

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Дипломна робота на тему:

“ Зміни емоційної сфери особистості як предиктор розладів харчової поведінки”

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Годун Влади Юріївни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, доцент
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

Завязкіна Наталія Володимирівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Бурлачук Л. Ф.**

Київ – 2021

ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ	5
1.1 Поняття розладу харчової поведінки і основні види розладу харчової поведінки	5
1.2 Поняття емоційної сфери у особистості.	11
1.3 Особливості емоційної сфери у людей з РХП.	13
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	17
2.1 Організація дослідження.....	17
2.2 Опис використаних методик.....	17
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ	21
3.1 Кількісний аналіз результатів дослідження	21
3.2 Якісний аналіз результатів дослідження	24
ВИСНОВКИ	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31
ДОДАТКИ	35

ВСТУП

Актуальність теми: Дослідження розладів харчової поведінки на сьогодні являються досить актуальною темою через поширення соціальними мережами, особливо у молоді “моди” на два різних полюси: занадто худе тіло або на занадто боді-позитив. Молодь сприймає один з образів такого тіла, як еталон краси і починає наслідувати це.

Також це може посилюватись в умовах карантину. Зі збільшенням емоційної нестійкості збільшується і рівень вірогідності посилення симптомів чи розвитку розладів харчової поведінки.

За даними дослідження в якому прийняли участь 511 осіб із США і 510 з Нідерландів: 30% опитаних американців, які страждають на булімію, розповіли про збільшення кількості випадків переїдання, в той час як 62% хворих на анорексію мали проблеми з прийомом їжі.[34]

Тому я думаю, що на сьогодні тема розладів харчової поведінки є актуальною і її актуальність збільшується в умовах карантину. Оскільки зараз через нього суспільство є емоційно нестабільним, що може призводити до підвищення схильності до розладу харчової поведінки чи навіть самого розладу.

Мета дослідження: вивчення впливу емоційної сфери на схильність до розладу харчової поведінки у особистості.

Завдання:

1. Провести теоретичний аналіз виявлених емоційних особливостей при РХП.
2. Провести емпіричне дослідження з метою довести зв'язок між схильністю до розладів харчової поведінки та емоційною сферою.
3. Провести аналіз та кореляцію показників дослідження.

Об'єкт дослідження : емоційна сфера особистості .

Предмет дослідження: зміни емоційної сфери особистості, як предиктор розладів харчової поведінки.

Емпірична база дослідження: 66 осіб чоловічої та жіночої статті віком від 18 до 27 років.

Гіпотеза дослідження: припускається, що є вплив емоційної сфери на розлад харчової поведінки.

Методи дослідження. Відповідно до поставлених завдань у роботі використовувались такі методи:

– *теоретичні:* аналіз теоретичних психологічних джерел про самоактуалізацію; порівняння, систематизація, узагальнення, інтерпретація теоретичних підходів до самоактуалізації та емпіричних результатів;

– *емпіричні:*

Тест-опитувальник «Оцінка настрою»

Eat-26 тест на відношення до прийому їжі

Голландський опитувальник харчової поведінки

Методика «Самооцінка емоційних станів»

– *методи математичної статистики:* аналіз середніх значень, кореляційний аналіз, регресійний аналіз.

Теоретичне значення: полягає у розкритті впливу емоційної сфери на схильність до розладів харчової поведінки. Результати проведеного дослідження доповнюють знання про зв'язок емоційної сфери з розладом харчової поведінки.

Практичне значення: дослідження буде проведено серед молоді і результати можуть використовуватись для попередження проблем з харчовою поведінкою. Оскільки для того, щоб було здорове суспільство в майбутньому треба розвивати його у правильному руслі вже зараз.

Обсяг і структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Поняття розладу харчової поведінки і основні види розладу харчової поведінки

На жаль на сьогодні така тема , як розлад харчової поведінки є досить актуальною. Кількість випадків тільки росте і вік в якому це проявляється все молодшає. Також і стереотип, що розлад харчової поведінки є в основному у дівчат відходить у сторону, оскільки все більше хлопців мають проблеми з цим.

Харчова поведінка в залежності від її особливостей поділяється на адекватну або неадекватну, що зв'язується з низкою параметрів, таких як: місце харчування в ієрархії цінностей особистості, кількісні та якісні показники прийому їжі, особливості культури харчування поведінки, емоційні чинники, наявність стресу, традиції і тощо.

І.Г. Малкіна-Пих харчова поведінка визначає як ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в звичайних умовах і в ситуації стресу, це поведінка, яка орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню даного способу. Тобто, харчова поведінка охоплює форми поведінки, установки ,звички і емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальними для кожної особистості[14, с.20].

Потреба в їжі – є первинною, адже від неї залежить здоров'я і життя індивіда. Оскільки вона необхідна для гомеостазу, отримання поживних речовин ,вітамінів, енергії ,що підтримують життєдіяльність і правильну роботу організму. А. Маслоу в своїй теорії потреб відзначав, що біологічні потреби особистості мають отримувати задоволення на мінімальному рівні

для того щоб потреби, що знаходяться вище мали можливість на актуалізацію [31]. Але у кожної людини свій раціон, і він відрізняється особливими потребами чи особливостями сприйняття організмом тих чи інших продуктів. Також відрізняється кількість їжі і час її вживання, а також і деякі поєднання продуктів. Все це залежить від звичок і знань людини, отриманих раніше. Тому харчові потреби, сформовані звички та уявлення можуть стимулювати різні форми поведінки людини і її реакції на різні ситуації.

На фізіологічному рівні, харчова поведінка пов'язана з роботою гіпоталамуса. Гіпоталамус – зовнішній підкорковий центр вегетативної нервової системи. Він вже довгий час вивчається різноманітними спеціалістами: фізіологами, неврологами, нейропсихологами. Ця ділянка мозку керує всіма основними процесами гомеостазу. Організм можна визначити як фізико-хімічну систему, яка існує в навколишньому середовищі в стаціонарному стані. Вченими було проведено багато досліджень, які полягали у тому, що при стимуляції харчової поведінки у тварин спостерігаються всі реакції, що є характерними для тварини в пошуках їжі. Коли тварина підходить до миски, вона зі штучно стимульованою харчовою поведінкою починає їсти, навіть якщо воно не голодна, в тому числі пережовуючи предмети, що не є їстівними.

При вивченні вегетативних реакцій вдалося виявити, що дана поведінка супроводжується сильним слиновиділенням, активізацією моторики і кровопостачання кишечника і зниженням м'язового кровотоку. Такі зміни вегетативних функцій є підготовчим етапом для прийому їжі. У цей момент підвищується активність парасимпатичних нервів шлунково-кишкового тракту.

Т.Г. Вознесенська виділяє три основні види порушень харчової поведінки: екстернальну харчову поведінку (прийом їжі несвідомо, завжди при вигляді їжі), емоціогенну харчову поведінку (гіперфагічна реакція на стрес), обмежувальна харчову поведінку [11].

Екстернальна харчова поведінка – це підвищена реакція індивіда не на внутрішні стимули до прийому їжі, наприклад: на почуття голоду, наповнення шлунку, а на зовнішні стимули. Наприклад: накритий стіл, реклама харчових продуктів. Люди з зайвою вагою і з екстернальною харчовою поведінкою можуть поїсти незалежно від часу останнього прийому їжі. Досить важливе значення має саме доступність продуктів. Наприклад: перекусити по дорозі можна поїсти «за компанію», щільно повечеряти в гостях. Така харчова поведінка дуже часто навіть не усвідомлюється.

Емоціогенна харчова поведінка – це гіперфагічна реакція на стрес, переїдання під впливом емоційного стану. Т.Г. Вознесенська наводить такі синоніми такого стані, зазначені Шелтоном, як «харчове пияцтво» і говорить, що дана форма зустрічається в більшості випадків [11]. Те що провокує до прийому їжі є в даному випадку є не голод, а саме емоційний дискомфорт, тобто образа, тривожність, пригніченість людини. До емоціогенного харчової поведінки належать також напади переїдання, в тому числі і в ночі.

Обмежувальне харчова поведінка – є за своєю суттю надмірними харчовими самообмеженнями і надто суворими дієтами. Людина то надто сильно обмежує себе, то систематично переїдає. Такий вид поведінки пов'язується як з емоційною нестабільністю, так і нездатністю встояти від спокусу. Коли людина на дієті, то вона знаходиться в депресивному стані, що призводить до досить частих рецидивів і подальшого набору ваги. Все це супроводжується відчуттям сильної провини і прагненням до самопокарання, в такому випадку особистість знаходиться в своєрідному порочному колі, з якого, на жаль, не має можливості вийти .

Довідник з діагностики и систематики психічних розладів "Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) виділяє три види порушення харчової поведінки: нервово анорексію, нервово булімію та неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема систематичне необмежене компульсивне переїдання [12].

Розлади харчової поведінки – це система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування, які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини через недостатнє чи надмірне споживання їжі, що призводять до психологічного і фізичного нездоров'я, і являють собою комплексну медико-психологічну проблему.

Нервова анорексія – це розлад, що характеризується неослабним прагненням до худоби, гострим страхом ожиріння, спотвореним сприйманням власного тіла і обмеженням споживання їжі щодо прийнятої норми. Психіатри ставлять цей діагноз, коли пацієнт важить принаймні на 15% нижче норми. Намагаючись знизити вагу, хворі посилено займаються фізичними навантаженнями, прагнуть постійно, як можна більше рухатись, вважаючи, що це збільшить витрату енергії. Одночасно з цим вони починають жорстко і з завзятістю обмежувати себе в прийомі їжі, не дивлячись на почуття голоду, яке буває досить сильним і виснажливим. Щоб уникнути конфліктів з батьками чи другою половиною через недостатнє прийому їжі, пацієнти створюють картинку нормального харчування, наприклад, ховають, а потім викидають непомітно. Деякі використовують для схуднення проносні і сечогінні засоби, викликають блювоту, застосовують різні харчові добавки для зниження ваги. Постійне і завзяте обмеження в їжі призводить до сильної втрати ваги, дистрофічних змін найбільш важливих життєвих органів, сомато-ендокринних розладів, кахексії. Найтяжчі випадки призводять до смерті через те, що організм надто виснажений.

При втраті ваги розвивається аменорея – це припинення менструального циклу. Фізична активність знижується: хворі більше лежать, сидять і навіть такі прості речі причиняють їм біль, їм боляче лежати, боляче сидіти. Також починають розвиваються дистрофічні зміни шкіри, м'язів, внутрішніх органів. Хворі виглядають виснаженими і блідими, знижується температура й артеріальний тиск, починають проявлятися ознаки анемії,

реєструється значне зниження цукру крові, починається порушення у роботі шлунково-кишкового тракту.

Нервова булімія - характеризується рецидивуючими епізодами переїдання з подальшою неадекватною компенсаторною поведінкою, такою наприклад ,як очищення (провокування блювання, вживання проносних або сечогінних засобів), голодування або посилені фізичні навантаження; епізоди трапляються в середньому мінімум один раз на тиждень протягом 3-х місяців.

Вона може йти самостійно, але також може і супроводжувати нервову анорексію. Пацієнти з нервовою булімією ретельно стежать за вагою, занадто багато займаються фізичними навантаження, регулярно дотримуються строгої дієти, але мінімум два рази на тиждень у них виникають напади обжерливості. За короткий час вони можуть з'їсти величезну кількість висококалорійної їжі і просто великої кількості їжі, при цьому вони часто буквально заковтують їжу, навіть не пережовуючи її і не відчуваючи смаку. Їх "вечірки" закінчуються, коли від переїдання починає боліти живіт і починає сильно нудити, також здається ,що шлунок зараз просто лусне і тоді вони намагаються викликати блювоту або використовує велику кількість проносних або сечогінних препаратів аби полегшити свій стан або для того, щоб ні в якому разі не набрати зайвого граму . Такий цикл може повторюватися кілька разів на тиждень, а в особливо тяжких випадках кілька разів в день. На жаль навіть родичі та близькі друзі можуть не знати, що дорога їм людина страждає цим розладом, тому що бенкетують такі пацієнти, як правило, коли вони на самоті. На відміну від пацієнтів, які страждають на нервову анорексію, вони втрачають вагу повільно і досить важко, їх вага може бути трохи менше або навіть трохи більше норми для їх росту і статури, але їх соматичний стан погіршується. У людей, які вдаються до блювоти є проблеми з тим, що слизова горла, зуби, стравохід постійно піддаються впливу кислого шлункового вмісту. Через це горло часто почервоніле, розпухають слинні залози і обличчя виглядає припухлим, навіть

повніше ніж зазвичай, псується зуби, запалюється слизова. У них порушується діяльність підшлункової залози, що може призвести до гіпоглікемії. А ті люди, хто зловживає проносними і сечогінними засобами, починаються проблеми з нирками чи кишечником. Оскільки організм не отримує необхідних для нормальної життєдіяльності речовин, порушується електролітний баланс, а в деяких випадках розвивається зневоднення, виснаження і все ті зміни внутрішніх органів, про які ми говорили при нервовій анорексії.

Також на сьогодні є ще один вид розладу харчової поведінки і сьогодні він є досить “популярним”.

Неуточнені розлади харчової поведінки – це діагноз, який стали ставити все частіше. Цей діагноз ставиться, що у пацієнта є порушення харчової поведінки, але воно не відповідає всім критеріям анорексії, булімії або компульсивного переїдання. Це не означає, що діагноз менш серйозний, просто пацієнт не потрапляє в прийняту систему діагностичних критеріїв.

Розлади харчової поведінки яскраво показують зв'язок між фізичним і психічним здоров'ям пацієнта. Психічні порушення при розлад харчової поведінки безпосередньо впливають на фізичне здоров'я людини і, що призводить до певних проблем з ним. Також в таких випадках починається виснаження організму, що в свою чергу призводить до зниження імунітету і, як результат вразливість до інфекційних захворювань через зниження імунітету і це може призвести до летального випадку. Саме тому важливо вчасно звернути увагу на те, що можливо з вашою донькою, сином, дружиною, дівчиною, хлопцем, чоловіком, подружкою чи просто близькою людиною щось не так. Ініціативу мають проявити саме близькі люди, оскільки сама людина, що потребує допомоги може не розуміти цього. Через цю причину пацієнти до останнього не звертаються до лікаря і нажаль буває таке, що людині допомогти вже немає можливості, в організми вже пішли процеси котрі зупинити неможливо.

1.2 Поняття емоційної сфери у особистості.

Емоційна сфера кожної людини представляє собою широкий спектр переживань і почуттів. У емоційної сфери є певні функції котрі вона виконує: регуляторна, стимулююча і оціночна, але про це трохи згодом. Зараз ми роздивимся детальніше, що ж таке емоції:

Емоції — це короткочасні переживання різної сили інтенсивності і ,які можуть змінювати один одного коли, змінюється сама ситуація.

Емоції також є комплексом соматичних і вегетативних реакцій, які виражаються в ставленні людини до самого себе і навколишнього середовища. Самі ж вегетативні вираження емоцій підкоряються саме волі людини і ,як це може впливати на роботу майже всіх органів і систем.

Компоненти емоційної сфери особистості —це емоції, почуття, емоційні стани і вони складають складний взаємозв'язок.

Емоції і почуття часто плутають між собою або ж вважають їх синонімами: але це не так. Емоція — це просте переживання, яке є на даний момент, тобто на момент самої ситуації, що викликає емоцію. Натомість почуття є більш складними і тривалими емоційним відношенням людини.

Почуття виражаються через емоції, але вони завжди є предметними, оскільки ми відчуваємо їх до чогось або до когось. Вони властиві тільки людині і є соціально обумовленими. Хоча емоції, що пов'язані з задоволенням фізіологічних потреб є і у тварин, але і вони мають на собі печать суспільного розвитку. Джерелами емоцій і почуттів з однієї сторони є відображена у свідомості дійсність, що її оточує і з іншої сторони – потреби.

Перший – це рівень органічної афективно-емоційної чутливості. Він пов'язаний з фізичними відчуттями задоволення – невдоволення, які обумовлені органічними потребами. Вони можуть бути, по С.Л.Рубінштейну, як спеціалізованими, місцевого характеру, відбиваючи в якості емоційного забарвлення або тону окремого відчуття, так і більш загального, відображаючи більш-менш загальне самопочуття людини, не

пов'язане в свідомості з конкретним(Наприклад: безпредметна тривога.) [29, с.23].

Другий, більш високий рівень емоційних проявів, по С.Л.Рубінштейну, становлять предметні почуття (емоції). На зміну безпредметною тривоги приходить страх перед чим-небудь невідомим. Людина розуміє причину емоційного переживання. Як зазначав С.Л.Рубінштейн, почуття диференціюються, в залежності від предметної сфери, до якої відносяться, на інтелектуальні, естетичні та моральні. З цим рівнем пов'язано захоплення одним предметом і відраза до іншого, любов або ненависть до певної особи, обурення будь – якою людиною або подією [29,с.23].

Третій рівень пов'язаний з більш узагальненими почуттями, аналогічними за рівнем узагальненості відверненого мислення. Це почуття гумору, іронії, почуття піднесеного, трагічного. Вони теж можуть іноді виступати як більш-менш приватні стани, приурочені до певного випадку, однак найчастіше вони висловлюють загальні стійкі світоглядні установки особистості. С.Л. Рубінштейн називає їх світоглядними почуттями [29, с. 23].

Власне О.М. Леонтьєв всі емоційні явища розділив на три класи: 1) афект; 2) власне емоції, включаючи стрес; 3) почуття, тобто тривале і узагальнене ставлення до себе і світу [40].

На базі емоційних переживань вже формується великий спектр людських почуттів і їх поділяють на: нейтральні, позитивні, негативні, естетичні, соціальні тощо.Регуляція емоційної сфери — це вміння людини проявляти емоції і почуття коректно по відношенню до ситуації , що виникла.

Емоції і почуття виконують певні функції в житті кожної людини:

- Регуляторна — це те, що збуджує наші почуття і дає можливість сприймати більш ясно і точно.
- Стимулююча — почуття можуть нас стимулювати до виконання певних дій, а можуть навпаки перешкоджати цьому.
- Оціночна — негативні або позитивні показують, як людина відноситься до чогось і ,як вона це оцінює.

Емоції грають в житті людини надто важливу роль. Зараз вже ніхто не заперечує їх зв'язок з особливостями життєдіяльності організму. Відомо, що під дією емоцій може змінюватись робота таких органів, як: легенів, шлунка, серця та нирок тощо. Інтенсивне і довготривале переживання може визвати порушення у організму. Наприклад при емоційному переживанні змінюється кровообіг у організмі людини: заповільнюється чи пришвидшується серцебиття, підвищується чи понижується артеріальний тиск. Людина може блідніти чи червоніти— це робота серця, яке дуже чутливо реагує на зміни емоцій у житті людини і деякий час людини вважали його вмістилищем душі. Під впливом негативних емоцій і почуттів можуть починатися проблеми зі здоров'ям і як результат досить серйозні захворювання. Також це працює і в зворотньому колі, є досить багато досліджень де під дією позитивних емоцій і почуттів людина починає зцілюватись.

Варто зазначити ще і те, що емоційні прояви у кожної людини досить строго індивідуальні. Характеризуючи людей ми часто згадуємо про його емоційність, як об особливій якості особистості.

1.3 Особливості емоційної сфери у людей з РХП.

Люди котрі мають розлад харчової поведінки (в нашому випадку ми більше роздивляємось саме схильність до розладу харчової поведінки) мають наступні порушення емоціональної сфери:

- Невміння розпізнавати та проявляти емоції (це називається алекситимією)
- Висока гіперчутливість до переживання емоцій: людина в такому стані емоції переживає сильніше ніж людина у звичайному емоційному стані.
- Мають високу емоціональну чутливість і не керують навиками регуляції емоцій.

У деяких людей, що мають схильність до розладу харчової поведінки можна спостерігати такі установки як "я повинна подобатися всім" і "зі мною щось не так, тому для того, щоб подобатися, я повинна поводитися певним чином, виглядати певним чином". І харчова поведінка тут є одною з сфер, що є ураженою цим бажанням бути зручною, виправдовувати очікування і подобатися.

Як результат ця установка неминуче зачіпає емоційну сферу. Для людей, схильних до РХП часто бувають характерні такі судження як "я не повинна злитися, а тим паче проявляти злість і агресію відкрито, щоб її бачили інші", "я мушу терпіти і не показувати свої справжні почуття", "всі повинні бачити, що у мене все добре". І тут як ланцюгова реакція є заборона на прояв будь-яких "поганих", "небажаних", "незручних для інших" емоцій.

Виходить, що в разі, якщо у людини стоїть заборона на те, щоб думати про себе, бути незручним, проявляти агресію, злитися, йому буде дуже складно відмовляти іншим, захищати себе, наполягати на своїх інтересах, вступати в конкуренцію за будь-які ресурси і багато іншого.

При цьому всі "погані" емоції, які люди з РХП намагаються не відчувати чи хоча б менше показувати, з'являються щодня у будь-якої людини і це є нормою. Якщо ж на такі емоції буде стояти заборона, то людина рано чи пізно почне відчувати провину за них, і найчастіше як результат буде виникати поведінку, яка спрямована на придушення і уникнення емоцій. І в цій ролі як раз можуть виступати відносини з їжею і тілом. Переїдання,

голод, постійний нав'язливий контроль тіла — робочий спосіб відвернути свою увагу від чогось неприємного. Але постає інше питання, адже у цього відволікання починаються наслідки і часто у вигляді порушення психічного та фізичного здоров'я.

Також в свою чергу важливим є саме відчуття емоцій у тілі людини і інтроцепція, яка грає у цьому не останню роль. Інтроцепція впливає на наш емоційний досвід. Щоб зрозуміти, яку емоцію ми відчуваємо важливо правильно сприймати сигнали від організму. Наприклад коли ми відчуваємо страх, то серцебиття і дихання може підвищити свою частоту. Чим краще ми відчуваємо, що діється у тілі, тим краще ми відчуваємо емоції. Людям котрим важко зрозуміти і описати свої емоції, так само важко розуміють і сприймають сигнали від свого тіла.

Емоційні проблеми часто і йдуть поруч з розладом харчової поведінки. Можливо саме через проблеми з інтроцепцією заважають сприймати голод і ситість, а також погіршують емоційні проблеми і з цим ускладнюють розлад харчової поведінки, коли наприклад пацієнт заїдає свій стрес.

Висновок до 1 розділу:

Харчова поведінка – компоненти поведінки людини, які присутні в нормальному процесі прийому їжі. Частіше всього при порушенні співвідношення гормонів голоду і насичення формується неадекватна харчова поведінка, що свою чергу призводить до ожиріння. Харчова поведінка охоплює форми поведінки, установки, емоції і звички, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної особистості. Потреба в їжі є первинною, адже від неї залежить здоров'я і життя індивіда. У кожної людини є свій особливий раціон, що може відрізняється кількістю їжі, часом вживання, також особливі потреби продуктів і також особливі обмеження в тих чи інших продуктах. Все це залежить від знань і звичок, що людина отримала раніше.

Серед причин порушення харчової поведінки різними авторами виділяються різні причини наприклад: традиції сім'ї, суспільства, життєвий

досвід, економічні, релігійні уявлення, мода, індивідуальні особливості. Причини порушень харчової поведінки є різноманітними і також їх прояви є різними.

Але одним з найважливішим аспектом, що впливає на порушення харчової поведінки є саме емоційний стан, потреби і душевний стан людини.

При порушеннях харчової поведінки знижується соціальна спонтанність і підвищується емоційна лабільність, невпевненість в собі, підвищується тривожність, знижується самооцінка, людина постійно відчуває себе виною.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Організація дослідження

Відповідно до поставлених завдань у роботі використовувались такі методи:

– *теоретичні*: аналіз теоретичних психологічних джерел про самоактуалізацію; порівняння, систематизація, узагальнення, інтерпретація теоретичних підходів до самоактуалізації та емпіричних результатів;

– *емпіричні*:

Тест-опитувальник «Оцінка настрою»

Eat-26 тест на відношення до прийому їжі

Голландський опитувальник харчової поведінки

Методика «Самооцінка емоційних станів»

– *методи математичної статистики*: аналіз середніх значень, кореляційний аналіз, регресійний аналіз.

У дослідженні брали участь 66 осіб : 44 особи жіночої статі і 22 чоловічої статі. Вік досліджуваних від 18 до 28 років. Середній вік досліджуваних: .

Загальна вибірка складається з осіб з різних факультетів чи різного фаху, різних міст України і ,які не пов'язанні між собою. Тобто вибірка є рандомізованою.

Для оперативного збору відповідей застосовані методики були адаптовані до програмного забезпечення з адміністрування опитування «Google Forms». Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics.

2.2 Опис використаних методик

У дослідженні було використані 4 психодіагностичних методик: Тест-опитувальник «Оцінка настрою», Eat-26 тест на відношення до прийому їжі, Голландський опитувальник харчової поведінки, Методика «Самооцінка емоційних станів».

Тест-опитувальник «Оцінка настрою». Тест-опитувальник «Оцінка настрою» застосовується як полегшена версія опитувальника «САН» (іноді використання опитувальника «САН» може бути важко в силу властивої багатьом людям недостатньо тонкої диференціювання свого функціонального стану) [33]. Тест опитувальник «Оцінка настрою» відрізняється невеликим об'ємом і простими питаннями і простими відповідями. В опитувальнику пропонується 21 твердження, на які треба відповісти одним з трьох варіантів відповідей: «так», «ні», «навпаки» (протилежне почуття). Вже за допомогою відповідей складається думка про те, який настрій переважає в момент обстеження - звичайне, ейфоричний або негативний.

Eat-26 тест на відношення до прийому їжі. Спочатку шкала призначалася для скринінгу нервової анорексії і складалася з 40 питань. У 1982 році розробники модифікували тест і створили шкалу ЕАТ-26, що складається з 26 питань. Шкала ЕАТ-26 показала високу ступінь кореляції з початковим варіантом. З часом шкала ЕАТ-26 стала широко застосовуватися при скринінгу як нервової анорексії, так і нервової булімії.

На сьогодні шкала ЕАТ-26 є найпоширенішим інструментом і одним із найточніших досліджень розладів харчової поведінки.

Шкала, як і більшість схожих, включає в себе симптоми, роздивляються, як абнормальні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфер, але самі підшкали в тесті не виділяються. Тест призначений для заповнення самим пацієнтом / випробуванням, тож спеціаліст, що проводить тестування не має права брати участь в цьому. Перед початком

дослідження рекомендується ознайомити випробуваного принципам роботи зі шкалою.

Тест ЕАТ-26 є скринінговим, тобто на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал за нього означає високу ймовірність наявності серйозного розлад харчової поведінки -імовірно, анорексії або булімії (тест створювався для виявлення саме цих розладів). Але також, ряд пунктів є специфічним для деяких інших розладів харчової поведінки - наприклад, обмеженого, компульсивного і т.д. Таким чином, тест дозволяє виявити групу людей, які мають ризики і яка потребує консультації фахівця в області психічного здоров'я, хоча і не охоплює всі розглянуті на сьогоднішній день розлади харчової поведінки.

Голландський опитувальник харчової поведінки. Дана методика була розроблена в 1986 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини і факультету соціальної психології Сільсько-господарського університету в Нідерландах для виявлення обмежувального, емоціогенного і екстернального типу харчової поведінки.

Під нею розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в звичайних умовах чи в стресовій ситуації, поведінка, що орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формування цього образу. Харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички і емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальні для кожної особистості.

Обмежувальна харчова поведінка – це поведінка , що має надлишкові харчові самообмеження і занадто жорстокі дієти.

Емоціогенний тип харчової поведінки – це реакція переїдання на стрес, тобто при психоемоційному напруженні, хвилюванні або відразу після закінчення ситуації , що викликала такий стан у людини різко посилюється апетит і виникає непереборне бажання поїсти

Екстернальна харчова поведінка проявляється підвищеною реакцією на зовнішні подразнення: накритий стіл, вітрина продуктового магазину, реклама харчових продуктів тощо.

В опитувальник входять 33 питання, кожен з яких має 5 варіантів відповіді: "ніколи", "рідко", "іноді", "часто" і "дуже часто", які потім оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31-го пункту, який має зворотні значення.

Методика «Самооцінка емоційних станів». Методика «Самооцінка емоційних станів» - опитувальник, розроблений американськими психологами А. Уессманом і Д. Рікс і призначений для самооцінки самопочуття і емоційного стану людини на момент обстеження [33].

Опитувальник є чотири блоки шкал. Кожна шкала включає 10 тверджень. Твердження шкал розташовані в порядку спадання, від позитивного емоційного стану до негативного емоційного стану (1 бал). Досліджуваного просять оцінити свій емоційний стан, при цьому вибравши відповідне твердження. Порядковий номер твердження відповідає за кількість балів, що набрані за шкалою. Шкали опитувальника: «Спокій - тривожність», «Енергійність - втома», «Піднесеність - пригніченість», «Почуття впевненості в собі - почуття безпорадності». Значні дані за процедурою розробки та стандартизації методики відсутні.

Висновок до розділу 2: У дослідженні брали участь 60 осіб з різних факультетів чи різного фаху, різних міст України і ,які не пов'язанні між собою. Тобто вбірка є рандомізованою. Аналіз теоретичних засад дозволив сформулювати методичний та статистичний інструментарій, завдяки якому була сформована модель дослідження, в якій було задіяно такий психометричний інструментарій: Тест-опитувальник «Оцінка настрою», Eat-26 тест на відношення до прийому їжі, Голландський опитувальник харчової поведінки, Методика «Самооцінка емоційних станів».

РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ

3.1 Кількісний аналіз результатів дослідження

Дане дослідження спрямоване на виявлення зв'язку між схильністю до розладів харчової поведінки та емоційною сферою особистості. Всього у дослідженні взяло участь 66 особи.

Досліджувані оцінювались за наступними критеріями: вік, стать, рівень розладу харчової поведінки (Голландський опитувальник харчової поведінки), симптоми розладу харчової поведінки (ЕАТ-26), астеничний стан та стан ейфорії (тест-опитувальник «Оцінка настрою»), загальний емоційний стан (методика «Самооцінка емоційних станів»).

Розрахунки були проведені за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS.

Статистичний аналіз порівняння середніх значень всіх змінних показав такі результати (таб. 3.1):

Таблиця 3.1

Описові статистики за змінними рівня РХП, симптомами РХП, астеничного стану, стану ейфорії та загального емоційного стану

Змінні	Рівень РХП	Симптоми РХП	Астеничний стан	Стан ейфорії	Загальний емоційний стан
Середнє значення	79,7	4,97	5,73	2,08	21,7
Мінімум	43	0	0	0	9
Максимум	126	18	17	8	32

В цілому по вибірці маємо помірні результати по рівню РХП, низькі показники по симптомам РХП, слабо виражений серед досліджених

астенічний стан і зовсім невиражений стан ейфорії. Загальний емоційний стан є помірним.

Якщо порівняти отримані результати за статтю (таб. 3.2), то ми отримаємо, що:

- Рівень і симптоми РХП проявляються більше у жінок, ніж у чоловіків;
- Астенічний стан дещо в більшій мірі характерний жінкам;
- Стан ейфорії у жінок і чоловіків проявляється майже однаково слабо;
- Загальний емоційний стан має середній прояв як у чоловіків, так і у жінок, хоча у чоловіків він дещо вищий.

Таблиця 3.2

Різниця між чоловіками та жінками за середніми показниками

	Рівень РХП	Симптоми РХП	Астенічний стан	Стан ейфорії	Загальний емоційний стан
Жінки	82	5	6	2	21
Чоловіки	69	4	4	3	24

Після проведення кореляційного аналізу за допомогою формули кореляції Спірмена (непараметричний критерій) було визначено наступне (таб. 3.3):

- Був виявлений зв'язок між рівнем РХП і симптомами РХП;
- Рівень РХП має позитивний зв'язок з астенічним станом і обернений із ейфоричним станом;
- Симптоми РХП також мають позитивний зв'язок з астенічним станом і обернений із ейфоричним станом;
- Астенічний стан разом з ейфоричним станом мають обернений достатньо сильний взаємозв'язок;
- Загальний емоційний стан має пряму кореляцію із ейфоричним станом і обернену з астенічним;

- Не виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем чи симптомами РХП і загальним емоційним станом.

Таблиця 3.3

Кореляції між рівнем РХП, симптомами РХП, астеничним станом, станом ейфорії та загальним емоційним станом

	Рівень РХП	Симптоми РХП	Астеничний стан	Стан ейфорії	Загальний емоційний стан
Рівень РХП	1	.493**	.232**	-.273**	-.104
Симптоми РХП	.493**	1	.442**	-.245*	-.175
Астеничний стан	.232**	.442**	1	-.453**	-.569**
Стан ейфорії	-.273**	-.245*	-.453**	1	.410**
Загальний емоційний стан	-.104	-.175	-.569**	.410**	1

Примітка: * – значущість на рівні $p \leq 0,05$; ** – значущість на рівні $p \leq 0,01$

Для передбачення вираженості рівня РХП, можна побудувати прогностичну модель. Після проведення регресійного аналізу, до моделі увійшли такі змінні, як астеничний стан та вік (таб. 3.4). В цілому було виділено дві моделі, друга мала найкращі прогностичні здатності. Дана прогностична модель має високі показники якості та відсутність мультиколінеарних зв'язків.

Таблиця 3.4

Прогностичні моделі рівня РХП та їхні коефіцієнти

Мо дель		B	Асимптоматич на значимість
1	(Константа)	68.221	.000
	Астенічний стан	2.004	.001
2	(Константа)	19.307	.415
	Астенічний стан	2.102	.000
	Вік	2.357	.039

В прогностичній моделі вираженості симптомів РХП були виділені змінні астенічний стан та загальний емоційний стан (таб. 3.5). Друга модель має найкращі прогностичні здатності і ця прогностична модель також має високі показники якості та відсутність мультиколінеарних зв'язків.

Таблиця 3.5

Прогностичні моделі симптомів РХП та їхні коефіцієнти

Мо дель		B	Асимптоматич на значимість
1	(Константа)	2.062	.021
	Астенічний стан	.508	.000
2	(Константа)	-8.655	.059
	Астенічний стан	.903	.000
	Загальний емоційний стан	.389	.018

Оригінальні таблиці дивитись у Додатку.

3.2 Якісний аналіз результатів дослідження

Після отримання результатів статистичного аналізу, отримані дані можуть мати таку інтерпретацію:

1. Зважаючи на середні значення по вибірці, досліджуваних можна описати як загалом помірно схильних до розладів харчової поведінки. До того ж, у них в основному слабо виражені основні симптоми РХП.

Тому можна сказати, що вибірка в середньому є умовно здоровою щодо розладів, пов'язаних з харчовою поведінкою.

Серед досліджуваних майже не виражений стан ейфорії, що говорить про те, що їм не властива неадекватна захопленість та дуже радісна оцінка ситуації. При цьому слабо виражено астеничний стан, тобто досліджувані мають в цілому задовільний емоційний стан і наразі не страждають від негативних почуттів.

2. Якісний аналіз середніх показників по жіночій чоловічій статі вказує на деякі невеликі відмінності між ними. Жінки і більшій мірі схильні до розладів харчової поведінки, ніж чоловіки, і мають більш яскраво виражені їхні симптоми. Щодо емоційного стану – в цілому у жінок і чоловіків він на одному помірному рівні, проте жінки мають трохи більшу тенденцію до астеничного стану, що вказує на тенденцію до поганого настрою серед жінок.
3. Результати кореляційного аналізу вказали на цілий ряд взаємозв'язків між досліджуваними феноменами:
 - Зв'язок між рівнем РХП і симптомами РХП є передбачуваним. Ці дві змінні є спорідненими за сенсом і вказують на тенденцію людини до розладів, пов'язаних з харчовою поведінкою. Тому даний взаємозв'язок також демонструє надійність двох обраних методик, які разом дають ширшу картину щодо вибірки.
 - Навпаки зворотній зв'язок мають такі змінні, як астеничний стан та стан ейфорії. Даний зв'язок підтверджує полярність цих двох феноменів, один з яких описує максимально знижений настрій, а другий максимально підвищений.
 - Цікаво, що як рівень РХП, так і його симптоми мають достатньо сильний і статистично значимий прямий зв'язок з астеничним станом і обернений з ейфоричним. Це дає нам інформацію про те, що чим більше проявляються певні розлади харчової поведінки, тим більше настрої прямує до негативного полюсу, і навпаки, чим більше людина

схильна до зниженого негативного настрою, тим більша ймовірність виникнення у неї симптомів РХП. Одночасно підвищений захоплений настрій є певним показником відсутності схильності до РХП.

- При цьому ні рівень, ні симптоми РХП не мали статистично значимого зв'язку із загальним емоційним станом, який включає в себе спокій/тривожність, енергічність/втомленість, піднесеність/пригніченість, почуття впевненості в собі/почуття безпорадності. Це може говорити про те, що зв'язок є скоріше з окремою рисою емоційної сфери, ніж із загальним настроєм.
- Результати регресійного аналізу вказують на те, що рівень РХП (схильність до РХП) може прогнозуватись такими змінними як вік та астеничний стан. Тоді як щоб передбачити симптоми РХП можна звернутись до змінних загального емоційного стану та астеничного стану.

Отже, відповідно до отриманих даних можна сказати, що гіпотеза підтверджена і між схильністю до розладів харчової поведінки і проявами емоційної сфери є зв'язок.

Висновки до розділу 3

Призначення цього розділу полягає в аналізі результатів емпіричного дослідження і підтвердженні чи відхиленні гіпотези.

1. Статистичний аналіз отриманих даних вказує на в цілому на помірні показники серед досліджуваних, проте з невеликою тенденцією до астеничного стану. Можна спостерігати різницю між результатами серед жінок і серед чоловіків, зокрема у проявах РХП.

Кореляційний аналіз надав можливість зафіксувати ряд різних взаємозв'язків між змінними, в тому числі між проявами РХП та показниками емоційної сфери.

Регресійний аналіз надав можливість виділити певні змінні, які можуть допомогти в прогнозуванні рівня чи симптомів РХП.

2. Досліджуваних можна описати як людей, які загалом не схильні до РХП і як людей, з помірним настроєм, проте с невеликою схильністю до астеничного стану. Це може бути зумовлено особливістю вибірки.

При цьому якщо порівняти досліджуваних за статтю, то вже можна спостерігати невелику схильність до РХП, яка проявляється у жінок. Чоловіки ж мають нижчі показники як по рівню РХП, так і по його симптомам. До того ж жінки дещо в більшій мірі схильні до зниженого, дещо депресивного настрою.

Виявлені взаємозв'язки, по-перше, підтверджують схожість чи полярність певних змінних. Так, наприклад, рівень РХП і симптоми РХП мають позитивний взаємозв'язок, а от астеничний стан і стан ейфорії навпаки обернений. Ці результати вказують на нормальні закономірності серед досліджуваних.

Був встановлений зв'язок між рівнем і симптомами РХП та астеничним станом. Це дає нам змогу говорити, що знижений настрій є одним із вагомих факторів схильності до РХП (або його додатковим симптомом), або навпаки, тенденція до РХП може мати певний ефект на емоційну сферу. Це поясняє і результати серед жінок, що мали більшу схильність як до РХП, так і до астеничного стану. Відповідно стан ейфорії має негативний зв'язок із схильністю до РХП, що додатково підтверджує, що чим більш піднесений настрій у людини, тим менше вираженими будуть у нього прояви РХП. Ці результати вказують на те, що гіпотеза дослідження підтверджена.

Не зважаючи на попередні дані не виявлено взаємозв'язку між РХП та загальним емоційним станом. Це говорить про перспективу подальших досліджень та конкретизації отриманих даних.

Рівень РХП та симптоми РХП загалом можуть бути прогнозовані такими змінними як вік і астеничний стан та загальним емоційним станом і астеничним станом відповідно. Дані прогностичні моделі мають достатню статистичну значимість.

ВИСНОВКИ

Довідник з діагностики і систематики психічних розладів "Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) виділяє три види порушення харчової поведінки: нервово анорексію, нервово булімію та неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема систематичне необмежене компульсивне переїдання [12].

Нервова анорексія – це розлад, що характеризується неослабним прагненням до худоби, гострим страхом ожиріння, спотвореним сп

Нервова булімія - характеризується рецидивуючими епізодами переїдання з подальшою неадекватною компенсаторною поведінкою, такою наприклад ,як очищення (провокування блювання, вживання проносних або сечогінних засобів), голодування або посилені фізичні навантаження.

Одним з найважливішим аспектом ,що впливає на порушення харчової поведінки є саме емоційні стан, потреби і душевний стан людини.

При порушеннях харчової поведінки знижується соціальна спонтанність і підвищується емоційна лабільність, невпевненість в собі ,підвищується тривожність, знижується самооцінка, людина постійно відчуває себе виною.

Завдяки вивченню теоретичних аспектів розладу харчової поведінки вийшло сформулювати методичний інструментарій, завдяки чому була сформована операційна модель дослідження, в якій було задіяно наступний психодіагностичний інструментарій: Тест-опитувальник «Оцінка настрою», Eat-26 тест на відношення до прийому їжі,Голландський опитувальник харчової поведінки, Методика «Самооцінка емоційних станів».

За рахунок дослідження був встановлений зв'язок між рівнем і симптомами РХП та астеничним станом. Це дає нам змогу говорити, що знижений настрій є одним із вагомих факторів схильності до РХП (або його додатковим симптомом), або навпаки, тенденція до РХП може мати певний ефект на емоційну сферу. Це поясняє і результати серед жінок, що мали більшу схильність як до РХП, так і до астеничного стану. Відповідно стан ейфорії

має негативний зв'язок із схильністю до РХП, що додатково підтверджує, що чим більш піднесений настрій у людини, тим менше вираженими будуть у нього прояви РХП. Ці результати вказують на те, що гіпотеза дослідження підтверджена.

Не зважаючи на попередні дані не виявлено взаємозв'язку між РХП та загальним емоційним станом. Це говорить про перспективу подальших досліджень та конкретизації отриманих даних.

Рівень РХП та симптоми РХП загалом можуть бути прогнозовані такими змінними як вік і астенічний стан та загальним емоційним станом і астенічним станом відповідно. Дані прогностичні моделі мають достатню статистичну значимість.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрєєва І.М. Передумови розвитку емоційного інтелекту // Зап. психол. 2007. № 5. С. 57-65.
2. Веккер Л.М. Психіка і реальність. Єдина теорія психічних процесів. М., 1998..
3. Виготський Л.С. Психологія. М., 2000.
4. Дорожевец А.Н. Спотворення образу фізичного Я у хворих на ожиріння та нервовою анорексією: Автореф. канд. психол. наук. М., 1986.
5. Азеркович М.М. Про диференціальному діагнозі хвороби Симмондса і анорексії невроза // Проблеми ендокринології і гормонотерапії.-М., 1963.-Т.9.-№6.
6. Військово - психологічний словник - довідник / під заг. ред. Ю.П. Зінченко. - М. : ІД Купріянова / Суспільство психологів силових структур, 2010. - 592 с.
7. Ільїн Є.П. Емоції і почуття /Е.П.Ільїн /. - 2 вид. - СПб: Пітер, 2013. - 783 с.
8. Емоційна сфера людини і її регуляція http://медпортал.com/valeologiya_739/emotsionalnaya-sfera-cheloveka.html
9. Бобров О.Є. Психопатологічні аспекти нервової анорексії // Альманах клінічної медицини. - 2015. - № 51.
10. Вознесенська Т. Г. Ожиріння // Глава 9. Типологія порушень ПП і емоційно-особистісні розлади при первинному ожирінні і їх корекція. М., 2010. -
11. Вознесенська Т. Г. Розлади харчової поведінки при ожирінні і їх корекція // Ожиріння і метаболізм. - 2004. - Т. 2.
12. Демешкіна Л.В., Сердюченко О.М. Нервова анорексія: огляд і клінічний випадок // Гастроентерологія. - 2015. - № 3. - Том 57.

13. Звенигородська Л. А. та ін. Типи харчової поведінки і гормони харчової поведінки у хворих з метаболічним синдромом // т фіз. і клин. гастроентрологія 2007; 1: 24. - 2007. - Т. 7.
14. Малкіна-Пих І.Г. Зайва вага. Звільнитися і забути. Назавжди. - М.: Изд-во: Ексмо 2009.
15. Менделевич В.Д. Клінічна медична психологія - М.: МЕДпресс, 2014.- 360 с.
16. Пономарьова Л. Г. Сучасні уявлення про розлади харчової поведінки // Молодий вчений. - 2010. - №10. - С. 274-276.
17. Мінірт Ф., Майер П. Наркотик під назвою їжа. - М., Тріада. - 2009. - 364 с.
18. Скугаревській О. А. Російськомовна адаптація методики «Шкала оцінки харчової поведінки» / Скугаревській О. А., Ільчик О. А., Сивуха С. В. // Психотерапія і клінічна психологія. - 2010. - № 3. - С. 4-7.
19. Менделевич В.Д. Клінічна медична психологія - М.: МЕДпресс, 2014.- 360 с
20. Миколаєва Н.О. Історія і сучасний стан досліджень порушень харчової поведінки (культурні і психологічні аспекти) // Клінічна та спеціальна психологія - 2012.
21. Миколаєва Н.О., Мешкова Т.А. Порушення харчової поведінки: соціальні, сімейні та біологічні передумови. // Питання психічного здоров'я дітей та підлітків. - 2011, № 1 (11). - С. 39-49.
22. Патопсихологія. Хрестоматія / Упоряд. Н. Л. Белопольская. - М.: Когито-Центр, 2000. - 253 с.
23. Соловйова О.В. Фактори ризику порушень харчової поведінки у осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням // Медичний альманах. - 2013.
24. Коркіна М.В., Карева М.А., Цівілько М.А. Про деякі особистісні особливості хворих на нервову анорексію // Матеріали до 3-ої Всеросійської наукової конференції з неврології та психіатрії дитячого віку. - М., 1971.-№ 10.-С. 152-153.

25. Коркіна М.В., Марилов В.В. Про деякі кореляції між особливостями клініки та розладами обміну при нервовій анорексії // Ж. невропатія, і психіатрії ім. С.С.Корсакова.-1980.-№ 11.-С. 1666-1668.
26. Коркіна М.В., Марилов В.В. Сучасний стан проблеми нервової анорексії (за даними радянської та зарубіжної літератури) // Ж. невропатії. і психіатрії ім. С.С.Корсакова.-1974.-№10.-С. 1574-1583.
27. Марилов В.В. Клініка і лікування хворих на нервову анорексію-її // Дисс.канд. мед. наук.-М., 1974.
28. Броннікова, С. Інтуїтивне харчування: як перестати турбуватися про їжу і схуднути / С. Броннікова. - М.: Ексмо, 2016. - 432 с. Кокер Росс К. Позбавлення від харчової залежності. Як впоратися з нестримним потягом до їжі, зняти стрес і перестати ненавидіти своє тіло. Практикум. / Кокер Росс К. - СПб.: ІГ «Весь», 2019. - 272 с.
29. Харламова, А. С. Навички емоційної регуляції для осіб з розладами харчової поведінки / А. С. Харламова. - Текст: безпосередній // Дослідження молодих вчених: матеріали XII Міжнар. науч. конф. (Г. Казань, липень 2020 р). - Казань: Молодий вчений, 2020. - С. 41-44.
30. Велика енциклопедія психологічних тестів / уклад. А. Карелін. - М.: Изд-во Ексмо, 2006. - 416 с.
31. Бурлачук, Л.Ф. Словник-довідник з психодіагностики / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Пітер, 2003. - 528 с.
32. Истратова, О.Н. Психодіагностика. Колекція кращих тестів / О.М. Истратова, Т.В. Ексакусто. - Ростов н / Д.: Фенікс, 2006. - 375 с.
33. О. В. Барканова "Методики діагностики емоційної сфери" Красноярськ: Літера-Принт 2009
34. Early impact of COVID- 19 on individuals with self- reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands
35. Кульчинська І. Булімія "Їжа або життя" - М., 2007- С. 24 - 25

36. Кульчинська І. В. Вараксин І.В. "Булімія - звичайне обжерливість, діагноз або нове життя" -М., 2007
37. Хьелл Л., Зіглер Д. Теорії особистості (Основні положення, дослідження і застосування). - СПб .: Пітер, 2008. - 608 с
38. Тхостов А.Ш., Колимба І.Г. Феноменологія емоційних явищ // Укр. Моск. ун-ту. Сер. 14. Психологія. 1999. № 2. С. 3-13.
39. Андрєєва І.М. Передумови розвитку емоційного інтелекту // Зап. психол. 2007. № 5. С. 57-65.
40. Леонт'єв А. Н. "Потреби, мотиви і емоції. "М., 1971. С. 1, 13-20, 23-28, 35-39.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Тест-опитувальник «Оцінка настрою»

Инструкция: Вам дан перечень утверждений, относящихся к вашему состоянию и настроению в данный момент. Оцените утверждения относительно себя, используя варианты ответов: «да», «нет», «наоборот» (противоположное чувство).

Текст опросника:

1. Чувствую себя исключительно бодро.
2. Соседи (другие учащиеся и т. п.) очень мне надоели.
3. Испытываю какое-то тягостное чувство.
4. Скорее бы испытать чувство покоя (закончились бы урок, занятия, четверть и т. п.)
5. Оставили бы меня в покое, не беспокоили бы.
6. Состояние такое, что, образно говоря, готов горы свернуть.
7. Оценка по тесту неприятна, вызывает чувство неудовлетворенности.
8. Удивительное настроение: хочется петь и плясать, целовать от радости каждого, кого вижу.
9. Вокруг меня очень много людей, способных поступить неблагородно, сделать зло. От любого человека можно ожидать неблагоприятного поступка.
10. Все здания вокруг, все постройки на улицах кажутся мне удивительно неудачными.
11. Каждому, кого встречаю, способен сказать грубость.
12. Иду радостно, не чувствую под собой ног.
13. Никого не хочется видеть, ни с кем не хочется разговаривать.

14. Настроение такое, что хочется сказать: «Пропади все пропадом!»
15. Хочется сказать: «Перестаньте меня беспокоить, отвяжитесь!»
16. Все люди без исключения мне кажутся чрезвычайно
благожелательными, хорошими. Все они без исключения мне
симпатичны.
17. Не вижу впереди никаких трудностей. Все легко! Все доступно!
18. Мое будущее мне кажется очень печальным.
19. Бывает хуже, но редко.
20. Не верю даже самым близким людям.
21. Автомшины гудят на улице резко, но зато эти звуки воспринимаются
как приятная музыка.

Голландський опитувальник харчової поведінки.

Инструкция: Проходите тест быстро, не задумываясь над ответом. На каждый вопрос отвечайте «никогда», «очень редко», «иногда», «часто» или «очень часто». Подсчитайте баллы: «никогда» — 1, «очень редко» — 2, «иногда» — 3, «часто» — 4, «очень часто» — 5 (с 31 вопросом — все наоборот)

Текст *опросника*:

1. Если ваш вес начинает расти, едите ли вы меньше обычного?
2. Стараетесь ли вы есть меньше, чем вам хотелось бы, во время завтрака, обеда, ужина?
3. Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о вашем весе?
4. Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?
5. Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?
6. Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?
7. Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?

8. Часто ли вы стараетесь не есть между приемами пищи, так как следите за своим весом?
9. Часто ли вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?
10. Думаете ли вы о том, сколько вы весите, перед тем, как что-нибудь съесть?
11. Возникает у вас желание есть, когда вы раздражены?
12. Возникает у вас желание есть, когда вам нечего делать?
13. Возникает у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?
14. Возникает у вас желание есть, когда вам одиноко?
15. Возникает у вас желание есть, когда вас кто-то подвел?
16. Возникает у вас желание есть, когда вам что-либо препятствует или нарушаются ваши планы?
17. Возникает у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?
18. Возникает у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?
19. Возникает у вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?
20. Возникает у вас желание есть, когда вы испуганы?
21. Возникает у вас желание есть, когда вы разочарованы, разрушены ваши надежды?
22. Возникает у вас желание есть, когда вы взволнованы, расстроены?
23. Возникает у вас желание есть, когда вы утомлены, встревожены?
24. Едите ли вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?
25. Едите ли вы больше обычного, когда еда особенно хорошо выглядит и пахнет?

26. Если вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у вас желание есть?

27. Если у вас есть что-то вкусненькое, съедите ли вы это немедленно?

28. Если вы проходите мимо булочной, вам хочется купить что-то вкусное?

29. Если вы проходите мимо кафе, вам хочется купить что-то вкусное?

30. Когда вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?

31. Можете ли вы остановиться, если едите что-то вкусное?

32. Едите ли больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?

33. Когда вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?

Методика «Самооцінка емоційних станів»

Инструкция: Выберите в каждом из предложенных наборов суждений то, которое лучше всего описывает ваше состояние сейчас. Номер суждения, выбранного из каждого набора, обведите в кружок.

Список утверждений по шкалам:

I. «Спокойствие – тревожность»

10. Совершенное и полное спокойствие. Непоколебимо уверен в себе.

9. Исключительно хладнокровен, на редкость уверен и не волнуюсь.

8. Ощущение полного благополучия. Уверен и чувствую себя непринужденно.

7. В целом уверен и свободен от беспокойства.

6. Ничто особенно не беспокоит меня. Чувствую себя более или менее непринужденно.

5. Несколько озабочен, чувствую себя скованно, немного встревожен.

4. Переживаю некоторую озабоченность, страх, беспокойство или неопределенность. Нервозен, волнуюсь, раздражен.

3. Значительная неуверенность. Весьма травмирован неопределенностью.

Страшно.

2. Огромная тревожность, озабоченность. Изведен страхом.

1. Совершенно обезумел от страха. Потерял рассудок. Напуган неразрешимыми трудностями.

II. «Энергичность – усталость»

10. Порыв, не знающий преград. Жизненная сила выплескивается через край.

9. Бьющая через край жизнеспособность, огромная энергия, сильное стремление к деятельности.

8. Много энергии, сильная потребность в действии.

7. Чувствую себя очень свежим, в запасе значительная энергия.

6. Чувствую себя довольно свежим, в меру бодрым.

5. Слегка устал. Леность. Энергии не хватает.

4. Довольно усталый. Апатичный (сонный). В запасе не очень много энергии.

3. Большая усталость. Вялый. Скудные ресурсы энергии.

2. Ужасно утомлен. Почти изнурен и практически не способен к действию.

Почти не осталось запасов энергии.

1. Абсолютно выдохся. Не способен даже к самому незначительному усилию.

III. «Приподнятость – подавленность»

10. Сильный подъем, восторженное веселье.

9. Очень возбужден и в очень приподнятом состоянии. Восторженность.

8. Возбужден, в хорошем расположении духа.

7. Чувствую себя очень хорошо. Жизнерадостен.

6. Чувствую себя довольно хорошо, в порядке.

5. Чувствую себя чуть-чуть подавленно, так себе.

4. Настроение подавленное и несколько унылое.

3. Угнетен и чувствую себя очень подавленно. Настроение определенно унылое.

2. Очень угнетен. Чувствую себя просто ужасно.
1. Крайняя депрессия и уныние. Подавлен. Все черно и серо.

IV. «Чувство уверенности в себе – чувство беспомощности»

10. Для меня нет ничего невозможного. Смогу сделать все, что захочу.
9. Чувствую большую уверенность в себе. Уверен в своих свершениях.
8. Очень уверен в своих способностях.
7. Чувствую, что моих способностей достаточно и мои перспективы хороши.
6. Чувствую себя довольно компетентным.
5. Чувствую, что мои умения и способности несколько ограничены.
4. Чувствую себя довольно неспособным.
3. Подавлен своей слабостью и недостатком способностей.
2. Чувствую себя жалким и несчастным. Устал от своей некомпетентности.
1. Давящее чувство слабости и тщетности усилий. У меня ничего не получается.

Додаток Б

Таблиці з обрахунками IBM SPSS Statistics.

Описові статистики по змінним

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<u>mood.total</u>	66	9	32	21.70	5.268
<u>san.astenic.</u>	66	0	17	5.73	4.197
<u>san.euphoric</u>	66	0	8	2.08	2.470
<u>eat26</u>	66	0	18	4.97	4.644
<u>holland</u>	66	43	126	79.70	20.663
<u>Valid N (listwise)</u>	66				

Середні показники по жінкам і чоловікам

Укажите Ваш пол

	Женский Mean	Мужской Mean
mood total	21	24
san.astenic	6	4
san.euphoric	2	3
eat26	5	4
holland	82	69

Перевірка розподілу для двох незалежних змінних за допомогою теста Колмогорова-Смірнова

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		mood total	san.astenic	san.euphoric	eat26	holland
N		66	66	66	66	66
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	21.70	5.73	2.08	4.97	79.70
	Std. Deviation	5.268	4.197	2.470	4.644	20.663
Most Extreme Differences	Absolute	.174	.156	.209	.200	.145
	Positive	.071	.156	.209	.200	.145
	Negative	-.174	-.100	-.200	-.142	-.095
Test Statistic		.174	.156	.209	.200	.145
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.001 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Кореляційна матриця змінних дослідження

Correlations

			mood total	san.astenic	san.euphoric	eat26	holland
Kendall's tau_b	mood total	Correlation Coefficient	1.000	-.569**	.410**	-.175	-.104
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.057	.238
		N	66	66	66	66	66
	san.astenic	Correlation Coefficient	-.569**	1.000	-.453**	.442**	.232**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.009
		N	66	66	66	66	66
	san.euphoric	Correlation Coefficient	.410**	-.453**	1.000	-.245*	-.273**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.012	.003
		N	66	66	66	66	66
	eat26	Correlation Coefficient	-.175	.442**	-.245*	1.000	.493**
		Sig. (2-tailed)	.057	.000	.012	.	.000
		N	66	66	66	66	66
	holland	Correlation Coefficient	-.104	.232**	-.273**	.493**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.238	.009	.003	.000	.
		N	66	66	66	66	66

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Підсумки для прогностичної моделі рівня РХП

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.407 ^a	.166	.153	19.021
2	.470 ^b	.221	.196	18.529

a. Predictors: (Constant), ~~san astenic~~

b. Predictors: (Constant), ~~san astenic~~, ~~Укажите Ваш возраст~~

Дисперсійний аналіз із показниками критерія Фішера

		ANOVA ^a				
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4597.835	1	4597.835	12.709	.001 ^b
	Residual	23154.105	64	361.783		
	Total	27751.939	65			
2	Regression	6122.561	2	3061.281	8.917	.000 ^c
	Residual	21629.378	63	343.323		
	Total	27751.939	65			

a. Dependent Variable: Holland

b. Predictors: (Constant), ~~san astenic~~

c. Predictors: (Constant), ~~san astenic~~, ~~Укажите Ваш возраст~~

Коефіцієнти для прогностичної моделі рівня РХП

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	T	Sig.
1	(Constant)	68.221	3.981		17.138	.000
	san astenic	2.004	.562	.407	3.565	.001
2	(Constant)	19.307	23.532		.820	.415
	san astenic	2.102	.550	.427	3.825	.000
	Укажите Ваш возраст	2.357	1.118	.235	2.107	.039

a. Dependent Variable: Holland

Підсумки для прогностичної моделі симптомів РХП

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.459 ^a	.211	.198	4.158
2	.527 ^b	.278	.255	4.009

a. Predictors: (Constant), san.astenic

b. Predictors: (Constant), san.astenic, mood.total

Дисперсійний аналіз із показниками критерія Фішера

		ANOVA ^a				
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	295.251	1	295.251	17.074	.000 ^b
	Residual	1106.688	64	17.292		
	Total	1401.939	65			
2	Regression	389.567	2	194.783	12.121	.000 ^c
	Residual	1012.373	63	16.069		
	Total	1401.939	65			

a. Dependent Variable: eat26

b. Predictors: (Constant), san.astenic

c. Predictors: (Constant), san.astenic, mood.total

Коефіцієнти для прогностичної моделі симптомів РХП

		Coefficients ^a				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.062	.870		2.369	.021
	<u>san.astenic</u>	.508	.123	.459	4.132	.000
2	(Constant)	-8.655	4.502		-1.922	.059
	<u>san.astenic</u>	.903	.202	.817	4.478	.000
	<u>mood.total</u>	.389	.161	.442	2.423	.018

a. Dependent Variable: eat26