привести до нездорового ставлення до їжі, контролювання кількості та типів харчування, а також до неприродних харчових звичок, які можуть сприяти розвитку харчової залежності.

2. Булімія: Булімія, яка характеризується періодами об'їдання та наступним компенсаційним поведінкою (наприклад, спровокованою блювотою або вживанням слабкорозчинних ліків), може сприяти розвитку харчової залежності через відчуття втрати контролю над їжею та емоційні проблеми.

3. Перфекціонізм: Перфекціонізм, характеризується високими вимогами до себе, може призводити до низької самооцінки та постійного стремління до "ідеального" харчування. Це може вести до недостатнього харчування, контролю над їжею та пошуку утіхи через харчування, що сприяє харчовій залежності.

4. Недовіра: Недовіра до їжі, тіла або харчових звичок може спричиняти тривогу та неспокій. Це може призводити до нездорових харчових звичок, перебору з їжею або обмежень, які можуть впливати на розвиток харчової залежності.

5. Харчова некомпетентність: Харчова некомпетентність, тобто недостатні знання про здорове харчування та неуміння розпізнавати сигнали голоду та ситості, може вести до нездорових харчових звичок та залежності від їжі.

Аналізуючи психологічні чинники, можна зробити висновок, що харчова залежність виникає через вплив емоцій, стресу спричиненого власним почуттям людини бути доскональною та нервовими розладами.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДИ

2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

Опис методик психологічного дослідження:

У цьому дослідженні ми використовували кілька методик для оцінки порушень харчової поведінки та пов'язаних з ними факторів:

✓ **Шкала оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI** (Шкала оцінки патологічної харчової поведінки / Інвентар випадкової дії): Ця методика дозволяє оцінити наявність патологічних звичок харчування та їх вплив на психологічний стан досліджуваних осіб. ШОХП фокусується на діагностиці анорексії та булімії, включаючи такі аспекти, як перекуси, компульсивне переїдання, неконтрольоване їжі та сприйняття тіла.

✓ **Голландський опитувальник харчової поведінки**: Цей опитувальник дозволяє оцінити різні аспекти харчової поведінки, включаючи споживання здорової та нездорової їжі, порційний контроль, їжу як спосіб заспокоїти емоції та інші.

✓ **Опитувальник "Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії "Я - реконструкція"**: Цей опитувальник спрямований на виявлення можливих довербальних травм та їх вплив на психологічний стан та поведінку. Він може допомогти визначити можливі фактори, які сприяють розвитку порушень харчової поведінки, таких як негативний досвід з дитинства чи емоційне перевантаження.

Ці методики надають нам комплексне уявлення про порушення харчової поведінки та допомагають у формулюванні стратегій для діагностики та лікування. Використання різноманітних підходів дозволяє отримати більш повне розуміння цього складного явища і сприяє подальшому розвитку нашого знання про порушення харчової поведінки.

Етапи дослідження: наше дослідження на тему розладів харчової поведінки включає такі етапи для досягнення цілі:

- **Вибір дослідних учасників:** вибірка учасників дослідження є важливим етапом, для проведення дослідження.
- **Збір даних:** На цьому етапі ми збираємо інформацію, яка допоможе нам відповісти на питання розладів харчової поведінки у молоді. Можливі методи збору даних включають методики, опитувальники, інтерв'ю та аналіз літератури.
- **Аналіз даних:** Після збору даних ми провели їх аналіз. Мета аналізу полягає в тому, щоб знайти взаємозв'язки, тенденції або інші важливі результати, які можуть відповісти на питання.
- **Інтерпретація результатів:** Після аналізу ми інтерпретуємо результати нашого дослідження, робимо висновки та встановлюємо, наскільки вони підтверджують наше початкове дослідницьке питання.

1. Шкала оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI

ШОХП/EDI є опитувальником, який використовується для оцінки харчової поведінки та виявлення ризикових факторів для розладів харчування, таких як анорексія, булімія та об'їдання. Цей опитувальник складається з ряду запитань, які стосуються різних аспектів харчової поведінки та ставлення до їжі.

ШОХП (Шкала оцінки харчової поведінки) була розроблена у 1979 році Брауером та Кантором і складається з 51 запитання, які оцінюють такі аспекти, як увага до власного тіла, регуляція їжі, голод та споживання їжі з метою зняття стресу [17], [Додаток А].

Цей опитувальник широко використовується в дослідженнях розладів харчування та надає корисну інформацію про психологічні та емоційні аспекти пов'язані з харчовою поведінкою [14] [10]. Він допомагає виявити ризикові фактори, підвищити свідомість та розуміння процесів, пов'язаних з розладами харчування, та розвивати ефективні підходи до діагностики та лікування таких порушень.

Для інтерпретації результатів методики ШОХП/EDI, використовується шкала оцінки, яка включає варіанти відповідей від «1 – Ніколи» до «6 – Завжди», та досліджує наступні критерії: «прагнення до худоби», «булімія», «незадоволеність

тілом», «неефективність» (у сенсі почуття самотності, відсутність відчуття безпеки та нездатність контролювати власне життя), «перфекціонізм», «недовіра до соціальних відносин» та «харчова некомпетентність» (дефіцит уваги до почуття голоду або насичення їжею).[18]

- Прагнення до худоби може призводити до обмежень у харчуванні та нездорових способів контролювання ваги, що може сприяти розвитку харчової залежності.

- Булімія, яка характеризується періодичними епізодами переїдання і після цього спричиненим сповненням, може сприяти формуванню нездорових харчових звичок та залежності від їжі.

- Перфекціонізм, пов'язаний з високими вимогами до себе, може призводити до використання їжі як способу заспокоєння або втечі від самокритики, сприяючи харчовій залежності.

- Недовіра до їжі або свого тіла може призводити до перебору з їжею, обмежень у харчуванні або постійного контролю навколо харчової поведінки, що може підтримувати харчову залежність.

- Харчова некомпетентність, тобто недостатні знання про здорове харчування і навички самоконтролю, може призводити до неправильного харчування, нездорових харчових виборів та сприяти харчовій залежності.

2. Голландський опитувальник харчової поведінки

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) є психологічним інструментом, який використовується для вимірювання різних аспектів харчової поведінки та ставлення до їжі. Цей опитувальник розроблений в Голландії і широко використовується в дослідженнях розладів харчування та здорового харчування.

DEBQ складається з трьох основних шкал:

- Шкала «Обмежувальна харчова поведінка» (Restrictive eating behavior) оцінює тенденцію особи до обмеження свого харчування з метою контролю ваги,

зменшення кількості споживаних калорій або досягнення ідеального зовнішнього вигляду, і містить 10 запитань.

➤ Шкала «Емоціогенна харчова поведінка» (Emotional Eating Scale) вимірює рівень споживання їжі внаслідок емоційного стресу або регулювання настрою і містить 13 запитань.

➤ Шкала «Екстернальна харчова поведінка» (External Eating Scale) оцінює тенденцію особи їсти відповідно до зовнішніх стимулів, таких як запах їжі або наявність її навколо, і складається з 10 запитань.

У кожному запитанні учасникам пропонується оцінити свою поведінку або ставлення до їжі на шкалі від 1 до 5 або 6, де 1 означає «Ніколи» або «Не згоден», а 5 або 6 означає «Завжди» або «Повністю згоден».

Оцінка DEBQ полягає у підрахунку сумарних балів для кожної шкали. Високі бали на «обмежувальній» та «емоційній» шкалі можуть вказувати на наявність проблем з контролем харчування або емоційним переїданням. Високі бали на «екстернальній» шкалі можуть вказувати на швидке та несвідоме споживання їжі.

3. Опитувальник «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії «Я – реконструкція»

Опитувальник «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії «Я – реконструкція» використовується для оцінки рівня розвитку довербальних травм за методом психотерапії «Я – реконструкція». Оцінка рівня розвитку довербальних травм здійснюється на основі отриманих результатів опитування, які вимірюються в балах.

Опитувальник складається з трьох субшкал, що оцінюють рівень розвитку різних аспектів довербальних травм. Кожна субшкала містить 10 запитань і вимірюється за шкалою від 0 до 50 балів.

- **Субшкала №1: Право бажати.** Ця субшкала оцінює рівень розвитку заборони на бажання та орієнтацію на чужі ідеали. Отримані результати від 0 до 15

балів свідчать про низький рівень розвитку довербальних травм у цьому аспекті. Результати від 15 до 35 балів вказують на середній рівень розуміння своїх бажань, а результати від 35 до 50 балів свідчать про високий рівень розвитку заборони на бажання.

- **Субшкала №2:** Право володіти (мати). Ця субшкала оцінює рівень розвитку заборони на право мати та навичок відстоювати свої границі. Результати від 0 до 15 балів свідчать про низький рівень розвитку довербальних травм у цьому аспекті. Результати від 15 до 35 балів вказують на середній рівень розвитку права володіти. Результати від 35 до 50 балів свідчать про високий рівень розвитку заборони на право мати.

- **Субшкала №3:** Право отримувати задоволення. Ця субшкала оцінює рівень розвитку заборони на задоволення та схильність до уникнення задоволення. Результати від 0 до 15 балів свідчать про низький рівень розвитку довербальних травм у цьому аспекті. Результати від 15 до 35 балів вказують на середній рівень розвитку права отримувати задоволення. Результати від 35 до 50 балів свідчать про високий рівень розвитку заборони на задоволення.

Стадії розвитку довербальних травм за методом психотерапії «Я-реконструкція» можна охарактеризувати наступним чином:

Перша стадія: Низький рівень розвитку довербальних травм.

У цій стадії людина виявляє високий рівень розуміння своїх бажань, права на матеріальні та нематеріальні блага, а також право отримувати задоволення. Вона орієнтується в своїх бажаннях, вміє відстоювати свій особистий простір і поважає такі ж конструкти у інших людей. Результати від 0 до 50 балів свідчать про високий рівень розвитку в цьому аспекті.

Друга стадія: Середній рівень розвитку довербальних травм.

У цій стадії виявляється середній рівень розуміння своїх бажань і права мати. Людина може відчувати провину і уникати отримання задоволення. Вона зіштовхується з труднощами в реалізації цих конструктів і може використовувати

чужі орієнтири як опору для свого світу. Результати від 51 до 100 балів вказують на середній рівень розвитку в цьому аспекті.

Третя стадія: Високий рівень розвитку довербальних травм.

У цій стадії виявляється високий рівень розвитку заборон на бажання, права володіти та отримувати задоволення. Людина має низький рівень розуміння своїх бажань, уникає володіння та права на власність свого часу, простору та інших базових потреб. Вона може відчувати відчуття провини, проявляти високий рівень агресії на фактори, що можуть спричинити збудження, та схильна до залежностей та психосоматичних розладів. Результати від 101 до 150 балів свідчать про високий рівень розвитку заборон на задоволення.[19]

2.2. Аналіз результатів особливостей прояву харчової поведінки у молоді

Для аналізу результатів за методикою, використаємо шкали оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI, зокрема показники: Прагнення до худоби, Булімія, Незадоволеність тілом, Неефективність, Перфекціонізм, Недовіра, Харчова некомпетентність.

Табл.1

Розподіл респондентів за шкалою оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI

| | Низький рівень | Середній рівень | Високий рівень |
|-----------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Прагнення до худоби | 20% | 65% | 15% |
| Булімія | 45% | 45% | 10% |
| Незадоволеність тілом | 65% | 30% | 5% |
| Неефективність | 40% | 55% | 5% |
| Перфекціонізм | 70% | 25% | 5% |
| Недовіра | 50% | 45% | 5% |

| | | | |
|-----------------------------|-----|-----|----|
| Харчова некомпетентність | 55% | 45% | 0% |
|-----------------------------|-----|-----|----|

Аналізуючи результати нашої дослідження, було видно, що серед учасників спостерігається різний рівень прагнення до худоби. 65% учасників демонструють середній рівень, в той час як 20% мають низький рівень, а 15% - високий рівень прагнення до худоби. Це може вказувати на поширеність проблем пов'язаних з образом тіла та постійним бажанням досягти ідеальної фізичної форми серед наших учасників.

Одним з головних результатів нашого дослідження є те, що 45% учасників виявили ознаки булімії, що свідчить про наявність проблем із контролем над харчуванням. Це серйозна проблема, яка може впливати на фізичне та психологічне здоров'я та вимагати відповідної підтримки та лікування.

Незадоволеність тілом також є поширеною серед учасників. 30% зазначили середній рівень незадоволеності тілом, що може відображати негативне сприйняття власної зовнішності та почуття несхожості зі стандартами краси. Така незадоволеність може мати негативний вплив на самоповагу та загальний стан добробуту учасників. Незадоволеність тілом має широкий спектр наслідків для психологічного та фізичного здоров'я. Це включає зниження самооцінки, тривогу, депресію, розлади харчування (такі як анорексія та булімія), низьку якість життя та проблеми з психосоціальною адаптацією.

Перфекціонізм також виявився непоширеним серед наших учасників, 70% зазначили низький рівень перфекціонізму. Тільки 25% вибірки зазначили середній рівень перфекціонізму, та 5% високого рівня. Це може свідчити про тенденцію до встановлення надмірно високих стандартів для себе та страждання від незадоволеності при недосягненні цих стандартів. Цей аспект може викликати значну стресову навантаженість та психологічну напругу.

Недовіра та харчова некомпетентність були на одному рівні поширеності серед учасників дослідження. 45% учасників зазначили середній рівень недовіри та 45% -

середній рівень харчової некомпетентності. Ці результати вказують на можливу наявність проблем зі сприйняттям та розумінням власних фізичних відчуттів.

Враховуючи отримані результати, основні проблеми пов'язані з прагненням до худоби, незадоволеністю тілом, булімією, перфекціонізмом, недовірою та харчовою некомпетентністю є поширеними серед учасників. Ці проблеми впливають на психологічне та фізичне здоров'я, самоповагу та якість життя учасників. Результати нашого дослідження підкреслюють важливість надання підтримки, розуміння та лікування для осіб, що стикаються з цими проблемами. Детальний аналіз цих результатів може допомогти у розробці ефективних програм та інтервенцій для покращення психологічного благополуччя та здоров'я учасників.

Табл.2

Розподіл респондентів за «Голландським опитувальником харчової поведінки»

| Типи харчової поведінки | Норма | | Відхилення від норми | |
|--------------------------------|-----------|-----|----------------------|-----|
| | Кількість | % | Кількість | % |
| Обмежувальна харчова поведінка | 12 | 30% | 28 | 70% |
| Емоціогенна харчова поведінка | 8 | 20% | 32 | 80% |
| Екстернальна харчова поведінка | 7 | 18% | 33 | 82% |

Результати дослідження за даною методикою свідчать про поширеність відхилень від норми у всіх трьох типах харчової поведінки серед більшості учасників.

Екстернальна харчова поведінка, що означає відповідь на зовнішні стимули щодо харчування (наприклад, їжа через суспільні події або емоції), була виявлена в 82% учасників як відхилення від норми.

Емоціогенна харчова поведінка, яка передбачає вживання їжі як засобу заспокоєння або втіхи, була притаманна 80% учасників. Також, 70% учасників демонстрували ознаки обмежувальної харчової поведінки, що включає контроль, обмеження або виключення певних видів їжі з дієти.

Ці результати свідчать про наявність проблем у відношенні до харчування та контролю над ним у більшості учасників. Нездорові відносини з їжею, низьку самоконтрольність або недостатню регуляцію харчування, що може мати негативний вплив на фізичне і психологічне здоров'я.

Загальна тенденція свідчить про наявність проблем у відношенні до харчування та контролю над ним у більшості учасників, що вказує на потребу у розумінні та підтримці, а також додаткової роботи для поліпшення їхнього здорового харчування та емоційного стану.

Табл.3

Розподіл респондентів за опитувальником «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії «Я – реконструкція»

| Перша стадія | Друга стадія | Третя стадія |
|--------------|--------------|--------------|
| 35% | 55% | 10% |

За аналізом наданих даних про стадії розвитку довербальних травм в групі респондентів, можна зробити наступні висновки:

- Перша стадія: 35% респондентів знаходяться на першій стадії розвитку довербальної травми. Це може означати, що ці особи відчувають свої бажання, розуміють свої персональні кордони та можуть відстоювати свої права. Отримують задоволення від спілкування з іншими, та поважають їх.
- Друга стадія: Більшість респондентів (55%) перебувають на другій стадії розвитку довербальних травм. Це свідчить про те, що ці особи можуть переживати

більш серйозні наслідки довербальної травми, такі як почуття втрати контролю, погіршення самоповаги, емоційне знецінення або соціальну ізоляцію.

- Третя стадія: 10% респондентів знаходяться на третій стадії розвитку довербальних травм. Це може вказувати на більш складні наслідки травматичного досвіду, які можуть включати серйозне порушення самоповаги, тривожність, депресію або посттравматичний стресовий розлад.

Загалом, результати свідчать про широке поширення довербальних травм серед досліджуваної групи. Чим вища стадія розвитку, тим серйозніші наслідки можуть виникати у зазначених осіб. Це підкреслює необхідність розуміння, визнання та підтримки тих, хто переживає довербальну травму.

Між довербальними травмами: задоволенням, бажанням, володінням та порушенням харчової поведінки, може існувати певний взаємозв'язок. Ось кілька можливих способів, якими ці елементи можуть взаємодіяти:

Довербальні травми та порушення харчової поведінки: Довербальні травми, такі як емоційне знецінення, можуть впливати на харчову поведінку людини. Наприклад, деякі люди можуть реагувати на емоційну травму шляхом зміни своїх звичок їжі, таких як надмірне переїдання або відмова від їжі. Зворотний вплив також можливий, коли порушення харчової поведінки, таке як анорексія або булімія, може спричиняти погіршення емоційного стану і підвищення ризику довербальних травм.

Задоволення та бажання: Задоволення та бажання можуть відігравати роль у харчовій поведінці. Деякі люди можуть шукати задоволення через їжу, використовуючи її як спосіб компенсувати емоційні потреби або заспокоїти себе. Це може бути особливо актуально для тих, хто має досвід довербальних травм, оскільки вони можуть шукати способів зняття стресу та відвертання уваги від негативних емоцій.

Володіння щодо їжі та контроль над нею може мати вплив на харчову поведінку. Деякі люди з довербальними травмами можуть використовувати їжу як засіб контролю над своїм тілом та емоціями. Це може призводити до розвитку різних

порушень харчової поведінки, таких як обмеження у споживанні їжі або компульсивне переїдання.

2.3. Встановлення психологічних особливостей молоді з харчовою залежністю

Для того щоб проаналізувати як вміння задовольняти бажіння, володіти своєю їжею та отримувати від неї задоволення впливають на розвиток харчової залежності молоді ми використали ранговий кореляційний аналіз Спірмена. Виходячи з отриманих за його допомогою показників ми бачимо такі результати: [Додаток Б]

Табл. 4

Кореляційні зв'язки між рівнем бажання, володіння та задоволення та типом порушення харчової поведінки

| Показник | Бажання | | Володіння | | Задоволення | |
|-----------------------|------------|----------|------------|----------|-------------|----------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Обмежена | ,6 64** | ,0 01 | ,5 72** | ,0 07 | ,5 86** | ,0 05 |
| Емоційна | ,8 25** | <,001 | ,6 64** | ,0 01 | ,6 56** | ,0 01 |
| Екстернальна | ,5 89** | ,0 05 | ,5 44* | ,0 11 | ,4 33* | ,0 50 |
| Худоба | ,7 66** | <,001 | ,8 00** | <,001 | ,5 35* | ,0 09 |
| Булімія | ,6 52** | ,0 01 | ,7 23** | <,001 | ,5 22* | ,0 06 |
| Незадоволеність тілом | ,8 11** | <,001 | ,7 00** | <,001 | ,7 15** | <,001 |

| | | | | | | |
|------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| Неефективність | ,4 62* | ,0 35 | ,6 15** | ,0 03 | ,4 92* | ,0 23 |
| Перфекціонізм | ,7 97** | ,6 001 | ,6 79** | ,6 001 | ,7 09** | ,6 001 |
| Недовіра | ,7 45** | ,6 001 | ,6 30** | ,0 02 | ,7 70** | ,6 001 |
| Некомпетентність | ,6 35** | ,0 02 | ,2 37 | ,3 00 | ,4 36* | ,0 48 |

З таблиці 4 можна побачити, що емоціогенна харчова поведінка має найбільший виражений зв'язок саме з бажанням. Також сильні зв'язки має прагнення особи до худоби з бажанням та володінням. Булімія та незадоволеність тілом з володінням. Та перфекціонізм з недовірою мають також сильно виражений зв'язок з бажанням та задоволенням.

Згідно до отриманих результатів можна спостерігати що певні показники по-різному впливають на причини розвитку харчових залежностей.

Емоціогенна харчова поведінка залежить від бажання, володіння та задоволення. Бажання впливає на наше мислення, мотивацію та сприйняття, що впливає на те як ми виражаємо свої емоції, у нашому випадку харчову поведінку.

Обмежувальна харчова поведінка призводить до вищого відчуття володіння. Коли людина дотримується дієти та контролює своє харчування, вона відчуває що має повний контроль над своїм тілом. Також із-за цього зростає рівень бажання та задоволення, тому що людина яка обмежує себе в певних продуктах проходить через ефект «забороненого плоду», та втрачає здатність до різноманітнення свого харчового раціону, тим самим втрачаючи задоволення від смакових вражень.

Основним мотивом екстернальної харчової поведінки є зовнішній фактор, а не відчуття голоду. Бажання в цьому випадку може бути спровоковане наявністю їжі або побаченими рекламними зображеннями їжі, що може викликати психологічну потребу її вжити. Володіння над споживанням їжі може бути важким, оскільки

зовнішні стимули можуть переважати внутрішні сигнали ситості або насолоди. Це може призводити до неконтрольованого споживання і відчуття втрати контролю. Задоволення від їжі в екстернальній харчовій поведінці може бути тимчасовим і пов'язано це з задоволенням, отриманим від задоволення зовнішніх стимулів, а не справжньою насолодою від самого процесу харчування або якості їжі.

Бажання до худоби та високий рівень бажання у людини пояснюється тим, що якщо людина прагне до худоби вона може обмежувати своє споживання м'яса, солодощів, мучних продуктів тощо. Це також може бути пов'язано з переконанням про те, що рослинна їжа є більш корисною для здоров'я.

Високий рівень володіння, у контексті харчування, означає строгий контроль над типами та кількостями споживаної їжі, регулярне перебування на дієті, уникання певних продуктів або перебірливість щодо харчування. Що стає причиною таких розладів харчової поведінки, як булімія та переїдання.

Перфекціонізм визначається як стремління до досягнення високих стандартів, самокритичність і вимогливість до себе. Люди, що мають високий рівень перфекціонізму, можуть поставляти надмірно високі вимоги до себе, бути нещадними до помилок і постійно прагнути до ідеальності у всіх сферах життя.

Такий перфекціоністський нахил може впливати на рівень володіння, оскільки люди з перфекціоністськими тенденціями мають тенденцію контролювати все, включаючи своє харчування. Вони можуть встановлювати строгі правила і обмеження стосовно їжі, кількості прийомів їжі або типів продуктів, що споживаються. Перфекціоністи також можуть відчувати великий стрес і тривогу, коли не вдається досягти своїх високих стандартів у харчуванні, що може впливати на їх рівень задоволення.

Отже, бажання та володіння відносяться до контролю та регуляції харчування, тому люди з високим рівнем бажання володіння часто ставлять перед собою строгі правила і обмеження стосовно їжі. Це може приводити до появи негативних емоцій, стресу і перевантаження, особливо якщо ці обмеження неможливо дотримуватися постійно. Це може створювати почуття невдачі та непокою, що може посилити бажання споживати їжу, навіть у випадках, коли немає фізіологічної потреби.

Задоволення, у свою чергу, відноситься до емоційного насолодження, яке людина отримує від їжі. Люди, які шукають задоволення в їжі, можуть відчувати емоційне підсилення та комфорт після споживання їжі, що може створювати позитивну зв'язок між їжею і емоціями. Проте, це може стати проблемою, коли людина використовує їжу як спосіб втілення своїх емоцій, заспокоєння або уникнення неприємних почуттів. Це може призводити до неадекватного споживання їжі, що сприяє розвитку харчової залежності.

Висновки до другого розділу

Для того щоб дослідити психологічні особливості методик для оцінки порушень харчової поведінки та пов'язаних з ними факторів:

- **Шкала оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI**
- **Голландський опитувальник харчової поведінки**
- **Опитувальник «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії «Я – реконструкція»**

Для виявлення кореляцій між показниками було використано ранговий кореляційний аналіз Спірмена.

Вибірку склали 40 учасників віком від 20 до 25 років включно.

За результатами шкали оцінки харчової поведінки 45% учасників виявили ознаки булімії. 65% учасників виявили середній рівень прагнення до худоби. 45% виявили ознаки харчової некомпетентності, що вказує на низький рівень знань, навичок та на неправильні звички харчування. Також 30% опитуваних показали незадоволеність власним тілом. Та 25% учасників потерпають від перфекціонізму.

За Голландським опитувальником харчової поведінки більшість учасників мають відхилення від норми у всіх трьох типах харчової поведінки. Екстернальна – 82%, емоціогенна – 80% та обмежувальна – 70%. Це свідчить про наявність проблем з харчовою залежністю та контролю над нею у більшості учасників.

Для виявлення кореляцій між показниками було використано ранговий кореляційний аналіз Спірмена.

Вибірку склали 40 чоловік віком від 20 до 25 років включно.

За результатами шкали оцінки харчової поведінки 45% учасників виявили ознаки булімії. 65% учасників виявили середній рівень прагнення до худоби. 45% виявили ознаки харчової некомпетентності, що вказує на низький рівень знань, навичок та на неправильні звички харчування. Також 30% опитуваних показали незадоволеність власним тілом. Та 25% учасників потерпають від перфекціонізму.

За Голландським опитувальником харчової поведінки більшість учасників мають відхилення від норми у всіх трьох типах харчових поведінки. Екстернальна – 82%, емоціогенна – 80% та обмежувальна – 70%. Це свідчить про наявність проблем з харчовою залежністю та контролю над нею у більшості учасників.

Після кореляційного аналізу біло встановлено, що бажання задоволення та володіння можуть впливати на контроль та регуляції харчування, тому люди з високим рівнем бажання володіння та задоволення часто ставлять перед собою строгі правила і обмеження стосовно їжі.

Високий рівень бажання та володіння може стимулювати контроль та обмеження стосовно їжі, що може сприяти розвитку негативних емоцій та збільшити ризик залежності від їжі. Задоволення, яке людина отримує від їжі, може зміцнювати позитивну зв'язок між їжею та емоціями, що також може сприяти харчовій залежності.

Ці три фактори – бажання володіння та задоволення – можуть взаємодіяти та підсилювати один одного, створюючи небажані звички харчування та залежності. Харчова залежність це складна проблема, яка вимагає комплексного підходу до лікування та підтримки, включаючи фахівців в галузі психології та харчування.

Люди з високим рівнем бажання володіння та задоволення можуть накладати на себе строгі обмеження та правила стосовно їжі. Вони відмовляються від певних продуктів та правил харчування, що може призводити до недостатнього постачання організму необхідних поживних речовин та розвитку харчових дефіцитів.

Завищене бажання володіння та задоволення викликає негативне емоційне ставлення до їжі. Люди можуть відчувати вину, стрес або тривогу, коли вони

вживають їжу, особливо велику кількість або їдять "заборонені" продукти. Це створює напругу і нездорові емоційні зв'язки з їжею.

Крім цього, постійне вживання їжі та втрата контролю над харчуванням призводять до появи зайвої ваги та розвитку ожиріння. Завищене бажання володіння та задоволення спонукає до споживання великої кількості калорійної їжі, що може призвести до негативних наслідків для здоров'я.

ВИСНОВКИ

У цій роботі ми дослідили харчову залежність та її особливості у молоді. Тому після теоретичного аналізу ми можемо зробити такі висновки:

Після аналізу наукової літератури з проблематики харчової залежності та її причин, можна зробити такі висновки:

1. Харчова залежність – це психологічно-зумовлена поведінка, яка підпорядковується не фізіологічним бажанням позбутися відчуття голоду, а бажанням поглинути їжу.

У харчової залежності є декілька основних видів:

- Анорексія. Характеризується як психічне порушення, коли людина сама собі обмежує апетит. Також виділяють нервову анорексію – різновид харчової залежності, під час якої людина обмежує себе в їжі з причини того, що хоче схуднути. Навіть якщо вага знаходиться у межах норми, люди відчувають бажання зменшити свою вагу настільки, наскільки можливо.

- Булімія – характеризується хворобливим страхом набрати вагу, та одночасно з ним неконтрольований потяг до прийому їжі.

- Компульсивне переїдання – характеризується переїданням, значно більшим ніж це фізіологічно необхідно людині.

2. Харчова залежність у будь-якому вигляді може спричинити багато проблем не тільки з психологічної сторони, а й з фізіологічної. Вони характеризуються ожирінням або навпаки, зниженням ваги до мінімальної, появою хвороб серця, появою діабету та розвитком порушенням травлення.

3. Люди, які мають сильне прагнення до худоби відчувають постійну незадоволеність своїм тілом. Це сприяє формуванню негативного ставлення до їжі та відчуття вини після прийому їжі. Це розвиває харчову некомпетентність та призводить до появи ознак булімії, коли люди споживають великі кількості їжі та потім викликають вимушене позбавлення від неї.

5. Учасники з високим рівнем перфекціонізму мають схильність до суворих харчових обмежень і вимог до себе щодо ідеального зовнішнього вигляду. Вони відчують постійну незадоволеність своїм тілом та ставлять перед собою недосяжні цілі щодо харчування, та дотримуються невиконних дієт. Це сприяє розвитку харчової некомпетентності, та вони втрачають зв'язок з природними сигналами голоду та ситості, а також з реальними потребами свого організму.

6. Можна також виділити ознаки харчової залежності. Перш за все – це обмеження активності та звуження кола інтересів людини тільки до прийому їжі. По друге – неконтрольований апетит, або навпаки черезмірний контроль над прийомами їжі.

7. Аналізуючи психологічні чинники, можна зробити висновок, що харчова залежність виникає через вплив емоцій, стресу спричиненого власним почуттям людини бути доскональною та нервовими розладами.

8. Врахування етнокультурних та соціальних чинників дозволяє краще розуміти, чому люди обирають певні продукти, як готують їжу і які звички пов'язані з харчуванням у різних культурах та соціальних групах.

9. Для попередження харчової залежності у молоді важливо проводити профілактичну роботу з батьками, оскільки вони мають вплив на формування харчових звичок.

10. Сучасні методи та підходи до роботи з харчовою залежністю мають бути орієнтовані на зміну негативних психологічних факторів, які впливають на побудову позитивного ставлення до їжі.

11. На відміну від західних країн, в Україні відсутня програма інформування населення про правила раціональної харчової поведінки.

12 Зазвичай лікуванням та харчової залежності займаються одразу 2 фахівці – дієтолог та психотерапевт.

Після проведення методологічного аналізу ми можемо зробити такі висновки:

1. З використанням шкали оцінки харчової поведінки ШОХП/EDI та Голландського опитувальника харчової поведінки було проведено дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки та пов'язаних з ними

факторів у групі молодих дорослих у віці від 20 до 25 років. Отримані результати свідчать про наявність проблем з харчовою поведінкою та залежності в цій вибірці. Результати свідчать про поширеність різних типів порушень харчової поведінки серед досліджуваної групи.

2. Після проведення рангового кореляційного аналізу Спірмена було встановлено, що бажання задоволення та володіння можуть впливати на контроль та регуляцію харчування. Люди з високим рівнем бажання володіння та задоволення часто ставлять перед собою строгі правила і обмеження стосовно їжі. Високий рівень бажання та володіння також може стимулювати контроль та обмеження стосовно їжі, що може призводити до розвитку негативних емоцій та збільшити ризик харчової залежності.

Загалом, отримані результати свідчать про поширеність харчової залежності серед молоді. Фактори, такі як бажання задоволення та володіння, можуть грати важливу роль у розвитку харчових проблем. Розуміння цих психологічних особливостей може сприяти розробці ефективних стратегій лікування та підтримки для тих, хто стикається з порушеннями харчової поведінки.

Можна стверджувати, що серед групи молодих дорослих віком від 20 до 25 років поширені порушення харчової поведінки та залежності. Було виявлено ознаки булімії, прагнення до худоби, харчової некомпетентності, незадоволеність власним тілом та перфекціонізму. Більшість учасників мають відхилення від норми у всіх трьох типах харчової поведінки – екстерна, емоціогенна та обмежувальна.

При проведенні кореляційного аналізу було встановлено, що бажання задоволення та володіння мають вплив на контроль та регуляцію харчування. Люди з високим рівнем бажання володіння та задоволення часто встановлюють строгі правила та обмеження стосовно їжі. Ці фактори можуть сприяти розвитку негативних емоцій та збільшити ризик харчової залежності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Зб. наук. праць «Проблеми сучасної психології». 2019. №25. С. 28-35. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-25.%p>
2. Анджейчук, О. В., & Королюк, О. С. (2017). Розлад харчової поведінки: компульсивне переїдання. 12(129), 136-139.
3. Боднар, М.І. (2018). Харчова залежність як форма компенсації внутрішньої порожнечі. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія, 41(1), 7-11.
4. Варій М. Й. Загальна психологія / М. Й. Варій: Навч. Посіб. – Київ: «Центр учбової літератури», 2007. – 968 с
5. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти / Тетяна Ільницька. // ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс». – 2018. – №4. – С. 6–7/
6. Кузнецова, О. В., & Половинкина, Е. И. (2017). Булимия: проблемы диагностики и терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 117(12), 119-124.
7. Краснова, М. В. (2017). Булімія нервозна: сучасні аспекти діагностики та лікування. Психіатрія, 21(3), 92-99.
8. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
9. Мінірт Ф., Майер П., Хелмерт Р. Наркотик під назвою їжа: книга / Мінірт. С. 8-9
10. Павленко. ОПИТУВАЛЬНИК «ДІАГНОСТИКА ДОВЕРБАЛЬНИХ ТРАВМ ЗГІДНО МЕТОДУ ПСИХОТЕРАПІЇ «Я-РЕКОНСТРУКЦІЯ» ((ДДТ.ЯР))»502-505.
11. Полякова, А. (2015). Харчові розлади: фактори ризику та психологічні аспекти. Психологічний журнал, 36(2), 98-105.

12. Суслина, З. А., Лосева, Е. В., & Лосев, А. М. (2017). Оценка факторов, связанных с поведенческими реакциями при компульсивном переедании у пациентов с различными нарушениями пищевого поведения. Психиатрия и психофармакотерапия, 19(4), 17-21.
13. Стрес: вплив на імунітет. [Електронний ресурс]: <https://myhelix.com.ua/articles/category-anti-aging/post-53-stres-vpliv-na-imunitet>
14. Семке В.Я. Спосіб лікування харчової адикції, що супроводжується ожирінням / В.Я. Семке // Науковий вісник БІПМ. - Рига: Балтійський інститут психології та менеджменту, 2007. – № 2. - С. 48-53.
15. Шрамко, Є. (2018). Психологічні аспекти харчової поведінки: проблеми та перспективи. Український психологічний часопис, 4(1), 28-36.
16. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:385-394.
17. Brauer, L. S., & Kantor, L. K. (1979). Development of the Structured Inventory of Anorexic Tendencies (SIAT). Journal of Personality Assessment, 43(6), 567-573.
18. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1983). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9(2), 273-279.
19. Характеристика шкал опитувальників для оцінки характеристик харчової поведінки <https://psytests.org/diag/edi-bl.html>
20. <https://vegan.rocks/uk/blog/how-to-overcome-food-addiction/>
21. Neumark-Sztainer, D. Eating disorders prevention: Looking backward, moving forward; looking inward, moving outward. Eating Disorders, 2015. 24(1), 29–
22. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating? [Електронний ресурс] / Michael Mantell // ACE Healthy Living. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.acefitness.org/education-and-resources/lifestyle/blog/2866/is-therepsychology-behind-healthy-eating/>.
23. Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. The clinical features of bulimia nervosa. The British Journal of Psychiatry, 144.

24. Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Front Psychol.* 2019;10:219. Published 2019 Mar 4.
25. Vögele, C., and Gibson, L. "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), 2010. 180–205.
26. EPIDEMIOLOGY OF THE EATING DISORDERS [Электронный ресурс]: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70375-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70375-0)
27. Corstorphine E., Waller G., Lawson R. et al. Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors.* 2007. 8. P. 23-30.
28. Gupta M.A. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders. *Eating disorders.* 2005. Vol. 18(4). P. 351-358.
29. Johnson C. L. et al. A descriptive survey of dieting and bulimic behavior in a female high school population // *Understanding anorexia nervosa and bulimia.* – 1983. – С. 14-18.
30. Jacobs B. W., Isaacs S. Pre-pubertal anorexia nervosa: A retrospective controlled study // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 1986. – Т. 27. – №. 2. – С. 237-250.
31. Killen J. D. et al. Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: precursors of the binge-purge syndrome? // *Jama.* – 1986. – Т. 255. – №. 11. – С. 1447-1449.
32. Kreipe R. E., Mou S. M. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstetrics and Gynecology Clinics.* 2000. Т. 27, № 1.
33. MARGARET MARCHI PH.D., PATRICIA COHEN PH.D. Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders. 1990. P. 112-117.
34. McCarthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy.* Vol. 28, Is. 3. 2015. P. 205-214.
35. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal Eating Disorders.* 1999. № 26. P. 153-164.

36. Wilson G.T, Grilo C.M, Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007/ Vol. 62. P. 199-216.
37. Hewett P.L., Flett G.L. and Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorders attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 1995. 18(4). P. 7-26.
38. Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011. Vol. 24 (4). C. 274-279.
39. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Neurology*. 1957. Vol. 125. № 2. P. 181-201.
41. B. T. Walsh and M. Devlin, in *Psychopharmacology: the Fourth Generation of Progress*, F. E. Bloom and D. J. Kupfer, Eds. (Raven Press, New York, 1995), pp. 1581–1589.

Стимульний матеріал
Методика «Шкала оцінки харчової поведінки»

1. Я їм цукерки і вуглеводи, не відчуваючи жодної напруги.
2. Я вважаю, що мій живіт занадто товстий.
3. Я їм, коли схвильований (розгублений).
4. Я об'їдаюся.
5. Я боюся відчувати сильні емоції.
6. Я вважаю, що мої стегна занадто товсті.
7. Я відчуваю себе ні на що не здатним.
8. Я відчуваю себе надмірно винуватим після того, як занадто багато з'їдаю.
9. Я вважаю, що розмір мого шлунку в межах норми.
10. У моїй сім'ї враховуються тільки величезні досягнення.
11. Я висловлюю мої емоції відкрито.
12. Я відчуваю жах від можливості розтовстіти.
13. Я довіряю іншим людям.
14. Я задоволений моєю зовнішністю.
15. У цілому, я відчуваю, що контролюю своє життя.
16. При зіткненні з власними емоціями, я відчуваю збентеження.
17. Я легко спілкуюся з іншими.
18. Я перебільшую важливість ваги.
19. Я можу чітко визначати емоції, які відчуваю.
20. Я не відчуваю себе стовідсотково добре (на висоті).
21. У мене були такі прийоми їжі, при яких я відчував, що не можу зупинитися.
22. Коли я був маленьким, то робив все, щоб не розчарувати своїх батьків і вчителів.
23. У мене близькі стосунки з людьми.
24. Мені подобається форма моїх сідниць.
25. Я весь час думаю про схуднення.
26. Я не знаю, що зі мною відбувається.
27. Я хвилююся, висловлюючи свої почуття іншим.
28. Коли я що-небудь роблю, то хочу бути кращим за інших.
29. Я впевнений у собі.
30. Я думаю про переїдання.
31. Я не можу точно зрозуміти, голодний я чи ні.
32. Я низько себе оцінюю.
33. Я відчуваю, що я можу досягати своїх цілей.
34. Мої батьки завжди очікують, що я буду кращим.
35. Я хвилююся, що я втрачу контроль над своїми почуттями.
36. Я вважаю, що мої боки занадто товсті.
37. Я їм нормально в присутності інших людей і набиваю живіт, коли вони йдуть.
38. Я відчуваю здуття живота після невеликого перекусу.
39. Коли я сильно схвильований, то не знаю: чи то мені сумно, чи то мені страшно, чи то я злюся.
40. Я думаю, що я повинен щось або робити ідеально, або взагалі не робити.
41. Я думаю викликати блювоту, щоб знижувати вагу.
42. Мені потрібно тримати людей на певній дистанції (мені неприємно, якщо хтось намагається до мене наблизитися).
43. Я вважаю, що мої стегна нормального розміру.
44. Я відчуваю себе емоційно спустошеним.
45. Я можу говорити про свої думки і почуття.

46. Я вважаю, що мої сідниці занадто товсті.
47. У мене є почуття, які я не можу точно визначити.
48. Я їм або п'ю потайки.
49. Я вважаю, що мої боки нормального розміру.
50. У мене надзвичайно високі (амбітні) цілі.
51. Коли я схвильований, то боюся, що почну їсти.

ДОДАТОК Б

Кореляційні зв'язки між порушеннями харчової поведінки та показниками бажання задоволення та володіння у молоді.

Кореляції

| Рівень | Показник | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N | Коефіцієнт кореляції | Знач. (двухстороння) | N |
|-----------------|-------------|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----|
| Рівень Спирмена | довербальні | 1,000 | | 21 | 0,823** | | 21 | 0,727** | | 21 | 0,787** | | 21 | 0,770** | | 21 | 0,901** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| бажання | | 0,823** | | 21 | 0,000 | | 21 | 0,439* | | 21 | 0,582** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,046 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,006 | 21 | | 0,001 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| володіння | | 0,727** | | 21 | 0,439* | | 21 | 0,000 | | 21 | 0,327 | | 21 | 0,572** | | 21 | 0,664** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,046 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,046 | 21 | | 0,007 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| задоволення | | 0,787** | | 21 | 0,582** | | 21 | 0,327 | | 21 | 0,000 | | 21 | 0,572** | | 21 | 0,664** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,006 | 21 | | 0,148 | 21 | | 0,005 | 21 | | 0,011 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| обмежувальна | | 0,770** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,572** | | 21 | 0,582** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,001 | 21 | | 0,007 | 21 | | 0,005 | 21 | | 0,001 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| емоціональна | | 0,901** | | 21 | 0,825** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,725** | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,001 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| екстернальна | | 0,661** | | 21 | 0,589** | | 21 | 0,544* | | 21 | 0,333* | | 21 | 0,544* | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,001 | 21 | | 0,005 | 21 | | 0,011 | 21 | | 0,050 | 21 | | 0,014 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| худоба | | 0,864** | | 21 | 0,766** | | 21 | 0,800** | | 21 | 0,555** | | 21 | 0,544* | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,009 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |
| булімія | | 0,826** | | 21 | 0,652** | | 21 | 0,723** | | 21 | 0,582** | | 21 | 0,664** | | 21 | 0,725** | | 21 |
| | | | 0,000 | 21 | | 0,001 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,006 | 21 | | 0,000 | 21 | | 0,000 | 21 |
| | | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 | | | 21 |

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| незадоволеність | Коефіцієнт кореляції | ,964** | ,811** | ,700** | ,715** | ,811** | ,919** |
| | знач. (двухстороння) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| нефактивність | Коефіцієнт кореляції | ,598** | ,462* | ,615** | ,492* | ,410 | ,607** |
| | знач. (двухстороння) | ,004 | ,035 | ,003 | ,023 | ,065 | ,004 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| перфекціонізм | Коефіцієнт кореляції | ,915** | ,797** | ,679** | ,709** | ,787** | ,976** |
| | знач. (двухстороння) | ,000 | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| недовіра | Коефіцієнт кореляції | ,919** | ,745** | ,630** | ,770** | ,821** | ,892** |
| | знач. (двухстороння) | ,000 | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| некомпетентність | Коефіцієнт кореляції | ,529* | ,635** | ,237 | ,436* | ,423 | ,539* |
| | знач. (двухстороння) | ,014 | ,002 | ,300 | ,048 | ,056 | ,012 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |

** . Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

* . Корреляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

ДОДАТОК В

Сирі бали досліджуваних за шкалою оцінки харчової поведінки

| І м'я | Пр агнення до худоби | Б улімія | Незад оволеність тілом | Неефе ктивність | Перф екціонізм | Н едовіра | Х арчова некомпете нтність |
|----------------|----------------------------|-------------|------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|-------------------------------------|
| 1 . О. П. | 4 | 6 | 5 | 4 | 6 | 7 | 6 |
| 2 . І. Л. | 7 | 7 | 8 | 6 | 8 | 8 | 8 |
| 3 . А. К. | 4 | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 4 |
| 4 . О. Ш. | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 |
| 5 . В. М. | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 7 |
| 6 . С. Л. | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 |
| 7 . М.Г. | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 8 . К. К. | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 8 | 6 |
| 9 . А. П. | 2 | 5 | 4 | 5 | 6 | 7 | 4 |
| 10 0. Д. Б. | 7 | 6 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| 11 1. Ю. Т. | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 6 |
| 12 2. В. І. | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 |
| 13 3. О. К. | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 | 7 | 5 |
| 14 4. Н. Ф. | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 |
| 15 5. Я. М. | 4 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 5 |
| 16 6. А. С. | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 17 7. А. Г. | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 |
| 18 8. В. Т. | 5 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 7 |
| 19 9. А. К. | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 |

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0. Л. Ж. | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 1. А. К. | 2 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 8 | 6 |
| 2. С. III. | 2 | 2 | 5 | 4 | 5 | 6 | 7 | 4 |
| 3. А. М. | 2 | 4 | 6 | 5 | 4 | 6 | 7 | 6 |
| 4. М. К. | 2 | 7 | 7 | 8 | 6 | 8 | 8 | 8 |
| 5. В. II. | 2 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 |
| 6. О. Л. | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 7 | 7 | 4 |
| 7. Д. Л. | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 |
| 8. Н. Р. | 2 | 3 | 3 | 3 | 6 | 5 | 5 | 4 |
| 9. М. I. | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| 0. В. Г. | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 4 |
| 1. О. Б. | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 6 |
| 2. I. М. | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 7 | 7 | 4 |
| 3. Р. Т. | 3 | 8 | 7 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| 4. С. Д. | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 6 |
| 5. Я. К. | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 |
| 6. М. К. | 3 | 5 | 6 | 5 | 4 | 6 | 7 | 5 |
| 7. Р. В. | 3 | 3 | 4 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 |
| 8. В. Б. | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 5 |
| 9. С. Г. | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 0. В. В. | 4 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 | 5 | 4 |

Сирі бали досліджуваних за Голландським опитувальником харчової поведінки

| Ім'я | Обмежувальна харчова поведінка | Емоціогенна харчова поведінка | Екстернальна харчова поведінка |
|-----------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. О. П. | 2,9 | 1,8 | 2,9 |
| 2. І. Л. | 3 | 2,9 | 3 |
| 3. А. К. | 2,7 | 2,7 | 2,5 |
| 4. О. Ш. | 2,7 | 2,6 | 2,9 |
| 5. В. М. | 2,4 | 2,7 | 2,9 |
| 6. С. Л. | 2,5 | 2,6 | 2,7 |
| 7. М.Г. | 2,4 | 1,8 | 2,3 |
| 8. К. К. | 3 | 2,8 | 2,5 |
| 9. А. П. | 2,6 | 2,7 | 2,8 |
| 10. Д. Б. | 3 | 2,9 | 3 |
| 11. Ю. Т. | 2,9 | 2,7 | 2,9 |
| 12. В. І. | 2,4 | 1,8 | 2,4 |
| 13. О. К. | 2,9 | 2,7 | 2,8 |
| 14. Н. Ф. | 2,4 | 2,6 | 2,7 |
| 15. Я. М. | 2,4 | 2,7 | 2,8 |
| 16. А. С. | 2,4 | 2,6 | 1,9 |
| 17. А. Г. | 2,7 | 2,6 | 2,9 |
| 18. В. Т. | 2,4 | 2,7 | 2,9 |
| 19. А. К. | 2,5 | 2,6 | 2,7 |
| 20. Л. Ж. | 2,4 | 1,8 | 2,3 |
| 21. А. К. | 3 | 2,8 | 2,5 |
| 22. Є. Ш. | 2,6 | 2,7 | 2,8 |
| 23. А. М. | 2,9 | 2,8 | 2,9 |
| 24. М. К. | 3 | 2,9 | 3 |
| 25. В. П. | 2,6 | 2,8 | 2,9 |
| 26. О. Л. | 2,9 | 1,8 | 2,7 |
| 27. Д. Л. | 2,7 | 2,7 | 2,4 |
| 28. Н. Р. | 2,4 | 2,6 | 2,5 |
| 29. М. І. | 2,3 | 2,4 | 1,9 |
| 30. В. Г. | 2,7 | 2,7 | 2,5 |
| 31. О. Б. | 2,6 | 2,8 | 2,9 |

| | | | |
|-----------|-----|-----|-----|
| 32. І. М. | 2,9 | 1,8 | 2,7 |
| 33. Р. Т. | 3 | 2,9 | 3 |
| 34. С. Д. | 2,9 | 2,7 | 2,9 |
| 35. Я. К. | 2,4 | 1,8 | 2,4 |
| 36. М. К. | 2,9 | 2,7 | 2,7 |
| 37. Р. В. | 2,4 | 2,6 | 2,8 |
| 38. В. Б. | 2,4 | 2,7 | 2,7 |
| 39. Є. Г. | 2,5 | 2,6 | 1,9 |
| 40. В. В. | 2,7 | 1,8 | 2,4 |

Сирі бали за опитувальником «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії
«Я – реконструкція»

| Ім'я | Бажання | Володіння | Задоволення |
|-----------|---------|-----------|-------------|
| 1. О. П. | 37 | 29 | 28 |
| 2. І. Л. | 40 | 30 | 35 |
| 3. А. К. | 25 | 34 | 30 |
| 4. О. Ш. | 28 | 25 | 27 |
| 5. В. М. | 33 | 31 | 25 |
| 6. С. Л. | 24 | 20 | 32 |
| 7. М.Г. | 17 | 13 | 19 |
| 8. К. К. | 34 | 38 | 34 |
| 9. А. П. | 30 | 24 | 29 |
| 10. Д. Б. | 41 | 43 | 36 |
| 11. Ю. Т. | 31 | 29 | 36 |
| 12. В. І. | 13 | 13 | 15 |
| 13. О. К. | 35 | 30 | 31 |
| 14. Н. Ф. | 25 | 32 | 24 |
| 15. Я. М. | 36 | 25 | 37 |
| 16. А. С. | 26 | 17 | 30 |
| 17. А. Г. | 28 | 25 | 27 |
| 18. В. Т. | 30 | 31 | 28 |
| 19. А. К. | 24 | 20 | 32 |
| 20. Л. Ж. | 17 | 13 | 19 |

| | | | |
|-------------|----|----|----|
| 21. А. К. | 34 | 38 | 34 |
| 22. Є. III. | 30 | 24 | 29 |
| 23. А. М. | 37 | 29 | 28 |
| 24. М. К. | 38 | 31 | 31 |
| 25. В. П. | 31 | 23 | 36 |
| 26. О. Л. | 31 | 34 | 30 |
| 27. Д. Л. | 43 | 14 | 30 |
| 28. Н. Р. | 27 | 26 | 18 |
| 29. М. І. | 17 | 21 | 22 |
| 30. В. Г. | 25 | 34 | 30 |
| 31. О. Б. | 31 | 23 | 36 |
| 32. І. М. | 31 | 34 | 30 |
| 33. Р. Т. | 46 | 43 | 36 |
| 34. С. Д. | 31 | 29 | 36 |
| 35. Я. К. | 13 | 13 | 15 |
| 36. М. К. | 35 | 30 | 31 |
| 37. Р. В. | 25 | 32 | 24 |
| 38. В. Б. | 36 | 25 | 37 |
| 39. Є. Г. | 26 | 17 | 30 |
| 40. В. В. | 43 | 14 | 30 |