

**Прикарпатський національний університет імені Василя  
Стефаника**

**Кафедра загальної та клінічної психології**

**БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА**

на тему:

**«Порушення харчової поведінки серед студенської молоді»**

Студентки IV курсу, групи ПСр(з)-41

Спеціальності: 053 Психологія

ОП “Реабілітаційна психологія”

Тимошенко О.Я.

Науковий керівник: проф. Москалець В.П.

Рецензент : доцент Кулеша-Любінець М. М.

Івано-Франківськ - 2023 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ .....	6
1.1. Поняття про порушення харчової поведінки .....	6
1.2. Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості .....	13
1.3. Психологічний аналіз порушення патернів харчової поведінки серед сучасної молоді .....	18
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ .....	25
2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження .....	25
2.2. Результати емпіричного дослідження .....	27
2.3. Практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку .....	34
ВИСНОВКИ .....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	44
ДОДАТКИ .....	51

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Міністерство охорони здоров'я України, спираючись на експертні оцінки, переконує, що стан здоров'я та тривалість життя у 70% випадків прямо пропорційні способу життя. Ми знаємо, що основним чинником цього є наш раціон. Інші 15% - це екологічні умови, а ще 15% - наша спадковість. Тому вивчення харчової поведінки людини як суто психологічного чинника якості життя зумовлене потребами сьогодення. Вивчаючи цей феномен, перед нами постає прикладне завдання розуміння механізмів і всебічного аналізу ставлення людини до споживання їжі. Харчова поведінка - це загальний термін, який використовується для опису різних структурних елементів нашої діяльності, які беруть участь у нормальному процесі прийому їжі.

До них належать такі поведінкові кроки, як пошук їжі, її споживання, а також значна кількість фізіологічних процесів організму, які беруть участь у переробці того, що людина з'їла. Харчова поведінка також інтерпретується через оціночне ставлення до їжі, відповідні харчові стереотипи в повсякденних умовах і стресових ситуаціях, діяльність, спрямовану на розуміння образу власного тіла, нашу роботу з формування такого образу, копіювання форми харчування суспільства. і сімейне оточення. Тому під поняттям харчова поведінка розуміють ставлення, відповідні форми поведінки, емоції та звички, які пов'язані з прийомом їжі і властиві кожній людині.

Харчова поведінка оцінюється як адекватна/гармонійна або відхиляюча/відхиляється залежно від багатьох параметрів, зокрема від місця, яке займає процес харчування в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування. Значний вплив на формування стереотипів харчової поведінки, особливо під час стресу, мають етнокультурні та соціальні фактори. Вічною проблемою цінності харчування є питання про співвідношення харчування та життєвих цілей («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»).

Хоча їжа, безперечно, є фізіологічною потребою, психологічна мотивація також впливає на харчову поведінку. Наприклад, потреба в їжі може бути викликана не тільки бажанням «нагодуватися», але і позитивними емоціями (наприклад, щастя) і негативними емоціями (наприклад, гнівом, депресією). Не останню роль відіграють внутрішні соціальні настанови, норми та очікування щодо споживання їжі.

Таким чином, харчова поведінка є транстропічною потребою індивіда (потреба задоволення, самоствердження, етноідентифікації тощо) і суспільства (соціальноінтегруюча, соціальнодиференціююча, соціоідентифікуюча). Крім того, з кожним днем зростає кількість розладів харчової поведінки. Сюди входять нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, патологічна блювота.

**Метою** роботи було встановлення психологічних особливостей харчової поведінки сучасної молоді.

**Завдання:**

- вивчити поняття про порушення харчової поведінки;
- дослідити соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості;
- провести психологічний аналіз порушення патернів харчової поведінки серед сучасної молоді;
- надати методологічну основу емпіричного дослідження;
- проаналізувати результати емпіричного дослідження;
- надати практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку.

Зокрема, містить дослідницький інтерес у проведенні аналізу взаємозв'язку особливостей харчової поведінки та особистісної орієнтації сучасної молоді. Наш інтерес викликаний насамперед тим, що розлади

харчової поведінки формуються індивідуально-психологічними особливостями людини, а тип харчування залежить від впливу суспільства.

**Об'єкт дослідження:** харчова поведінка сучасної молоді.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості вибору стилю харчової поведінки сучасною молоддю.

**Гіпотеза дослідження:** 1) стиль харчової поведінки залежить від орієнтації особистості; 2) тип харчової поведінки залежить від впливу соціальних факторів.

**Теоретико-методологічну основу** нашого дослідження становлять теоретичні положення щодо харчової поведінки (І. Малкіна-Пих, В. Покровський), концепція резервів в організмі (Н. Агаджанян), пріоритетність психологічних чинників у генезі надмірна вага та ожиріння (А. Вахмістров, Т. Вознесенська, С. Посохов), вплив суспільства на харчову поведінку (Марк Коннер, Крістофер Дж. Армітаж).

**Методи та організація дослідження:** для проведення дослідження в рамках даної наукової роботи ми використовували теоретичний аналіз, спостереження, дослідження, методи експертної оцінки та власну методіку (анкетування), бесіду. Дані, отримані в результаті дослідження, були піддані якісному та кількісному аналізу, зокрема використано статистичний аналіз, проведений за ознаковим критерієм з урахуванням показника кожного студента.

**Наукова новизна.** Полягає у визнанні впливу особистісної орієнтації молоді на стратегію харчової поведінки студентів та конкретизації поняття харчування в психологічному сенсі.

**Практичне значення:** робота дає можливість використовувати отримані результати в корекційно-розвивальній та репродуктивній роботі педагогів, психологів, соціальних працівників, соціально-реабілітаційних центрів, які працюють з підлітками з симптомами харчових розладів.

**Обсяг та структура роботи:** робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

#### 1.1. Поняття про порушення харчової поведінки

Здавна люди прагнули наїстися, щоб вижити у двобої зі смертю. Спочатку первісні люди просто збирали все, що давала їм природа, включаючи тваринний і рослинний світ. Проте згодом вони поступово опанували кулінарне мистецтво. Видатний учений у своїх працях у галузі фізіології писав, що над усіма явищами в житті людини на першому місці стоїть турбота про власне харчування. Вона пов'язує всіх живих істот, в тому числі і людей, з усім середовищем, що оточує людину. Їжа, що потрапляє в організм, зазнає змін, розкладається і, вступаючи в нові зв'язки, знову і знову розпадається. Усе це представляє життєвий процес у цілому, починаючи від елементарних властивостей фізичного стану організму, через закони інерції та гравітації, до психічних особливостей особистості.

Харчова поведінка – це набір особистих харчових звичок. До них, зокрема, відносяться режими харчування, харчові звички, смакові уподобання та ін. Харчова поведінка залежить від сімейних цінностей і традицій, етнічних і культурних особливостей, виховання і активності членів сім'ї, особливостей біології людини. Все це вироблялося роками відповідно до суспільства, в якому живе людина, а також відповідно до стандартів і стандартів норми і краси. Такі звички змінюються з роками, але не всі такі зміни можна вважати хворобливими чи руйнівними. Харчова поведінка – це також ціннісне ставлення до їжі та її споживання, певні харчові стереотипи в повсякденному житті та в стресових ситуаціях. Така поведінка орієнтована на відповідний образ власного тіла, а також дії, спрямовані на формування такого образу [31].

Це означає, що поняття харчової поведінки включає звички, емоції, форми поведінки, установки, пов'язані з предметом харчування, і також є

індивідуальним для кожної людини. Поняття харчової поведінки можна розділити на адекватне (тобто гармонійне) і девіантне (девіантне). Сам розподіл визначається масою параметрів. Значний вплив на стереотипи харчової поведінки, особливо під час стресу, мають етнокультурні фактори. Змістовна сутність сенсу харчування полягає у зв'язку між харчуванням і метою життя [22].

Головною умовою життєдіяльності є використання пластичних та енергетичних речовин. Вищі тварини не здатні синтезувати їх з неорганічних речовин, тому виникає необхідність отримувати їх ззовні. Якщо на деякий час припинити таке надходження, кількість якого є недостатньою, це може призвести до порушення гомеостазу організму, його метаболізму тощо. Організм людини та організми вищих тварин, однак, не здатні засвоювати жири, білки і вуглеводи, а також інші компоненти без попередньої обробки фізико-хімічними методами. Таку важливу роль у нашому організмі відіграє травна система.

Завдяки процесу травлення і засвоєння їжі в організмі людини підтримується відносно стабільний рівень поживних речовин. Коли людина позбавлена їжі, виникає голод. На відміну від цього явища відчуття насичення виникає під час прийому їжі. У рамках поняття насичення і голоду індивіди використовують поняття апетиту (спраги, спраги). Це почуття пов'язане з бажанням людини вживати певну їжу. Апетит людини формується індивідуально і відображає не тільки загальну потребу в їжі, а й потребу, що виникає внаслідок особливостей обміну речовин і окремих дефіцитних речовин і компонентів їжі, групових і індивідуальних звичок, загальних особливостей національної кухні і продуктів зокрема, що саме віддати перевагу.

Вибірковий апетит – це прагнення людини до правильного типу їжі, саме до тієї їжі, якої організму не вистачає. Фізіологічний стан голоду слід відрізнити від поняття голоду, яке ми характеризуємо як стан тривалої нестачі їжі. Це вважається патологією і виражається в потребі організму в адекватних

поживних речовинах, яких організм тривалий час відчував дефіцит. Зовні голод як харчова поведінка проявляється через пошук і споживання їжі. Також воно спрямоване на подолання причин, що спровокували появу голоду.

Об'єктивно і суб'єктивно голод проявляється подразненням різних відділів центральної нервової системи. Вчений І. Павлов сукупність нервових елементів тих самих відділів назвав харчовим центром; його функції полягають у регулюванні поведінки щодо харчування. Харчовий центр являє собою складний гіпоталамо-лімбічний і ретикулярно-корковий комплекс. Експерименти на тваринах показали, що центральну частину складають бічні ядра гіпоталамуса. При їх пошкодженні може спостерігатися відмова від їжі (афагія). Якщо ви дразните їх електрикою через електроди, імплантовані в мозок, ви можете побачити збільшення споживання їжі (гіперфагію).

Ця частина мозку називається центром харчування або центром голоду. При руйнуванні вентромедіального ядра в гіпоталамусі виникає гіперфагія, а його подразнення призводить до афагії. У цих ядрах є центр насичення. Між центром голоду і ним існує взаємозалежність. Це означає, що якщо один центр стимулюється, то інший гальмується [50]. Діяльність мозку безпосередньо впливає на формування відчуття ситості або голоду. У гіпоталамусі знаходяться центри насичення і голоду, а також відповідні утворення в корі великих півкуль і лімбічної системи. Харчова мотивація людини також залежить від гіпоталамуса. Паралельно із забезпеченням вегетативної основи емоцій і поведінки людини він керує всіма основними гомеостатичними процесами, зокрема ліпостатичною системою, що регулює постійність маси тіла [22].

У нормальному положенні людина вільно регулює споживання їжі і апетит, а також контролює якість і кількість споживаної їжі. Втрата або зниження апетиту викликана багатьма факторами, особливо тими, що відволікають від їжі, а також емоціями, в тому числі негативними. Процес прийому їжі з апетитом визначає ефективне травлення. З давніх-давен, крім основного лікування, лікарі бажали вжити заходів для поліпшення апетиту.



Щоденний раціон людини містить не тільки необхідні поживні речовини і калорії. Кількість їжі, спосіб харчування, певні харчові переваги, а отже – переваги в певних видах продуктів – все це для кожної людини своє. Поведінка щодо харчування визначається не лише потребами, але й набутими стратегіями мислення та знань.

Певна потреба або потреба в енергії створює такий біопотяг у формі голоду, але на відповідну поведінку та вибір їжі впливають сформовані навички та відповідні стратегії мислення. До фізіологічних потреб, враховуючи особисту історію та пов'язані з нею умови, належать біологічні потреби. З ними тісно пов'язані звички, що сформувалися в онтогенезі в результаті постійно однакових дій з високим ступенем дозволу і влади. Ми знаємо, що харчові звички визначаються особистими, економічними, модними, медичними рекомендаціями, життєвим досвідом, релігійними переконаннями, соціальними та сімейними традиціями. Їжа також має соціальне значення, оскільки харчування є взаємодією людей у сім'ї від народження. З часом їжа стає частиною спілкування та спілкування, оскільки ми святкуємо події, заводимо друзів і налагоджуємо ділові стосунки, коли їмо та п'ємо.

Усе це – харчові звички, традиції – свідчить про стан розвитку, релігійно-територіальну, національно-культурну приналежність, сімейне виховання як частину харчової поведінки. Аналізуючи соціально-психологічні аспекти ожиріння, можна виділити такі функції харчової поведінки, як релаксація, підтримання гомеостазу, спілкування, насолода, самоствердження як презентація престижу їжі та пов'язаний з цим вплив на зовнішній вигляд, підтримання звички чи ритуалу. пізнання, винагорода, компенсація, естетичні потреби задоволення та захисту. Ми бачимо, що харчова поведінка індивіда спрямована на задоволення не тільки фізіологічних і біологічних потреб, а й соціальних і психологічних. Крім почуття збудження і голоду, викликаного прийомом їжі, існує багато інших зовнішніх і внутрішніх подразників, які провокують бажання поїсти або направляють

вибір тієї чи іншої їжі. Прийом їжі і бажання їсти є результатом взаємодії цих стимулів і стійких психологічних і фізіологічних особливостей людини. Ми знаємо, що коли ми їмо, ми не завжди голодні. Однак ми часто зловживаємо нею, щоб задовольнити дуже широкий спектр абсолютно різних потреб. Тут мотивація – це свідомо причина, яка лежить в основі людського вибору вчинків і дій [54].

Згідно з таким трактуванням мотивації, харчову поведінку можна розглядати як цілісну діяльність, яка пов'язана з мотивацією до їжі. Хоча їжа вважається фізіологічною потребою, наша психологічна мотивація також є безпосередньо впливає на явище, яке ми вивчаємо. Ми знаємо, що бажання поїсти може бути викликане як негативними (депресія, гнів), так і позитивними (радість, ейфорія) емоціями. Частота, якість і кількість споживаної їжі безпосередньо залежить від таких понять, як насичення, апетит і почуття голоду. Наведемо ряд факторів, які впливають на механізми організації харчових звичок і харчових уподобань молоді. Важливою причиною погіршення стану здоров'я молоді є зміни в структурі харчування та зниження його якості.

Багато патологічних станів і захворювань, в тому числі надлишок або дефіцит вітамінів і мінеральних речовин, призводять до змін у фізичному і навіть інтелектуальному становленні людини. Тому вже в дошкільному віці важлива корекція та профілактика змін у харчовій поведінці. Західні вчені все частіше використовують термін «поведінкова адикція» для визначення типів залежної або адиктивної поведінки. Одну з перших класифікацій нехімічних залежностей представив Ц. Короленка.

Він виділив нехімічні залежності, які включають залежність від азартних ігор, сексуальну залежність, залежність від стосунків, залежність від уникнення, залежність від любові, трудового і шопоголізму, імпульсивну залежність, харчову залежність (голодування або переїдання). Вони характеризуються тим, що в них беруть участь біохімічні процеси та механізми. Сучасний список залежних форм поведінки поповнився

різноманітними залежностями від комп'ютера та Інтернету. При розвинутих адиктивних формах поведінки думки людини постійно зайняті способами задоволення адиктивних потреб, відчуттям їх задоволення. Як тільки людина починає міркувати на такі теми, це викликає відчуття емоційного збудження, розслаблення або підйому, хвилювання. Звідси починаються такі бажані зміни в емоціях, народжується відчуття контролю над собою і ситуацією, почуття задоволеності життям.

Адиктивна поведінка є підступною, тому що вона спочатку створює ілюзію вирішення проблеми, зняття стресу шляхом втечі та уникнення. Ця особливість адиктивної поведінки досить спокуслива, адже хочеться піти шляхом найменшого опору. Суб'єктивно відчувається, що, зосереджуючись на певних видах діяльності чи об'єктах, можна ігнорувати власні проблеми, страхи та складні ситуації, запускаючи різноманітні стратегії аддиктивної реалізації. Кожна людина потребує відволікання. Однак адиктивна поведінка з часом стає стилем життя, за якого людина не цілком адекватно сприймає реальність і взаємодію з іншими [2].

Для ілюстрації мотивації харчової поведінки була розроблена чотирикомпонентна модель. Вона стала аналогом подібної моделі, яка стосувалася алкогольної залежності та складалася з: 1. Прийняття негативних емоцій; 2. Соціалізація; 3. Відповідність очікуванням інших; 4. Отримання задоволення [22].

Потреби визначаються не лише харчовою поведінкою, а й знаннями, отриманими в минулому. Енергія, необхідна для функціонування та дії, створює біологічний потяг, відчуття голоду, але на відповідну поведінку впливають стратегії мислення та звички.

У 21 столітті розлади харчової поведінки виникають внаслідок недотримання відповідних норм харчування, а також через ряд особистих і соціальних впливів і потреб. Розлади харчової поведінки визначаються, в першу чергу, спадковими порушеннями функціонування систем мозку, які безпосередньо впливають на харчування, по-друге, неправильним вихованням

у дитинстві, по-третє, особистісними особливостями залежної людини. Людина з відхиленнями в харчовій поведінці характеризується високою соціальною орієнтацією, високим інтелектом, зниженою стресостійкістю і високою стресостійкістю, схильна до тривожних і депресивних станів, часто психічно неврівноважена. У таких людей діють менш досконалі механізми психічного захисту, погано керовані, переважають підвищена емоційність, пасивні форми поведінки, тому що їжа служить захисним механізмом по відношенню до стресу.

Адже цей спосіб захисту психіки є соціально прийнятним, простим, доступним, легким у реалізації та не потребує додаткового емоційного чи психічного напруження. У конфліктній ситуації психічна напруга знижується не відповідною обробкою змісту, а й звичним зменшенням дискомфорту переживання, яке не стосується суті чи причин конфлікту. Така форма психологічного захисту від стресу є патологією, оскільки призводить до соматичних захворювань, зокрема ожиріння. Ожиріння як харчова поведінка формується під впливом різних психологічних факторів, зокрема:

1. Емоційний стан фрустрації після втрати об'єкта кохання. Наприклад, ожиріння частіше зустрічається у жінок, які пережили смерть чоловіка або розлуку зі статевим партнером, навіть після переїзду з родини, т.зв. Пансіонат ожиріння.

Ми знаємо, що втрата близької людини супроводжується депресією і водночас підвищеним апетитом, хочеться «випити гірку пілюлю». Старші діти часто реагують підвищеним апетитом на народження молодшого братика.

2. Загальна депресія, страх самотності, гнів і почуття порожнечі можуть визначати імпульсивне переїдання.

3. Ситуації, що вимагають додаткових зусиль і підвищеної напруги, викликають підвищені потреби в ротовій порожнині, що провокує посилене куріння або споживання їжі. Психовегетативні розлади виникають у багатьох людей при відмові від звичайних продуктів харчування, що дозволяє

розглядати харчову залежність в одному ряду з залежністю від нікотину, алкоголю, наркотиків і ліків.

Таким чином, депресія під час дієти виглядає як абстинентний синдром, що підтверджують дослідження частого зв'язку емоційної харчової поведінки з тягою до тютюну та алкоголю.

## **1.2. Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості**

Стрімкий розвиток сучасного життя вимагає від нас максимальних витрат енергії та особистих ресурсів. При цьому стрес і депресія стають постійними супутниками особистості, які постійно її руйнують, особливо коли вона не знає, як їх подолати. У таких мовах їжа перестає виконувати свої основні функції і, перетворюючись на об'єкт фетишу, наповнює життя людей, які за допомогою дієти намагаються на підсвідомому рівні вирішити свої психічні проблеми.

Процес харчування – це не тільки задоволення фізіологічних потреб (голоду), а й особистих. Під особистими потребами більшість людей розуміють: соціальне схвалення (батьки, близькі друзі), вживання «модної» їжі, переїдання, відмова від їжі і т. д. Виходячи з висновків гастропсихологів, для науки важливо вивчати взаємозв'язок характеру людини і його смакові уподобання.

Смакові переваги дають змогу визначити вплив режиму харчування на поведінку, емоційно-вольову сферу та активність особистості. Патерни масової свідомості мають величезний вплив на ставлення до їжі, тому що в нашому суспільстві культ їжі стає універсальним. Люди їдять їжу і не отримують від неї задоволення, а потрапляючи в наш організм, вона не приносить нам ніякої користі. Часто буває так, що у людини немає можливості «відпрацювати» свої емоції інакше, як «з'їсти» їх. Таким чином, харчові залежності – це спосіб уникнути суб'єктивної реальності. Одним із

найдавніших занять людини було кулінарія. Здавна у різних народів формувалися не тільки кулінарні здібності, а й прихильності та уподобання. Кулінарні особливості формувалися під впливом багатьох факторів: географічного розташування, кліматичних умов, економічних можливостей, певних традицій та ін.

У меню народів, що проживали на берегах морів і океанів, природно, переважали риба і морепродукти; кочівники (пастухи) харчувалися тим, що могло дати тваринництво, тобто молоком і м'ясом; мешканці лісостепів використовували для прожитку тваринництво та лісові продукти; жителі південних країн використовували для приготування їжі велику кількість овочів і фруктів. Таким чином, був визначений набір вихідних продуктів для приготування. Другим за значимістю фактором, під впливом якого формувались національні кухні, є технологія приготування їжі, спосіб її обробки.

Смакові уподобання та режим харчування також залежали від кліматичних і географічних особливостей: народи півдня широко використовували при приготуванні страв різноманітні прянощі, гострі соуси та прянощі, а сіверяни віддавали перевагу відносно свіжій їжі. У більшості народів існує традиція триразового харчування. Як правило, південці снідають легко, обідають і вечеряють рясно. Ступінь впливу релігії на специфіку національного харчування різних народів неоднакова. Найчастіше церковні приписи і заборони вже були органічно вписані в систему склалися кулінарні традиції. Проте вплив церкви в цілому на специфіку національних кухонь є незаперечним і значущим фактом.

Всім відомо, що мусульмани не їдять свинину, вважаючи свиню «нечистою» твариною. Народи Індії, які сповідують індуїзм (переважна більшість в країні), взагалі не вживають м'ясо тварин, багато індуїстів є суворими вегетаріанцями. В результаті кухня кожного народу набуває свої особливості. Так створювалися національні кухні, важливою складовою яких донині є релігійні рецепти. Цікавий факт, що в Стародавньому Римі існувала

традиція їсти один раз на день прохолодним вечором. За часів Римської імперії багаторазове харчування для задоволення набуло широкого поширення серед аристократії.

Однак римські аристократи відразу після їжі звільняли шлунок від їжі, приймаючи блювотний засіб. У Західній Європі в 16 столітті був поширений вислів: «Прокидатися о шостій, обідати о десятій, вечеряти о шостій і лягати спати о десятій – це вдсятеро продовжити своє життя». В Англії два століття тому першим прийомом їжі був час полудня. Сніданок не визнавався, першими його запровадили знатні дами, які брали в ліжку шоколад. При складанні добового раціону, крім дотримання часової дисципліни, не менш важливий критерій – гостре відчуття голоду [1].

Цікаві погляди йогів на якісний склад їжі, яка, безсумнівно, містить раціональні злаки. Вони поділяють їжу на три категорії: саттва, раджас і тамас. Йоги стверджують, що меню з фруктів, овочів, зелені, злаків і молочних продуктів сприяє досягненню гармонії тіла і духу, душевної рівноваги, розсудливості, здатності до живого самонавіювання за допомогою зорових уявлень (саттва).

Різні види їжі – риба, нежирне м'ясо, гострі спеції, сіль, цукор, чай, кава, какао – сприяють проявам пристрасті і дратівливості, заважають концентрації думок (раджас). Нарешті, є їжа, яка лінує, гальмує, знижує розумові здібності (тамас) – жирні м'ясні страви та алкоголь. Справжні йоги визнають тільки саттва основою фізичної та розумової досконалості. Цікаво, що буддистські ченці в Японії їдять тільки свіжу рослинну їжу (рис, ячмінь, соєві боби, квасоля, овочі), щоб досягти розумової досконалості за системою дзен.

І не тільки їдять, але й супроводжують трапезу «п'ятьма думками про їжу», приблизно такими:

- 1) звідки ця жертва;
- 2) приймаючи цю жертву, я маю розмірковувати над тим, чого я ще не вдосконалив;

3) дуже важливо стежити за власним серцем, уникаючи таких пороків, як гнів і жадібність;

4) ця їжа приймається як ліки для підтримки здоров'я організму;

5) цю їжу також їдять для духовного вдосконалення.

У цій буддійській проповіді є раціональне зерно, яке неможливо не помітити. Наша свідомість є продуктом матерії, нашого мозку, і неважливо, що ми їмо. Ще чіткіше звучать слова В.В. Вересаєва із «Записок лікаря»: «Людина є те, що вона їсть». Вживання різноманітних сирих рослинних продуктів не тільки сприяє швидкому відчуттю насичення. Розвивається нюх і смак, людина починає помічати тонкі аромати і запахи, відчувати нові смакові відчуття [1].

Так чи інакше, кожна етнічна група (народність) має свої традиції та особливості харчування, які в свою чергу є чинниками, що формують особливості харчової поведінки людини. Проте відкриття географічних кордонів призвело до обміну кулінарними традиціями різних народів. Зростаючий темп життя робить північноамериканську культуру харчування все більш популярною в багатьох країнах світу. Північноамериканська модель харчування заснована на руйнуванні традиційної культури харчування та збільшенні присутності в меню готових або готових страв.

Це призводить до зростання споживання закусок, які пропонують бари та ресторани швидкого харчування, а також газованих та інших солодких напоїв. Ще однією особливістю вибору харчування сучасної молоді є задоволення власних соціальних потреб. Психологи давно встановили, що людина – істота соціальна.

Протягом усього життя людина намагається зайняти певну нішу в суспільстві, стати його частиною.

1) Соціально-інтеграційна потреба – встановлення оптимальних зв'язків між соціальними об'єктами, а потім формування їх в одну систему (групу). Таким чином, наслідуючи харчову поведінку інших, індивід відчуває себе



частиною певної групи «за інтересами», що, у свою чергу, ще більше згуртовує соціальну групу, робить її «чужою», «своєю».

2) Потреба соціальної диференціації (від лат. *differentia* – розрізнення) – процес і стан розпаду певної соціальної цілісності (суспільства, групи) на частини чи складові (індивідів). Таким чином сучасна молодь втілює свою потребу в індивідуальності, відрізняючись від «сірої маси» чи дотримуючись певних особистих переконань. Серед найпоширеніших прикладів соціальної диференціації через їжу – вегетаріанство, сиродієння та натурофагія.

3) Соціально-ідентифікаційна потреба – процес ідентифікації індивіда з тим чи іншим об'єктом, особою чи групою, що відбувається на основі засвоєння властивих йому властивостей, норм, цінностей, установок і соціальних ролей. Задовольняючи цю потребу, індивід наслідує харчову поведінку інших, сприймаючи її як обов'язкову або «основну». Така ситуація часто виникає як під час еміграції в іншу країну (етнічну групу), так і під час наслідування установок дитинства та виконання соціальних ролей [15].

Кожна людина індивідуальна і в залежності від її смакових уподобань можна визначити її характер і психічний стан. Засобом вираження особистості стає процес прийому їжі, а точніше, харчова поведінка – ціннісне та індивідуальне ставлення до їжі та її вживання, яке проявляється в емоціях, установках і звичках. Харчова поведінка оцінюється як гармонійна (адекватна) і девіантна (неадекватна) за такими критеріями: місце, яке займає процес харчування в ієрархії особистісних цінностей, кількісні та якісні показники харчування [22].

Розглядаючи процес прийому їжі як засіб об'єктивації особистості, можна виділити такі критерії самовираження: релаксація (розрядка психічної напруги); заміщення (їжа виступає як один із механізмів уникнення реальності); компенсація незадоволених потреб (їжа як захист від проблем); спілкування (прийом їжі асоціюється з перебуванням у колективі); звичка (ритуальні дії при споживанні їжі); самоствердження (споживання «модної» їжі, уявлення про престиж і високий соціальний статус); винагорода або

самозаохочення завдяки смаку їжі; самопокарання їжею при невиконанні бажань; Естетичне задоволення від споживання їжі. Значну роль у самовираженні через їжу відіграє особиста мотивація (позитивна і негативна).

Харчування стає регулятором психоемоційного стану людини і може викликати серйозні патології, оскільки не вирішує психічних проблем їдця. Обравши їжу як спосіб самовираження, людина може несвідомо втратити власну реальність і поняття «норми». У сучасній психотерапевтичній практиці існують методики корекції розладів харчової поведінки, спрямовані на їх відновлення при подоланні особистісних проблем.

### **1.3. Психологічний аналіз порушення патернів харчової поведінки серед сучасної молоді**

Причини розладів харчової поведінки включають фізіологічні, соціальні та психологічні фактори. До фізіологічних належать проблеми з обміном речовин, гормональні розлади, низький рівень серотоніну, порушення в роботі механізмів насичення [48].

Серед соціальних причин розладів харчової поведінки на першому місці виділяється вплив суспільства на норми і цінності, пов'язані як з ідеалом краси, так і звичками в їжі. У нашій країні ідеал худорлявості і худорлявості, що асоціюється з успіхом і здоров'ям, давно поширений і сприяє надмірній стурбованості дівчат і жінок проблемою зайвої ваги. Крім того, молоде покоління часто орієнтується на фігуру співробітниць модельного агентства, які мають недостатню вагу і схильні до анорексії. А. Сидоров наводить дані, що 25% дівчат у США дотримуються дієт, які часто призводять до т. зв. «переїдання відскоку» та збільшення ваги [45].

Люди, які сидять на дієті, часто спостерігають запої: якщо дієта є обмежувальною та складною для індивіда, це призводить до розладів у вигляді епізодів переїдання [79]. Вознесенська Т. Г. також звертає увагу на негативну роль дієти у формуванні емоційно-харчової поведінки та розладів у людей із

ожирінням. На її думку, застосування дієти призводить до емоційної нестабільності (дієтичної депресії), що провокує пацієнтів змінювати власний емоційний стан через існуючий спосіб харчування. Іншим фактором є т. зв «плато ваги» – припинення втрати ваги, що в свою чергу призводить до розчарування та припинення дієти [13, с.21].

Серед психологічних чинників розладів харчової поведінки наголошується на впливі ставлення та стилю виховання батьків на розвиток дитини. Для таких сімей характерна недостатня опіка над дітьми, байдужість і емоційна холодність. Часто зустрічаються мами з яскраво вираженим перфекціонізмом, владні і владні. Батьки часто дистанційовані, не беруть участі у вихованні, емоційно стримані. Також батьки не підтримували прагнення дитини до самостійності, часто давали протилежні оцінки, що викликало у неї відчуття невпевненості та власної неадекватності [27].

Згідно з дослідженням Woerner LM та ін., батьки часто використовують їжу, щоб закріпити бажану поведінку дитини, або, навпаки, утримуються від смачного, щоб покарати її. При цьому привабливість солодощів різко зростає. Також завдяки нагляду батьків дитина розуміє необхідність доїдати все на тарілці, особливо в малозабезпечених сім'ях. Автори підкреслюють, що навички відкладення задоволення потреб, толерантності до голоду, подолання фрустрації, опору переконанням щось з'їсти є навичками саморегуляції, які набуваються поступово в процесі навчання та виховання. Безперервне харчування можна розглядати як поведінковий дефіцит, а дефіцит контролю над їжею може бути вбудований у загальний дефіцит саморегуляції [63].

Сичова Т.Ю. серед найважливіших факторів розладів харчової поведінки він називає специфіку стосунків у ранньому дитинстві, підхід до годування дитини до року, депресію, стрес або тривогу, сімейні проблеми та конфлікти [51]. Людина розвиває несвідому реакцію на стресори і слідує звичним автоматичним моделям харчової поведінки, не розуміючи їх справжніх причин. У дослідженні Кисельової А.М. зі співавтором показано, що схильність до розладів харчової поведінки у студентів пов'язана з

виникненням депресивних симптомів, а провідними акцентами є емоційність і зацикленість. Автор характеризує розлади харчової поведінки як звички нав'язливі, мимовільні, доведені до автоматизму і не реалізовані самим індивідом [25, С. 361].

Абсальямова Л. показала обернену залежність між рівнем задоволеності життям та індексом маси тіла. На думку автора, інтерпретація виявленого зв'язку може бути двоякою: людина з підвищеною масою тіла буде менш задоволена своїм життям, або незадоволена життям людина більше їсть і набирає вагу [2].

Також, на її думку, на розвиток розладів харчової поведінки впливає низька самооцінка, нездатність керувати власним життям, негативні емоції, конфлікти, відчуття самотності, висміювання надмірної ваги, алекситимія тощо. Ковальчук З.С. розладів у жінок і виявив, що для них характерні депресія, істерика, егоїзм, самотність, надмірна вимогливість до себе та перфекціонізм. Крім того, жінки з розладами харчової поведінки намагаються приховати своє бажання їсти від оточуючих і намагаються компенсувати свої харчові проблеми досягненнями в інших сферах. На думку автора, респонденти не можуть визнати власні недоліки, невідповідність ідеалу, цінність їжі для них стоїть на першому місці, а переважна більшість занять та інтересів пов'язані з приготуванням їжі та її прийомом [26].

Харанян Н. вказує на провідну роль перфекціонізму в розладах харчової поведінки. Прагнення до ідеальної фігури і дихотомічне мислення (товстий і худий) викликають у жінок з рисами перфекціонізму надмірне наслідування власної ваги і зовнішності. Вони можуть пред'являти до себе надмірні вимоги і намагатися дотримуватися занадто жорстких дієт, що призводить до подальших зривів [17].

За словами Hewett PL, Fiett GL та Ediger E., дотримання дієти дозволяє жінкам з розладами харчування відчувати позитивні емоції: відчуття успіху, впевненість у собі, підвищення самооцінки та почуття переваги над іншими. А при невдачах і нападах переїдання, навпаки, знецінюють свою особистість і

перекреслюють власні досягнення [9]. У 1957 році Г. Л. Каплан і Х. С. Каплан розробили психосоматичну модель для пояснення емоційної харчової поведінки, яка поєднувала теорію соціального навчання з теорією стресу. На думку авторів, до їжі людину спонукає не голод, а негативні емоції: нудьга, тривога, смуток, самотність тощо. Також переїдання може бути проявом нездатності людини розрізнити голод і тривогу, що викликає він реагує на стрес голодом, їсть багато їжі та набирає вагу [70].

Сучасні дослідження намагаються пояснити психологічні переваги переїдання. Так, Polivy J. і Herman SP стверджують, що під переїданням люди приховують (маскують) проблеми в інших сферах життя, намагаючись пояснити свою тривогу переїданням, а не проблемами, які вони не контролюють [79]. Це означає, що переїдання або надмірна вага маскують інші життєві проблеми. Другою гіпотезою, що пояснює «вигоду», бажаність переїдання, є припущення про стан комфорту, якого людина досягає, вживаючи багато їжі. Такий стан заспокоює людину, дає відчуття безпеки і знімає дискомфорт. Відповідно до гіпотези відволікання, купівля продуктів, приготування страв, а також сам процес їх поїдання захоплюють людей і таким чином дозволяють їм відвернути увагу від проблем до приємних розваг [85].

Важливою причиною харчових розладів є стосунки між дитиною та матір'ю. Якщо дитину годують у відповідь на будь-яку її негативну емоцію або хвилювання, вона не здатна розпізнавати почуття голоду та відчуття страху чи тривоги [71]. Подібне пояснення дає концепція алекситимії: нездатність розрізнити тілесні відчуття та емоції може призвести до «заїдання» стресу та тривоги. Фрідман К. К. зі співавторами. окреслити важливу роль депресії у розвитку розладів харчової поведінки. На їхню думку, через надмірну вагу люди з ожирінням піддаються стигматизації, що негативно впливає на їх соціалізацію, міжособистісні взаємодії, самооцінку, викликає почуття провини та депресію, викликає депресивні розлади [67].

Також одним із факторів розладів харчової поведінки, і особливо зовнішньої харчової поведінки, є імпульсивність [64], яка зумовлює поєднання

видів діяльності (зловживання алкоголем, куріння, наркоманія тощо). Томпсон-Бреннер Х. спробував розділити всіх пацієнтів із ожирінням на групи за допомогою кластерного аналізу. За результатами його досліджень до першої групи увійшли високофункціональні пацієнти з чітким перфекціонізмом; до другої – пацієнти з обмежувальною поведінкою; до третьої – пацієнти, які емоційно нерегульовані, не мають самоконтролю та характеризуються високим рівнем імпульсивності [82].

Цікаво, що пацієнти другої групи намагаються надмірно контролювати, обмежувати себе в задоволенні потреби в позитивних емоціях, близьких стосунках, сексуальності, що потім реагує у вигляді розладів харчової поведінки. Смирнова Ю.К., Любімова О.М. підкреслюють провідну роль емоційно-вольових якостей у розвитку розладів харчової поведінки. Встановлено, що для жінок із зайвою вагою, схильних до порушення дієт, характерна гіперестезія: підвищена чутливість, збудливість, швидка стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість і емоційна нестабільність [47, с. 95-96].

Також спостерігалось зниження порогу збудливості по відношенню до тривожних стимулів, ознаки збудження, напруженості, невпевненості в спілкуванні, погана переносимість очікування, нетерплячість і нерішучість. Жінок відрізняє високий рівень непрямой агресивності, опозиційний спосіб спілкування, недовіра до оточуючих і обережність у стосунках з людьми. Таким чином, розлад харчової поведінки є багатофакторним розладом, на виникнення якого впливають соціальні, сімейні та психологічні фактори.

Отже, харчування – це сукупність процесів, спрямованих на відбір, добування, приготування, поглинання і засвоєння їжі, що створює умови для забезпечення організму речовинами і енергією, необхідними для життєдіяльності організму і пов'язаними з іншими транстрोфічними потребами організму. особистість (задоволення, самоствердження, етноідентифікація тощо) і суспільство (так-інтеграційна, соціодиференціююча та соціоідентифікаційна). Взаємодія з їжею – це найстійкіший вид стосунків у

житті будь-якої людини. Ці стосунки пов'язані не тільки із задоволенням фізіології голоду, а й служать засобом психологічного захисту, компенсацією за брак любові, способом зниження напруги, ліками від ураженого самолюбства, засобом спілкування – традиційно у всіх культурах і народах є свято.

А застілля передбачає коло людей, зайнятих обміном їжі, насолодою від цього процесу та теплим спілкуванням. Щоб було ще тепліше, часто додають «градуси», що ще більше розпалює апетит. Розлади харчової поведінки (розлади харчової поведінки) – це клас психогенних поведінкових синдромів, пов'язаних з розладами харчової поведінки. Серед іншого розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання та низку інших розладів. Поширеність давно перевищила статистику в 3-5% від усього населення. Розлади харчової поведінки – це психічні розлади.

Отже, можна зробити висновок, що при розладах харчової поведінки спостерігаються такі симптоми:

1) боязнь насичення, яка частково зумовлена модою на струнку струнку фігуру. Проте про розлади харчової поведінки можна говорити, коли тривога щодо власної ваги та фігури сильніша, ніж у «нормальної» людини тієї ж етнічної групи. Захворюванню сприяють певні риси особистості: патологічне прагнення до досконалості (перфекціонізм), нарцисизм, надмірна чутливість до думки оточуючих, що можна визначити різними психодіагностичними методами.

2) стриманість в їжі, що виникає внаслідок страху насичення. Ці обмеження найбільші при нервовій анорексії, найменші при компульсивному переїданні у людей із ожирінням. Хворі виробляють різні правила харчування і намагаються їх неухильно дотримуватися. Ці правила часто абсолютно невиправдані. При булімії і компульсивному переїданні періоди самообмеження в їжі чергуються з запої.

3) Епізоди переїдання – епізоди втрати контролю над бажанням їжі, під час яких пацієнт не може протистояти бажанню з'їсти певну їжу. Переїдання слід відрізнити від звичайного переїдання, наприклад у свята. Цей тип переїдання також трапляється в деяких людей частіше, ніж у інших, але в той же час ви завжди можете його зупинити.

Оскільки переїдання рідко супроводжується почуттям провини чи тривоги. Коли молоді люди обирають свою харчову поведінку, етнічна приналежність індивіда відіграє важливу роль, і особливо харчові традиції та правила етнічної групи.



## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

#### 2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження

Мета нашого дослідження: виявити типологічні особливості харчової поведінки віктимних юнаків та дівчат у період ранньої та пізньої юності.

Відповідно до обраної мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічну літературу з заявленої теми дослідження.

2. Встановити взаємозв'язок та взаємозалежність між типом харчової поведінки та віктимністю у юнацькому віці.

3. Дослідити тип рольової віктимності та харчову поведінку у групи юнаків, які навчаються в 10-11х класах, а також у групи випробуваних студентів 3-4 курсів.

Дослідження було спрямовано на перевірку наступної гіпотези: мають місце як подібність, так і відмінність у типі харчової поведінки віктимної особистості в ранньому та пізньому юнацькому віці.

Емпіричне дослідження проводилося на базі державної установи освіти ЗЗСО №1 м. Київ та установи освіти КиМУ.

Обсяг вибірки – 60 осіб віком від 16 до 22 років. З них 30 юнаків та 30 дівчат.

Це дослідження проводилося за допомогою двох методик.

Опитувальник «Тип рольової віктимності» М.А. Одинцевий.

Випробуваному пред'являється стандартна інструкція та перелік питань у табличній формі. Усього 32 питання. Опитувальник призначений виявлення схильності індивіда продукувати той чи інший тип поведінки жертви, виявляється у соціальної чи ігрової ролі жертви. Ключем для обробки результатів опитувальника є простий підрахунок балів за парними та

непарними пунктами опитувальника. Більш повно ця методика описується в додатку (Додаток А).

Методика «Голландський опитувальник харчової поведінки», DEBQ, виявляє картину харчової поведінки піддослідних. Суть даної методики полягає в тому, що експериментатор пред'являє випробуваним 33 твердження, кожне з яких респондент повинен оцінити ставлення до себе як «Ніколи», «Рідко», «Іноді», «Часто» та «Дуже часто». 31 питання аналізується в протилежних значеннях.

Методика включає три шкали: шкала емоціогенної харчової поведінки, екстернальної харчової поведінки, обмежувальної харчової поведінки (Додаток Б).

Статистична обробка даних проводилася у вигляді обчислення регресійного аналізу. Застосовувався прямий покроковий метод.

Характеристика етапів дослідження:

1) Вивчення спеціалізованої літератури відповідно до заявленої теми. На даному етапі нами була проаналізована література, в якій розгорнуто або частково торкається проблема психологічних аспектів віктимної поведінки та стильових характеристик феномена харчової поведінки у юнацькому віці.

2) З допомогою вивчення даної літератури, ми значно розширили свій кругозір психолого-теоретичний знань з заявленої теми, а як і змогли ознайомитися і підібрати необхідні діагностичні методики щодо емпіричного дослідження.

3) Проведення дослідження. На першому етапі дослідження нами були підібрані спеціалізовані діагностичні методи, за допомогою яких ми змогли на практиці вивчити взаємозв'язок між віктимністю і типами харчової поведінки, тим самим отримавши дані про підтвердження або спростування заявленої гіпотези.

4) Даними методами є: методика «Голландський опитувальник харчової поведінки» та опитувальник «Тип рольової віктимності», М. А. Одинцова. Дослідження проводилося на базі проводилося на базі ЗЗСО №1 м. Київ та

установи освіти КиМУ. Загальна кількість вибірки досліджуваних: 60 юнаків, віком від 16 до 22 років.

5) Обробка результатів дослідження. Були визначені типи рольової віктимності, а також стилі харчової поведінки у юнаків, що діагностуються. В результаті цього дослідження ми отримали дані, які дозволили нам визначити рівень достовірності раніше заявленої гіпотези.

## 2.2. Результати емпіричного дослідження

1. Емпіричне дослідження віктимного поведінки, проводилося з урахуванням ЗЗСО №1 м. Київ в 10 «В» і 11 «А» класах (рання юність) у вигляді опитувальника «Тип рольової віктимності», М.А. Одінцева. Ця методика проводиться у групі. Загальна кількість піддослідних юнаків становила 30 осіб. В результаті обробки цієї методики ми можемо зробити такі висновки:

1) За результатами дослідження загального рівня рольової віктимності у школярів (рання юність), результати розподілилися таким чином: високий рівень рольової віктимності – 11 осіб, що становить 37% від усієї вибірки піддослідних, середній рівень рольової віктимності – 16 осіб, що становить 53% , Низький рівень рольової віктимності – 3 особи, що становить 10% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних за шкалою рольової віктимності представлені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

### Результати вивчення загального рівня рольової віктимності

Рольова віктимність					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
11	37	16	53	3	10

2) За результатами дослідження 1 шкали (ігрова роль жертви), ми отримали такі результати: високий рівень – 6 осіб, що становить 20% від усієї вибірки піддослідних, середній рівень – 21 людина, що становить 70% та низький рівень – 3 особи, що становить 10% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою ігрова роль жертви, представлені у табл.2.2.

Таблиця 2.2

## Результати вивчення 1 шкали (ігрова роль жертви)

Ігрова роль жертви					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
6	20	21	70	3	10

3) За результатами дослідження 2 шкали (соціальна роль жертви), ми отримали такі результати: високий рівень – 12 осіб, що становить 40% від усієї вибірки піддослідних, середній рівень – 16 осіб, що становить 53% та низький рівень – 2 особи, що становить 7% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою динамічності запам'ятовування, наведено в табл. 2.3

Таблиця 2.3

## Результати вивчення соціальної ролі жертви

Соціальна роль жертви					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
12	40	16	53	2	7

2. Емпіричне дослідження віктимної поведінки, що проводилося на базі КиМУ у групах ПП-41 та ІСТ-31,32 (пізня юність) у вигляді опитувальника «Тип рольової віктимності», М.А. Одінцева. Ця методика проводиться у групі. Загальна кількість піддослідних юнаків становила 30 осіб. В результаті обробки цієї методики ми можемо зробити такі висновки:

4) За результатами дослідження загального рівня рольової віктимності у студентів (пізня юність), результати розподілилися таким чином: високий рівень рольової віктимності-10 осіб, що становить 33% від усієї вибірки піддослідних, середній рівень рольової віктимності-16 осіб, що становить 53%, низький рівень рольової віктимності-4 людини, що становить 13% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних за шкалою рольової віктимності представлені в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

## Результати вивчення рольової віктимності

Рольова віктимність					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
10	34	16	53	4	13

5) За результатами дослідження 1 шкали (ігрова роль жертви), ми отримали такі результати: високий рівень -8 людина, що становить 27% від усієї вибірки піддослідних, середній рівень -14 осіб, що становить 46% і низький рівень – 8 осіб, що становить 27% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою ігрова роль жертви, представлені у табл.2.5

Таблиця 2.5

## Результати вивчення 1 шкали (ігрова роль жертви)

Ігрова роль жертви					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
8	27	14	46	8	27

б) За результатами дослідження 2 шкали (соціальна роль жертви), ми отримали такі результати:

– високий рівень – 16 людина, що становить 53% від усієї вибірки піддослідних,

- середній рівень – 12 осіб, що становить 40%
- низький рівень – 2 особи, що становить 7% від усієї вибірки піддослідних.

Результати обробки даних, за шкалою динамічності запам'ятовування, наведено в табл.і2.6

Таблиця 2.6

## Результати вивчення соціальної ролі жертви

Соціальна роль жертви					
Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
16	53	12	40	2	7

Таким чином, в результаті проведеного дослідження віктимності особистості ми з'ясували, що:

1. За шкалою загальної рольової виктимності у школярів та у студентів переважає середній рівень.
2. За шкалою ігрової ролі жертви у школярів та студентів переважає середній рівень.
3. За шкалою соціальної ролі жертви у школярів переважає середній рівень. За шкалою соціальної ролі жертви у студентів переважає високий рівень.

Емпіричне дослідження харчової поведінки проводилося на базі ЗЗСО №1 м. Київ в 10 «В» та 11 «А» класах (рання юність) за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки». Загальна кількість піддослідних юнаків становила 30 осіб. В результаті обробки цієї методики ми можемо зробити такі висновки:

За результатами дослідження 1 шкали (обмежувальна харчова поведінка) у школярів (рання юність), результати розподілилися таким чином: вище за норму – 5 осіб, що становить 17% від усієї вибірки піддослідних, норма -6 осіб, що становить 20%, нижче за норму – 19 осіб, що становить 63%

від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних за шкалою обмежувальна харчова поведінка у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Результати вивчення харчової поведінки (обмежувальна поведінка) у ранній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
5	17	6	20	19	63

7) За результатами дослідження 2 шкали (емоційна харчова поведінка), ми отримали наступні результати: вище за норму -12 осіб, що становить 40% від усієї вибірки піддослідних, норма -14 осіб, що становить 47% і нижче за норму -4 осіб, що складає 13% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою ігрова роль жертви, представлені у табл.2.8

Таблиця 2.8

Результати вивчення харчової поведінки (емоційна поведінка) у ранній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
12	40	14	47	4	13

8) За результатами дослідження 3 шкали (екстернальна харчова поведінка), ми отримали наступні результати: вище за норму-20 осіб, що становить 67% від усієї вибірки піддослідних, норма-9 осіб, що становить 30% і нижче за норму -1 людина, що становить 3% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою динамічності запам'ятовування, наведено в табл. 2.9

Таблиця 2.9

Результати вивчення харчової поведінки (екстернальна поведінка) у ранній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%

20	67	9	30	1	3
----	----	---	----	---	---

2. Емпіричне дослідження харчової поведінки проводилося на базі КиМУ у групах ПП-41 та ІСТ-31,32 (пізня юність) за допомогою опитувальника «Голландський опитувальник харчової поведінки». Загальна кількість випробуваних – 30 осіб. В результаті обробки цієї методики ми можемо зробити такі висновки:

9) За результатами дослідження 1 шкали (обмежувальна харчова поведінка) у студентів (пізня юність), результати розподілилися наступним чином: вище за норму -4 особи, що становить 13% від усієї вибірки піддослідних, норма -5 осіб, що становить 17%, нижче норми -21 людина, що становить 70% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних за шкалою обмежувальна харчова поведінка у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Результати вивчення харчової поведінки (обмежувальна поведінка) у пізній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
4	13	5	17	21	70

10) За результатами дослідження 2 шкали (емоційна харчова поведінка), ми отримали наступні результати: вище за норму -13 осіб, що становить 43% від усієї вибірки піддослідних, норма -7 осіб, що становить 24% і нижче за норму -10 осіб, що становить 33% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою ігрова роль жертви, представлені у табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Результати вивчення харчової поведінки (емоційна поведінка) у пізній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
13	43	7	24	10	33



11) За результатами дослідження 3 шкали (екстернальна харчова поведінка), ми отримали такі результати: вище за норму -15 осіб, що становить 50% від усієї вибірки піддослідних, норма -10 осіб, що становить 33% і нижче за норму -5 осіб, що становить 17% від усієї вибірки піддослідних. Результати обробки даних, за шкалою динамічності запам'ятовування, наведено в табл. 2.12

Таблиця 2.12

Результати вивчення харчової поведінки (екстернальна поведінка) у пізній юності

Обмежувальне ПП					
Вище норми		Норма		Нижче норми	
кількість	%	кількість	%	кількість	%
15	50	10	33	5	17

Таким чином, в результаті проведеного дослідження харчової поведінки особистості ми з'ясували, що:

За шкалою обмежувальна харчова поведінка, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримання бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні, у школярів (19 осіб, 63%) та у студентів (21 людина, 70%) переважають результати нижче за норму, які говорять про тому, що юнаки часто їдять безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що як їдять.

За шкалою емоціогенна харчова поведінка, при якому бажанням поїсти виникає у відповідь на негативні емоційні стани, у школярів (14 осіб, 47%) переважають результати в межах норми, які говорять про те, що вони не схильні заїдати емоції.

За шкалою емоціогенна харчова поведінка у студентів (13 осіб, 43%) переважають результати вище за норму, які говорять про те, що юнакам часто буває складно переробляти емоції, не вдаючись до допомоги їжі.

За шкалою екстернальна харчова поведінка, при якому бажання поїсти стимулює не реальне почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або вид інших людей, які вживають їжу, у школярів (20 осіб, 67%) та у

студентів (15 осіб, 50 %) переважають результати вище норми, які говорять про те, що юнакам часто буває складно зупинитися, почавши їсти, складно втриматися, побачивши смачну або просто лежачу на увазі їжу.

Такі люди зазвичай вважають, що їм не можна мати вдома багато смачної їжі, оскільки вона буде з'їдена в перший день після покупки, і за вечерею з друзями з'їдають істотно більше, ніж на самоті.

Отримані результати зазнали кореляційного аналізу (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена) з метою виявлення взаємозв'язків між показниками схильності юнаків до різних типів харчової поведінки та типами поведінки жертв, що виражається в їх динамічному втіленні: соціальної чи ігрової ролі жертви.

### **2.3. Практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку**

Результати теоретичних аналізів та емпіричних досліджень свідчать про необхідність створення системи заходів, спрямованих на профілактику адиктивної харчової поведінки. На основі дослідження ми дали кілька рекомендацій.

1. Формування реального образу власного тіла. Це досягається тілесно-орієнтованими методами (наприклад, М. Фельденкрайз). Усвідомлення відмінності між уявним і реальним образом власного тіла є кроком до об'єднання психічного стану в системі «Я-реальне» – «Я-ідеальне».

2. Контролюйте свої харчові звички за допомогою харчового щоденника. У щоденнику записується не тільки опис кількості та якості їжі, а й стан голоду до і після їжі, емоційний стан індивіда до і після їжі. Фіксація з подальшим аналізом призводить до усвідомлення зв'язку між емоційним станом і кількістю і частотою прийому їжі.

3. Підтримка близьких у контролі та організації власної харчової поведінки.

4. Відновлення психічного благополуччя за допомогою консультації психолога.

При розробці сучасних спеціалізованих психотерапевтичних програм для роботи з пацієнтами з розладами харчової поведінки важливо, щоб спеціалісти спеціалізованих медичних закладів організовували надання медичних послуг таким чином, щоб наявні ресурси використовувалися найбільш цілеспрямовано та ефективно. Зокрема, слід звернути увагу на концептуальні характеристики таких програм, їх клінічні та освітні компоненти, їх роль у загальному терапевтичному середовищі та внутрішній структурі управління.

Ідеальна комплексна програма лікування розладів харчової поведінки повинна мати такі характеристики:

1. Програма має бути мультидисциплінарною. Через комплексну природу розладів харчової поведінки для надання професійної медичної допомоги необхідний багатовимірний та мультидисциплінарний терапевтичний підхід. В ідеалі члени такої мультидисциплінарної медичної групи повинні бути фахівцями, які мають досвід лікування пацієнтів, які страждають на важкі та стійкі психічні захворювання. Команда повинна включати психіатра, навченого оцінювати та лікувати пацієнтів із повним спектром розладів харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія та атипові розлади харчової поведінки), включаючи медикаменти. Психотерапевти повинні пройти навчання (як групове, так і індивідуальне), яке продемонструвало та довело довготривалу ефективність у лікуванні розладів харчової поведінки в середовищі професійних психотерапевтів. До складу команди також повинен входити дієтолог та/або дієтолог з відповідним практичним досвідом; соціальний працівник з досвідом роботи з родинами пацієнтів з розладами харчування; ерготерапевт, спрямований на психосоціальну реабілітацію хворих на анорексію та булімію; молодший медичний персонал, знайомий із специфічними медичними та психіатричними потребами таких пацієнтів.

2. Програма має відповідати опублікованим на даний момент терапевтичним протоколам. Слід описати загальноприйнятий підхід до лікування цих розладів. Крім того, програма повинна забезпечувати диференційований догляд за пацієнтами, включаючи широкий спектр факторів, таких як реабілітація харчування; стабілізація препарату; індивідуальна, групова та сімейна психотерапія; фармакотерапія. Програма має бути зосереджена як на нормалізації поведінкових розладів (включаючи збільшення ваги, де це доцільно), так і на допомозі щодо психічного здоров'я, необхідної для нормалізації шкідливих установок і переконань щодо ваги та форми тіла; крім того, важливо також лікувати супутні захворювання пацієнтів.

3. Програма повинна передбачати наукове керівництво. Необхідною, але недостатньою умовою є використання психотерапевтичних взаємодій у програмі, описаній у літературі як ефективний засіб у лікуванні хворих на нервову анорексію та нервову булімію. Необхідно чітко зазначити, що впровадження таких втручань за програмою є ефективним для полегшення основних симптомів розладів харчової поведінки; це вимагає створення та підтримки бази даних, яка містить дані комплексної діагностичної оцінки пацієнтів до та після лікування, і ці дані впорядковані в рамках комплексної та поточної внутрішньої системи оцінки програми.

4. Програма повинна забезпечувати економічно ефективне лікування та догляд з раціональним використанням ресурсів. Зокрема, можна організувати психотерапевтичні інтервенції таким чином, щоб найменш інтенсивні, а отже, найдешевші інтервенції спочатку проводилися з найбільшою кількістю пацієнтів, а найбільш інтенсивні (і найбільш ресурсомісткі) були зарезервовані для найхворіші пацієнти, які найгірше (або зовсім не піддаються лікуванню).

Клінічні компоненти комплексної терапевтичної програми «поетапного догляду» в ідеалі повинні включати наступне:

1. Систематична та комплексна первинна діагностика. Необхідно організувати систему прийому пацієнтів, яка б забезпечувала збір вихідної

інформації, в тому числі даних із соціального оточення пацієнта. Цю первинну бесіду має проводити психіатр, який спеціалізується на розладах харчової поведінки; він повинен містити повну історію психічних захворювань і розладів, а також загальні діагностичні дані, включаючи відповідні лабораторні дослідження та рекомендації щодо можливої фармакотерапії.

2. Коротка психоосвітня програма. Цей елемент є важливим для надання пацієнтам детальної інформації, пов'язаної з їхнім розумінням психобіології та психопатології розладів харчової поведінки. Хоча багато людей з розладами харчування потребують стаціонарного лікування у відповідному закладі [5] показали, що групове психологічне самоосвіта призводить до значного полегшення симптомів булімії у невеликої кількості хворих на булімію. Дослідники відзначають, що той самий метод був значною мірою неефективним для збільшення ваги у пацієнтів з нервовою анорексією.

3. Амбулаторна психотерапія. Це має включати когнітивну поведінкову терапію (КПТ) на груповій або індивідуальній основі.

КПТ вважається оптимальною терапією для нервової булімії та може бути настільки ж ефективним при нервовій анорексії, особливо для запобігання рецидиву після відновлення нормальної ваги. Додаткова амбулаторна психотерапія повинна включати мотиваційну терапію, щоб краще прийняти зміни, необхідні для одужання, а також сімейну або подружню терапію.

4. Дієтичні консультації, тобто індивідуальні плани харчування, спрямовані на отримання оптимальної кількості калорій і збільшення різноманітності страв. Метою такої дієтичної реабілітації має бути зменшення симптомів голоду; досягнення відповідної, безпечної з медичної точки зору маси тіла; заповнення дефіциту певних поживних речовин і заохочення здорової помірної фізичної активності.

5. Інтенсивна щоденна стаціонарна програма. В ідеалі це включає терапію 5 днів на тиждень, 8 годин на день у такий спосіб: харчування пацієнтів організовано та ретельно контролюється; постійний медичний

нагляд; невідкладна фармакотерапія та інтенсивна групова та індивідуальна терапія для тяжкохворих на булімію, а також для хворих, але стабільних пацієнтів з нервовою анорексією. Ефективність цього підходу інтенсивної часткової госпіталізації для пацієнтів із розладами харчової поведінки була особливо продемонстрована Капланом та співавторами [34].

6. Програма стаціонарного лікування, яка полягає у 24-годинному стаціонарному лікуванні тяжкохворих пацієнтів із нестабільним станом здоров'я з нервовою анорексією. Метою такої стаціонарної програми є медична стабілізація тяжкохворих пацієнтів і початок процесів харчової та психосоціальної реабілітації, які потім можуть бути продовжені у формі програми часткової госпіталізації.

7. Програма післятерапевтичного та періодичного догляду. Програма позашкільної роботи повинна бути спрямована на профілактику рецидивів, професійну перепідготовку та надання психологічної підтримки. Така підтримка також важлива для резистентних до лікування пацієнтів, які продовжують відчувати важкі симптоми, незважаючи на інтенсивну програму лікування.

8. Спеціалізовані втручання для окремих підгруп пацієнтів. Окремі пацієнти мають особливі клінічні потреби. Такі підгрупи включають пацієнтів з розладом харчування та супутнім соматичним розладом (наприклад, діабет); пацієнти з синдромом компульсивного переїдання; чоловіки з розладами харчування; хронічно хворі, резистентні до терапії.

Виховними елементами є:

1. Соціальна відкритість. Комплексна програма лікування розладу харчової поведінки має відповідати потребам місцевої громади, включаючи надання освітніх матеріалів та регулярні громадські слухання чи інші форми залучення. Однією з форм доступності та відкритості є організація довідкової служби (наприклад, сайту або сторінки в соціальних мережах), який, зокрема, включатиме інформацію про типові розлади харчової поведінки та доступні варіанти лікування.

2. Професійно-технічна освіта. На додаток до загальної освіти для всіх студентів і майбутніх професіоналів, які вступають до служби охорони здоров'я, існує програма інформування та навчання місцевого медичного персоналу роботі з розладами харчування. Такий підхід допомагає лікарям розвивати ключові навички в лікуванні пацієнтів із розладами харчової поведінки.

3. Адвокація. Надзвичайно важливою роллю програми терапевтичного лікування розладів харчової поведінки є лобіювання інтересів уряду чи інших посадових осіб, органів місцевого самоврядування, бізнесу з метою кращого забезпечення фінансового, матеріального та іншого належного лікування пацієнтів із серйозними розладами харчової поведінки.

Така роль вимагає великої кількості емпіричних даних, щоб продемонструвати, скажімо, необхідність тривалої госпіталізації пацієнтів з нервовою анорексією для оптимального та безпечного повернення до повної ваги. Структура управління (адміністративна) комплексної програми лікування розладів харчової поведінки повинна включати чітко визначеного керівника програми, відповідального за її розробку, кадрові питання, управління бюджетом і контакти з офіційними особами. Бюджетний контроль коштів, що виділяються на надання психотерапевтичних послуг у лікуванні розладів харчової поведінки, має ключове значення для збереження цілісності всієї програми, включаючи кількість та якість наданих медичних послуг.

## **ВИСНОВКИ**

Необхідність вирішення завдань соціальної адаптації сучасної молоді до сучасного ритму і стилю життя, норм і правил, які диктує сучасне суспільство, а також зросла потреба віктимологічної профілактики та корекції, зумовлюють актуальність дослідження психологічних особливостей, факторів і механізмів прояву віктимної поведінки у сучасних.

Молоді люди прагнуть самореалізації, у зв'язку з цим часто жертвують своїми потребами, позитивними емоціями, відносинами з значними людьми, що призводить до різних проявів виктимності у тому поведінці.

У сучасній психології вкрай мало досліджень на тему виктимної поведінки особистості в юнацькому віці, є лише деякі роботи, що вивчають психологічні особливості дітей та підлітків. У той самий час до нашого часу маловивченими виявилися проблеми генези виктимного поведінки, системи чинників, особливості прояви виктимного поведінки в молоді.

Вивчення харчової поведінки необхідне виявлення причин нераціонального і незбалансованого харчування студентів. Розлад харчової поведінки, негативна оцінка образу власного тіла у студентів нині дуже актуальна тема для досліджень у галузі гігієни харчування, оскільки спрямована на профілактику порушень харчового статусу та дисгармонічного фізичного та психічного розвитку особистості.

На формування харчової поведінки впливають багато чинників: соціальні, економічні, етнокультурні, особистісні особливості, навчальне середовище тощо. Харчова поведінка визначають як потреби, а й отримані у минулому знання і стратегії мислення.

Також важлива роль харчовій поведінці відводиться емоційної потреби. Задоволення голоду пов'язане з відчуттям комфорту, якості життя та захищеності.

Необхідно також відзначити соціальне значення їжі, традиції, харчові звички, що відображають рівень розвитку культури, національну, територіальну та релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки та гендерні особливості.

Завершуючи теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури, ми дійшли таких висновків:

- 1) Виктимність особистості слід розглядати як сукупність властивостей особистості, яка визначає готовність особистості ставати жертвою. Відмінними рисами виктимної особистості є емоційна нестійкість,



тривожність, конформність, боязкість, довірливість, некритичність, навіюваність, підвищена моральна відповідальність, зайва сумлінність, готовність жертвувати собою. Основними чинниками виникнення та причинами прояву віктимності є індивідуально-психологічні особливості особистості, вплив близького оточення, соціальних інститутів та умов життя особистості.

2) Стиль харчового поведінки – це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та у ситуації стресу, поведінка, орієнтоване образ свого тіла, і діяльність із формуванню цього образу.

Вирізняють такі стилі харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка (прийом їжі неусвідомлено, завжди при вигляді їжі), емоціогенна харчова поведінка (гіперфагічна реакція на стрес), обмежувальна харчова поведінка (надлишкові харчові самообмеження та безсистемні суворі дієти).

Харчова поведінка людини являє собою складний біопсихосоціальний феномен, що виконує еволюційно-адаптивну функцію і відчуває вплив індивідних (стать, вік), психологічних (самооцінка, ставлення до тіла, емоційні, когнітивні особливості та ін.), соціокультурних (наприклад, ідеали) факторів (міжособистісні взаємодії).

За результатом емпіричного дослідження, нами були зроблені такі висновки: За шкалою загальної рольової віктимності у школярів та студентів переважає середній рівень.

За шкалою ігрової ролі жертви у школярів та студентів переважає середній рівень, який говорить нам про те, що юнакам значною мірою притаманні такі характеристики як: інфантильність, демонстративність, страх відповідальності, екстернальність, рентні установки, мистецтво маніпулювання.

За шкалою обмежувальна харчова поведінка, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримку бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні, у школярів та у студентів

переважають результати нижче за норму, які говорять про те, що юнаки часто їдять безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що та як їдять.

За шкалою емоційна харчова поведінка, при якому бажанням поїсти виникає у відповідь на негативні емоційні стани, у школярів переважають результати в межах норми, які говорять про те, що вони не схильні заїдати емоції.

За шкалою емоціогенна харчова поведінка у студентів результати вищі за норму, які говорять про те, що юнакам часто буває складно переробляти емоції, не вдаючись до допомоги їжі. За шкалою екстернальна харчова поведінка, при якому бажання поїсти стимулює не реальне почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або вид інших людей, які вживають їжу, у школярів і у студентів переважають результати вище норми, які говорять про те, що юнакам часто буває складно зупинитися, почавши їсти, складно втриматися побачивши смачної або просто лежачої на увазі їжі.

Таким чином, наша початкова гіпотеза про те, що мають місце як подібність, так і відмінність у типі харчової поведінки віктимної особистості в ранньому та пізньому юнацькому віці, підтверджується.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Вплив оптимістичних упереджень на харчову поведінку людини. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 3. Запоріжжя, 2018. С. 6– 11.
2. Абсалямова Л. М. Психологічна структура і зміст «Я – тілесного». Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. VII. Екологічна психологія. Вип. 38. Київ, 2015. С. 24–39.
3. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 5. Т. 1. Херсон, 2016. С. 7–12.
4. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблеми харчового вибору. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 2. Запоріжжя, 2018. С. 6– 12.
5. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 3. Т. 1. Херсон, 2017. С. 8–13.
6. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип. 55. Харків, 2017. С. 5–12.
7. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 1. Т. 1. Херсон, 2017. С. 8–13.
8. Абсалямова Л. М. Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету:

- Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 4. Т. 2. Херсон, 2018. С. 204–210.
9. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смуґаста типографія», 2017. 181 с.
  10. Абсалямова Л. М. Статистичний та кореляційний аналіз даних дослідження харчової поведінки жінок. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 4. Запоріжжя, 2018. С. 6–12.
  11. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок у площині емпірикопсихологічного аналізу. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 3. Т. 2. Херсон, 2018. С. 204–210.
  12. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. Харків: Видавництво «Стильна типографія», 2019. 393 с.
  13. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць / Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. Луганськ, 2015. № 3 (38). С. 454–461.
  14. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. КНУ ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 39 с.
  15. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування. Київ, 2004. 436 с.
  16. Васютинський В. О. Категорія «колективний суб'єкт» у феноменологічному дискурсі інтерсуб'єктної взаємодії. Наукові студії із соціальної та політичної психології: зб. статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології; Редкол. : С. Д. Максименко, М. М. Слюсаревський та ін. Київ: Міленіум, 2005. Вип. 12 (15). С. 23–27

- 17.Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства [Електронний ресурс]. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nz\\_o\\_2014\\_131\\_3.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nz_o_2014_131_3.pdf). (дата звернення: 16.06.2019)
- 18.Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. 2013. № 4 (72). С.31–34.
- 19.Дука Ю. М. Патогенетичне обґрунтування діагностики, лікувальної тактики та профілактики виникнення системних порушень у вагітних жінок з надмірною масою тіла : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.01; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2016. 40 с.
- 20.Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр учбової літератури, 2010. 336 с.
- 21.Іваненко Л. М. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2014. № 2. С. 411–421.
- 22.Кісарчук З. Г. Особливості розвитку практичної психології на сучасному етапі. Практична психологія та соціальна робота. 2001. №3, С.10–12.
- 23.Коваленко А. Б., Федосєєва І. В. Психологія розвитку толерантності підлітка. Київ: КНУ ім.Тараса Шевченка; ПереяславХмельницький: СКД, 2014. 329 с.
- 24.Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, 2007. 20 с.
- 25.Коқун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265с.

26. Кокун О. М. Психофізіологія. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
27. Коломінський Н. Л. Методологічні засади професійної підготовки практичного психолога. Практична психологія та соціальна робота. №4. 2003. С.12–13.
28. Свідло Т. М., Сторожик М. І. Ритуал як культурний феномен у традиційному та інноваційному аспектах. Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Філософія. Психологія. Педагогіка. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/portal/soc\\_gum/VKPI\\_fpp](http://nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/VKPI_fpp) (дата звернення: 04.05.2019)
29. Чепелєва Н. В. Особистісна підготовка практикуючого психолога. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 1999. С.216–256.
30. Шебанова В. І. Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету / Гол.ред. М. О. Носко. Т.2. Вип. 94. Чернігів: ЧДПУ, 2011. С. 251–255.
31. Шебанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе (нав'язливе прагнення зниження ваги). Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 25. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. С. 638–651.
32. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис... доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.
33. Шевченко Н. Ф. Висловлювання психолога як знаряддя його професійної діяльності. Вісник Дніпропетровського університету. 2000. С.3–9.
34. Abraham S. F., Mira M., Llewellyn-Jones D. Bulimia: a Study of Outcome. International Journal of Eating Disorders. №2, 1983. Pp. 175–180.

35. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*. 2001. №52. Pp. 27–58.
36. Anderson J. W., Konz E. C., Frederich R. C., Wood C. L. Long-term weight maintenance: A meta-analysis of US studies. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2001. №74. P. 579–584.
37. Armitage C. Evidence that implementation intentions promote transitions between the stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. №74. P. 141–151.
38. Armitage C. J. Evidence that implementation intentions reduce fat intake: a randomized trial. *Health Psychology*. 2004. №23. P. 319–323.
39. Armitage C., Christian J. Special issue: On the theory of planned behaviour. *Current Psychology*. 2003. №22. P. 187–280.
40. Armitage C., Conner M. Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. 1999. №29. P. 72–90.
41. Ashley J. M., St-Jeor S. T., Schrage J. P., Perumean-Chaney S. E., Gilbertson M. C., McCall N. L., Bovee V. Weight control in the physician's office. *Archives of Internal Medicine*. 2001. №161. Pp. 1599–1604.
42. Baker R. C., Kirschenbaum D. S. Weight control during the holidays: Highly consistent self-monitoring as a potentially useful coping mechanism. *Health Psychology*. 1998. №17. Pp. 367–370.
43. Boutelle K. N., Kirschenbaum D. S., Baker R. C., Mitchell M. E. How can obese weight controllers minimize weight gain during the high risk holiday season? By self-monitoring very consistently. *Health Psychology*. 1999, №18. Pp. 364–368.
44. Charng H., Piliavin J., Callero P. Role identity and reasoned action in the prediction of repeated behavior. *Social Psychology Quarterly*. 1988. №51. Pp. 303–317
45. Costin S. *The eating Disorder Sourcebook*. Los Angeles, CA: Lowell House, 1996. 348 p.

46. Covey J., Davies A. Are people unrealistically optimistic? It depends how you ask them. *British Journal of Health Psychology*. 2004. №9. Pp. 39–49.
47. Eiser J., Cole N. Participation in cervical screening as a function of perceived risk, barriers and need for cognitive closure. *Journal of Health Psychology*. 2002. №7. Pp. 99–105.
48. Folsom V., Krahn D. The Impact of Sexual and Physical Abuse on Eating Disordered and Psychiatric Symptoms: a Comparison of Eating Disordered and Psychiatric Inpatients. *International Journal of Eating Disorders*. 1993. №13. Pp. 249–258.
49. Garfinkel E., Garner D. M. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia nervosa*. New York: Guilford Press, 1985. 476 p.
50. Glasgow R. E., Toobert D. J. Mitchell D. L., Donnelly J. E., Calder D. Nutrition education and social learning interventions for type II diabetes. *Diabetes Care*. 1989. №12. Pp. 150–152.
51. Glasgow R. E., Toobert D. J., Barrera M., Strycker L. A. Assessment of problem-solving. A key to successful diabetes management. *Journal of Behavioral Medicine*. 2004. № 27. Pp. 477–490.
52. Gollwitzer P., Bayer U., McCulloch K. The control of the unwanted. Bargh, J.A., Uleman, J. and Hassin, R. (eds) *Unintended Thought*. New York: Guilford, 2005. Pp. 485–515.
53. Gollwitzer P., Brandstätter V. Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. №73. Pp. 186–199.
54. Gummeson L., Jonsson I., Conner M. Predicting intentions and behaviour of Swedish 10–16 year olds at breakfast. *Food Quality and Preference*. 1997. №8. Pp. 297–306.
55. Halford J. C. G., Boyland E. J., Hughes G. M., Stacey L., McKean S., Dovey T. M. Beyond-brand effect of television food advertisements on food choice in children: the effects of weight status. *Public Health and Nutrition*. 2008. Pp. 897–904.



56. Hall R. C., Tice L., Beresford T. P., Wooley B., Hall A. K. Sexual Abuse in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia. *Psychosomatics*. 1992. №30. Pp. 73–79.
57. Kaplan H. I., Kaplan H. S. The psychosomatic concept of obesity. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1957. Vol. 125(2). Pp. 181–201.
58. Kassiove H., Berger A. Survey of personal beliefs. Hofstad University, 1988. 214 p.
59. Keel P. K., Mitchell J. E. Outcome in Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1997. №154 (3). Pp. 313–321.
60. Kim S., Lee S., Kang E., Hur K., Lee H., Ahn C., Cha B., Yoo J., Lee H. Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism*. 2006. № 5. Pp. 1053–1059.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Опитувальник «Прояв виктимності у поведінці» (М. А. Одинцова)

*Інструкція* . Вам пропонується відповісти на питання методики, описавши себе і свою поведінку такою, якою вона є насправді.

Перша відповідь, яка спадає на думку – найвірніша. Ваші відповіді зберігатимуться у суворій таємності.

Відповідайте на запитання чесно – це допоможе Вам більше впізнати себе. Можливі варіанти відповідей: «ні» 0; «скоріше ні, ніж так» 1; «скоріше так, ніж ні» 2; «так» 3.

1. Чи ви коли-небудь вважали, що життя до Вас несправедливе?
2. Чи бувало у Вас відчуття, що Вами нехтують?
3. Невдачі у Вашому житті – простий збіг обставин?
4. Вам творили, що бути самотнім Ваше призначення?
5. Вам доводилося приховувати правду заради отримання чогось потрібного для Вас (речі, ідеї...)
6. Чи бувало у Вас відчуття, що Вам нав'язують роботу, яку мають виконувати інші?
7. Чи відчували себе абсолютно знесиленим і беззахисним?
8. Вашу думку у колективі ігнорували?
9. Чи доводилося Вам бути слабким і немічним для того, щоб привернути увагу оточуючих?
10. Чи здавалося Вам, що до Вас ставляться як до «хлопчика для биття».
11. Чи ділилися Ви своїми неприємностями з малознайомими людьми?
12. Вас ігнорували значущі Вам люди?
13. Користуватися своїми нещастями у тому, щоб домогтися фінансових чи моральних компенсацій, вважається практичним?
14. Чи бувало, що Вас використовували у своїх цілях?
15. Вам приємно, коли співчувають?
16. Чи важко Вам звикати до нового колективу?

17. Поплакати, щоб досягти необхідного – виявляється найкращим способом впливу на інших?
18. Чи казали Вам, що Ви невдачливий?
19. Інші люди вміють краще контролювати події свого життя, ніж ви самі?
20. Чи були Ви об'єктом принизливих для Вас жартів?
21. Кращий спосіб досягти бажаного – задобрити оточення?
22. Чи переживали Ви стан непотрібності?
23. Чи доводилося Вам приховувати справжні мотиви для досягнення своєї мети?
24. Навколишні люди стосовно Вас були вороже налаштовані?
25. Вам доводилося клопотати про матеріальну допомогу у близького оточення?
26. Вас залишали без уваги рідні, друзі?
27. Чи можете Ви сказати про себе, що Ви вразливі та уразливі?
28. Ви страждали від недостатньо шанобливого ставлення до себе?
29. Чи грати роль жертви, якщо вимагають обставини, розумно?
30. Вам казали, що маєте низьку самооцінку?
31. Навколишні люди виявляли недостатню турботу про Вас?
32. Інші люди здавались Вам привабливішими, ніж Ви самі?

**Бланк для відповідей :** Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Професія \_\_\_\_\_

І.Р.	С.Р.	І.Р.	С.Р.	І.Р.	С.Р.	І.Р.	С.Р.
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32

**Обробка результатів .** Для підрахунку результатів підсумовуються усі непарні, потім усі парні пункти опитувальника.

Таблиця І Шкала переведення сирих балів у станаини

Стан	Ігрова роль жертви	Соціальна роль жертви	Загальний бал – рольова віктимність	Рівень
1	0İ4	0İ3	0İ12	Дуже низький
2	5İ8	4İ7	13İ20	Низький

3	9İ13	8İ11	21İ27	Нижня Середня
4	14J17	12İ15	28İ34	Середній
5	18İ22	16İ19	35İ41	Середній
6	23İ26	20İ23	42İ48	Середній
7	27İ30	24İ27	49İ55	Вище середнього
8	31İ34	28İ31	56Й62	Високий
9	35 і більше	32 і більше	63 і більше	Дуже високий

Як стандартна шкала була обрана шкала стайні. Значення в інтервалі від 1-3 стайні трактується як показник низької вираженості змінної, що діагностується, в інтервалі від 4-6 стайнанів – як показник її помірного (середнього) рівня; в інтервалі від 7-9 – як показник високого рівня вираженості змінної.

**Ключ до опитувальника :** Ігрова роль жертви: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31.

Соціальна роль жертви: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32.

**Інтерпретація результатів .** Високі бали за шкалою «ігрова роль жертви» характеризують людину, яка використовує зовнішні ресурси захисту внутрішньої проблеми. Така людина вміє блискуче маніпулювати іншими, намагаючись отримати підтримку, якої, за власними припущеннями, потребує. До основних характеристик ігрової ролі жертви можна віднести інфантильність, демонстрація своїх нещастів і страждань, страх відповідальності, рентні установки, мистецтво маніпулювання. Слід зазначити особливу пластичність та креативність ігрової ролі жертви. Такі люди товариські, контактні, мають гарний емоційний інтелект, вміють повернути до себе, вміють залагоджувати різні соціальні ситуації. Вони лагідні, вміють співчувати, втішити, майже з усіма підтримують хороші теплі стосунки, легко адаптуються до соціуму.

Дуже високі бали за шкалою «ігрова роль жертви» свідчать, що роль закріпилася моделі поведінки і перейшла у позицію. Усі показники, властиві індивідам з ігровою роллю жертви зберігаються, закріплюються, загострюються, набувають акцентуований, експресивний характер. Індивід дедалі частіше демонструє свої страждання та нещастя, постійно скаржитися, схильний до звинувачень інших, вважає, що життя до нього несправедливе, і всіляко за допомогою маніпуляцій прагне привернути увагу та допомогу від оточуючих. Виявляє агресію, якщо не вдається досягти бажаного. Така людина вважає себе знесиленою жертвою ситуацій, обставин, інших людей.

Високі бали за шкалою «соціальна роль жертви» припускають будь-який тип аутсайдерства: «цап-відбувайло», «гідке каченя», «біла ворона» та ін. Такого індивіда не залишає відчуття, що він ізгой, ним нехтують. Навколишній світ здається йому ворожим. Найчастіше така людина наділена стигмою (ярликом). Почувається самотнім, непотрібним і глибоко страждає з цього приводу. Схильність звинувачувати в тому, що сталося, поєднується з самозвинуваченнями, дуже уразливий. Вважає інших людей більш привабливими та успішнішими, ніж він сам. Людина, яка перебуває в цій ролі, мотивована на звільнення від руйнівного впливу ярлика. На відміну від ігрової ролі жертви, у соціальній ролі відсутня маніпулятивний компонент та рентні установки (вигода). Такий індивід менш гнучкий у відносинах з іншими людьми, що важче адаптуються в соціумі.

Люди із соціальною роллю жертви люблять усамітнення. Водночас вони відкриті досвіду, що виражається в гарній уяві, високому рівні розуміння того, що відбувається, допитливості розуму, вміннях оперувати великою кількістю інформації, кмітливості. Вони схильні до невпинної рефлексії своїх вчинків та переживань.

Дуже високі бали за шкалою «соціальна роль жертви» говорять про міцність соціальної ролі жертви, активізацію рентних установок, які з посиленням основних характеристик соціальної ролі закріплюються в моделі поведінки та сприяють деформації особистості та поведінки. Статус жертви

створюється задалегідь запропонованими нормами, стереотипами і істотно впливає весь спосіб життя. Така людина вважає себе невдахою і звинувачує інших у своїх нещастях. Переживаючи свою ізольованість, зникає до неї і вважає, що самотність – його доля. Не впевнений, що здатний змінити своє життя, покладається на долю та інших людей. Глибоко переживає свою ізольованість, відчувається вічним ізгоєм і хронічним невдахою.

Високі бали за опитувальником загалом вказують на низький рівень життєстійкості, відсутність осмислених сенсожиттєвих орієнтацій, перевагу неконструктивних долаючих стилів поведінки (уникнення, маніпуляція, асоціальні та агресивні дії тощо). Таким людям властива мінливість у настрої. Яскраво виражена психоемоційна симптоматика, що виражається у порушенні сну, надмірному занепокоєнні, розсіяності тощо. їм характерна незадоволеність своєю повсякденною діяльністю (переживання нудьги, туги і т.д.). Вони дуже часто напружені і чутливі, уразливі та вразливі. Такі люди емоційно включені в ситуацію, песимістично ставляться до того, що відбувається, займаються самозвинуваченнями, внаслідок чого переживають емоційний дискомфорт. Самозвинувачення поєднуються зі звинуваченнями інших та жалістю до себе. При цьому віктимний індивід схильний до роздратування та агресії, спрямованої на інших. У цілому нині, емоційну сферу «жертви» можна охарактеризувати як сферу печалі, обурення, розпачу, зневіри, агресії, страху тощо. при цьому емоції слабо контролюються. Більше того, віктимний індивід намагається зняти з себе відповідальність за те, що відбувається, постійно звинувачуючи у своїх бідах інших людей. Індивіди з високим рівнем рольової віктимності відрізняються схильністю уникати проблем, вони змиряються з ситуацією і не бажають нічого змінювати, тому що вважають, що будь-які спроби щось змінити марні. агресії, страху тощо. при цьому емоції слабо контролюються. Більше того, віктимний індивід намагається зняти з себе відповідальність за те, що відбувається, постійно звинувачуючи у своїх бідах інших людей. Індивіди з високим рівнем рольової віктимності відрізняються схильністю уникати проблем, вони змиряються з

ситуацією і не бажають нічого змінювати, тому що вважають, що будь-які спроби щось змінити марні. агресії, страху тощо. при цьому емоції слабо контролюються. Більше того, віктимний індивід намагається зняти з себе відповідальність за те, що відбувається, постійно звинувачуючи у своїх бідах інших людей. Індивіди з високим рівнем рольової віктимності відрізняються схильністю уникати проблем, вони змиряються з ситуацією і не бажають нічого змінювати, тому що вважають, що будь-які спроби щось змінити марні.

Разом про те, людям із високим рівнем рольової віктимності соціальне оточення представляє особливу значимість. Надії на «порятунок» вони покладають саме на нього. Тому від соціального оточення залежить багато чого: чи стане людина на шлях життєтворчості чи «застигне» у ролі жертви.

### Голландський опитувальник харчової поведінки

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) виявляє картину харчової поведінки. Знання провідного стилю харчової поведінки та особливостей поєднання стилів дозволить фахівцеві скласти для вас найбільш ефективний, гармонійний та безпечний план зниження ваги.

Тест займає близько 10 хвилин.

Важливо відповідати на запитання швидко, не замислюючись надто сильно.

На кожне запитання можна дати один із 5 варіантів відповідей:

ніколи – 1 бал

дуже рідко – 2 бали

іноді – 3 бали

часто – 4 бали

дуже часто – 5 балів.

\* За відповідь на запитання 31 бали присуджуються навпаки (1 бал за дуже часто, 5 балів за ніколи).

Текст опитувальника:

1. Якщо ваша вага починає наростати, ви їсте менше, ніж звичайно?
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
3. Чи часто ви відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь про свою вагу?
4. Чи акуратно ви контролюєте кількість з'їденого?
5. Чи вибираєте їжу навмисно, щоб схуднути?
6. Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?
7. Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не видужати?
8. Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?
9. Чи часто ви намагаєтесь не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою?
10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?



11. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити?
13. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?
14. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?
15. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підвів?
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви відчуваєте якусь неприємність?
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані чи напружені?
19. Чи виникає у вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук?
20. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані?
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли зруйновані ваші сподівання?
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?
23. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, втомлені, неспокійні?
24. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?
25. Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, чи їсте ви більше, ніж звичайно?
26. Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного?
27. Якщо у вас є щось смачне, чи з'їсте це негайно?
28. Якби проходите повз булочну (кондитерську), чи хочеться вам купити щось смачне?
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи є у вас бажання їсти?
- \* 31. Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?
32. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай у компанії (коли їдять інші)?
33. Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте?

**Обробка результатів:** 1. Підрахуйте суму балів за питання 1-10 і розділіть суму на 10. Це шкала обмежувальної поведінки.

У нормі результат дорівнює 2,4 бали.

Якщо ваш результат вищий, то ви надмірно обмежуєте себе у харчуванні.

Якщо ваш результат нижче, ви даєте собі занадто багато послаблень.

2. Підрахуйте суму відповідей за запитання 11-23 та розділіть суму на 13. Це шкала емоціогенної харчової поведінки.

У нормі результат дорівнює 1,8 балів.

Якщо ваш результат вище, це говорить про вашу схильність заїдати емоції.

3. Підрахуйте суму відповідей за питання 24-33 і поділіть суму на 10. Це шкала екстернальної харчової поведінки.

У нормі результат дорівнює 2,7 балів.

Якщо ваш результат вищий, то це говорить про вашу схильність приймати їжу під впливом зовнішніх стимулів (запах, вигляд, накритий стіл, їжа за компанію тощо).

## Додаток В

## Результати за методикою «Прояв віктимності у поведінці» (М. А. Одинцова)

Шифр випробуваного	Підлога	Вік	Бал		
			Ігрова роль жертви	Соціальна роль жертви	Загальний рівень віктимності
01	ж	20	9	12	21
02	ж	19	34	43	77
03	ж	20	24	27	51
04	ж	20	14	23	37
05	ж	20	18	20	38
06	ж	20	24	25	49
07	ж	20	17	21	41
08	ж	21	28	38	66
09	ж	20	18	27	45
010	ж	20	26	25	51
011	ж	22	8	13	21
012	ж	20	27	25	52
013	ж	20	34	40	74
014	ж	20	28	35	63
015	ж	20	11	8	19
016	ч	19	9	22	31
017	ч	19	11	8	19
018	ч	19	17	24	41
019	ч	19	16	15	31
020	ч	19	20	24	44
021	ч	20	30	31	61
022	ч	20	8	24	32
023	ч	19	27	21	48
024	ч	19	10	18	28
025	ч	19	18	26	43
026	ч	20	19	26	45
027	ч	19	19	19	38
028	ч	19	5	17	22
029	ч	19	14	16	30
030	ч	19	14	13	27
034	ж	16	23	20	43
035	ж	16	18	29	47
036	ж	16	25	27	52
037	ж	16	29	25	54
038	ж	17	33	34	67
039	ж	17	26	23	49
040	ж	17	25	25	50
048	ж	16	21	35	56
053	ж	16	14	15	29
054	ж	16	25	21	46
056	ж	16	25	32	57

057	ж	16	24	27	51
058	ж	17	16	18	34
059	ж	17	15	18	33
060	ж	17	16	15	31
031	ч	17	12	20	32
032	ч	17	16	15	31
033	ч	17	29	27	56
041	ч	17	19	25	44
042	ч	17	20	17	37
043	ч	17	28	30	58
044	ч	17	24	12	36
045	ч	17	15	11	26
046	ч	17	19	21	40
047	ч	17	21	11	32
049	ч	17	28	30	58
050	ч	17	10	15	25
051	ч	16	17	16	33
052	ч	16	29	30	59
055	ч	17	10	14	24

## Додаток Г

## Результати за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки»

Шифр випробуваного	Підлога	Вік	Бал		
			Обчезувальна харчова поведінка	Емоційна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
01	ж	20	1,8	1,4	2,6
02	ж	19	3,4	2,3	2,2
03	ж	20	1,9	2,2	3,5
04	ж	20	1,7	1,5	2,6
05	ж	20	3,4	2,07	3,2
06	ж	20	3,1	3,1	3,5
07	ж	20	2	3,2	3,2
08	ж	21	1	2,07	2,7
09	ж	20	1	2,5	3,4
010	ж	20	1,8	4	3,4
011	ж	22	1,7	3	3,3
012	ж	20	1,6	1,5	3,4
013	ж	20	1	1,5	3,1
014	ж	20	2,4	2,8	2,6
015	ж	20	1,3	3,5	3,9
016	ч	19	1	1,07	3,5
017	ч	19	2,6	6,3	2,7
018	ч	19	2	2,3	4
019	ч	19	1	1	3,3
020	ч	19	2,5	1,2	2,6
021	ч	20	1,8	1	2,5
022	ч	20	1,4	1	2,2
023	ч	19	2,7	1,8	1,6
024	ч	19	3,7	1,5	2,6
025	ч	19	1,4	1,8	3,3
026	ч	20	1,2	1,23	2,6
027	ч	19	1,1	1,07	3,1
028	ч	19	1	5	1,8
029	ч	19	3	1,3	1,4
030	ч	19	1,3	1,8	2,8
034	ж	16	1,9	1,6	3,1
035	ж	16	3,3	1,4	3,3
036	ж	16	2,9	2,6	3,9
037	ж	16	1,2	2,7	4
038	ж	17	1	2,07	3,8
039	ж	17	1	1,5	3,4
040	ж	17	4,1	1,5	3
048	ж	16	1,2	1,07	2,3
053	ж	16	4,1	2,4	3
054	ж	16	1,7	2,07	2,7

056	ж	16	2,9	4,3	4,3
057	ж	16	2,4	4,5	4
058	ж	17	3,5	1,5	2,6
059	ж	17	1,3	3,1	4
060	ж	17	2,3	2,5	4,5
031	ч	17	1	1	4,4
032	ч	17	1,2	1,15	2,4
033	ч	17	1	2	4,3
041	ч	17	1	1	2,4
042	ч	17	1,6	1,7	2,9
043	ч	17	1,3	1,4	2,8
044	ч	17	1	3,2	3,7
045	ч	17	1	1,9	3,6
046	ч	17	1,1	1,3	4,2
047	ч	17	4	2,07	3,4
049	ч	17	1,2	1,7	5
050	ч	17	1,2	1,5	4,3
051	ч	16	2,4	2,2	3,2
052	ч	16	2,8	2,5	3,5
055	ч	17	1,5	1,8	2,4