

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітній ступінь)

на тему «Психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням»

ХАІ.704.7-96П1.21О.053.85-9/20-7 КР

Виконав: здобувач (ка) б курсу групи №7-96П1

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

Бурцева Олена Олегівна

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: Макаренко Амалія Олексіївна

(прізвище та ініціали)

Рецензент: Большакова А. М.

(прізвище та ініціали)

Харків – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	5
1.1 Поняття харчової поведінки та основні види розладу харчової поведінки.....	5
1.2 Причини появи порушень харчової поведінки.....	20
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	28
2.1 Опис методики дослідження.....	28
2.2 Аналіз методів дослідження.....	29
Висновки до розділу 2.....	37
РОЗДІЛ 3. ХІД ВИКОНАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ...	39
3.1 Хід виконання дослідження.....	39
3.2 Результати емпіричного дослідження.....	45
3.3 Результати розрахунків математичної статистики та їх тлумачення.....	47
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	56
ДОДАТКИ.....	62

ВСТУП

Актуальність теми

Актуальність теми компульсивного переїдання виходить з того, що кількість людей з зайвою вагою на землі зростає, проте за допомогою звертаються переважно хворі на булімію чи анорексію. Згідно статистики ВОЗ біля 30% населення світу в даний час має надлишкову масу тіла або страждають ожирінням. Вчені припускають, що в 2025 році ожирінням будуть страждати до 40% чоловіків і 50% жінок. Оскільки компульсивне переїдання часто призводить до набору зайвої ваги, можна припустити, що частина цих людей страждають на цей розлад.

Компульсивне переїдання зазвичай не призводить до тяжких наслідків для здоров'я людини, як анорексія чи булімія. Хвороби вже є як наслідок зайвої ваги, тобто більшість хворих не звертають увагу на першопричину. Зазвичай ці люди думають, що вони просто багато їдять, що охоче підтверджує їх оточення. Але ніхто не знає, як це зупинити. Про таких кажуть, що у них відсутня сила волі, але чому ж інші аспекти життя в яких необхідно проявити силу волі вони реалізують успішно.

Сучасні тенденції популярності теми здорового харчування, схуднення і стрункості стають вірусними і займають значуще місце у суспільстві. Усі друковані видання, телебачення і мережа інтернет переповнені інформацією про різноманітні дієти, способи схуднення і стандарти краси. Це призводить до того, що жінки навіть з нормальною масою тіла бажають схуднути. А люди, які мають зайву вагу відчують свою неповноцінність це спричинює ще більшу тривогу і занепокоєння, почуття провини, сорому, що в свою чергу є спусковим механізмом до компульсивного переїдання.

Велика кількість жінок постійно використовують обмежуючі дієти, а дієти та скорочення вживання їжі підвищують ризик розвитку розладу харчової поведінки через когнітивні і фізіологічні механізми.

Людина з компульсивним переїданням відчуває тривогу в відчуття втрати контролю.

Не зважаючи на велику кількість дослідів, зрозуміти біологічні, поведінкові та соціальні основи компульсивного переїдання складно.

Також складно визначити істинні масштаби розповсюдження компульсивного переїдання, тому що ці стани часто приховуються із-за почуття сорому, винуватості.

Я вважаю що тему здорового харчування необхідно популяризувати заради здоров'я, а не для схуднення. Тому що не завжди можливо поставити знак дорівнює стрункості і здоров'я.

Об'єкт дослідження

Розлади харчової поведінки.

Предмет дослідження

Психологічні чинники компульсивного переїдання

Мета

Розкрити психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням.

Завдання

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо проблеми компульсивного переїдання.
2. Діагностувати наявність компульсивного переїдання у респондентів.
3. Встановити зв'язок компульсивного переїдання з копінг-стратегіями респондентів.
4. Проаналізувати емоційний інтелект осіб з компульсивним переїданням.
5. Встановити зв'язок високого рівня тривожності і діагностованого компульсивного переїдання.

Методи дослідження Теоретичний аналіз літератури, тестування, опитування, узагальнення, інтерпретація, психодіагностичні методики та методи математичної статистики.

Дослідження проводилося за допомогою психодіагностичних методик: «Опитувальник харчових переваг - 26» (D.M. Garner, EAT-26), опитувальник тривожності «Шкала Тейлор», тест рівня емоційного інтелекту (EQ) (Н. Холл), тест «Копінг стратегії» Лазаруса.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1 Поняття харчової поведінки та основні види розладу харчової поведінки.

Харчова поведінка – «ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування в буденних умовах і умовах стресу, орієнтація на образ власного тіла та діяльність по його формуванню» [19].

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна залежно від безлічі параметрів, зокрема від місця, що займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних і якісних показників харчування та естетики. [19]

Потреба їжі — первинна, від неї залежить життя і здоров'я індивіда. Їжа необхідна для гомеостазу, отримання енергії, поживних речовин та вітамінів, що підтримують життєдіяльність організму. А. Маслоу у своїй теорії потреб наголошував, що біологічні потреби особистості повинні отримувати задоволення на мінімальному рівні для актуалізації потреб вищих. [23]

Найчастіше при порушенні співвідношення гормонів голоду та насичення формується атипова харчова поведінка, що веде до ожиріння. [9] Харчова поведінка охоплює установки, форми поведінки, звички та емоції щодо їжі, які індивідуальні для кожного індивіда. Потреба їжі — первинна, від неї залежить життя і здоров'я індивіда. У кожної людини свій раціон, що відрізняється кількістю їжі та час її вживання, а також свої переважні поєднання продуктів. Це залежить від звичок, сімейних традицій та знань людини, здобутих раніше.[17]

Харчова залежність - це порушення психічного стану, при якому людина вживає їжу не для того, щоб угамувати почуття голоду, а для того, щоб підняти настрій і отримати приємні емоції. Для людей із харчовою залежністю їжа допомагає впоратися із хвилюванням, тривогою, вона

допомагає зняти стрес.

Розлади харчової поведінки (РПП) – це переважно психогенно обумовлені порушення в прийомі їжі, що включають в себе широкий спектр поведінкових реакцій від обмежувальної харчової поведінки до переїдання.

До РПП відносяться такі захворювання, як нервова анорексія (НА), атипова нервова анорексія, нервова булімія (НБ), атипова нервова булімія, компульсивний переїдання (КП) і ін. В основі патогенезу даної нозології лежать синдроми дисморфоманії і дисморфофобії. Слід зазначити, що певне місце в клінічній картині РПП займають порушення в сфері емоційної регуляції, так при клінічному огляді у великої кількості хворих виявляються симптоми депресії. Перераховані симптоми нерідко супроводжуються тривогою або стійким психологічним напруженням. Наявність клінічної і субклінічної вираженої тривоги і депресії не тільки свідчить про ступінь вираженості психічних розладів при патології харчової поведінки, але і частково обумовлює подальший перебіг захворювання.

Розлад під англійською назвою «binge eating disorder» - компульсивне переїдання, близька до булімії нозологічна одиниця. За різними даними, зустрічається в літературі, цей тип розладу позначають як «приступоподібне переїдання» [15], «компульсивне переїдання» (Ухер, 2012) або «психогенне переїдання». Це захворювання характеризується частими епізодами переїдання, що повторюються. Протягом цих епізодів людина в силу відчуття суб'єктивної можливості втрати контролю над кількістю їжі, що споживається стає не здатною зупинитися або обмежити об'єм їжі що з'їдається.

Головна відмінність цієї форми патології від булімії полягає в тому, що напади епізодів переїдання супроводжуються компенсаторною поведінкою спрямованою на запобігання набору ваги, не регулярно. На відміну від булімічних епізодів, хворі не викликають блювоту, не приймають проносні і не ставлять клізми. Проте, видається, що нозологічна близькість цих порушень не викликає сумнівів.

Компульсивний переїдання зустрічається приблизно у 3,5% жінок і 2% чоловіків в загальній популяції протягом життя. На відміну від нейрогенної булімії, компульсивне переїдання частіше спостерігається серед людей з надмірною вагою і ожирінням і сприяє зайвого споживання калорій; даний розлад може мати місце у $\geq 30\%$ пацієнтів, що проходять різні курси по зниженню ваги. У порівнянні з хворими на нервову анорексію або нейрогенну булімію, пацієнти з компульсивним переїданням старше і серед них частіше зустрічаються чоловіки.

Люди, які страждають компульсивним переїданням, відчувають дискомфорт внаслідок свого захворювання. Депресія від легкої до помірної ступеня і схвильованість формою і / або вагою тіла зустрічаються частіше у людей із зайвою вагою і з компульсивним переїданням, ніж у людей з такою ж вагою, що не мають даного розладу.

Розлад компульсивного переїдання - це медичний діагноз. Зазвичай, цей стан проявляється у відповідь на сильний стрес і є характерним для людей, схильних до зайвої ваги, які змалку і часто сидять на дістах. Оскільки психогенне переїдання відбувається через емоційні переживання, а не через голод, то людина часто їсть їжу солодку і жирну. Саме такий раціон дає яскраві смакові відчуття і тим самим тимчасово пригнічує негативні емоції. Людина їсть під час вираженого стресу, у стані гніву, суму або нудьги за відсутності відчуття голоду. За невеликий проміжок часу вона з'їдає таку кількість їжі, яку ніколи б не змогла з'їсти у спокійному стані.

Наприклад, зазвичай людина за добу з'їдає їжі на 2 000 ккал, а при епізоді компульсивного переїдання ця цифра може сягати жахаючих 10 000-20 000 ккал. При цьому відчувається втрата контролю над тим, як вона їсть, і робить це набагато швидше, ніж зазвичай. Як правило, через відчуття сорому та бажання приховати напади ненажерства людина намагається їсти наодинці. Причому вона не може зупинитися доти, доки не відчує стан задишки, дискомфорту і навіть болю у шлунку. Після чого її переповнюють почуття провини і ненависті до себе.

За даними ВООЗ, у світі кількість показників ожиріння потроїлись з 1975 р. У 2016 р. у понад 1,9 млрд дорослих визначено надмірну вагу, в 650 млн – ожиріння (World Health Organization: Obesity and overweight). Компульсивне переїдання є однією з причин розвитку цього розладу.

Поняття компульсивного переїдання (Binge-eating disorder) аналізували численні вітчизняні (Л. Абсалямова, 2014; Т. Ємельянцева, 2015; С. Литвин-Кондратюк, 2000; О. Мойзріст, 2009) та іноземні автори (С. Bulik, 2014; De Zwaan, 2004; С. Fairburn, 1993; М. Fichter, 1998; R. Spitzer, 1993; А. Stunkard, 1955; N. Berkman, 2015), зокрема в контексті класичного компульсивного переїдання, булімії й анорексії. Власне, поняття переїдання як розладу одним із перших описав А. Станкард (Stunkard, 1955), відокремивши у 1955 р. поняття «нічного прийому їжі», з подальшим ранковим відмовлянням від їжі. Він же описав ожиріння при компульсивному переїданні та синдром «напихання їжею». У 1994 р. компульсивне психогенне переїдання було включено до Керівництва з діагностики та статистичних класифікацій психічних розладів DSM-4 (Р. Веумонт, 1994), де згідно Міжнародної Класифікації Хвороб МКХ 10 патологія отримала код 50.4, EDNOS «переїдання, пов'язане з іншими психологічними розладами: переїдання, спричинене стресовими подіями, втратою, нещасним випадком, народженням дитини...» (American Psychiatry Association et al., 1994).

Останнє видання Керівництва з діагностики та статистичних класифікацій психічних розладів DSM-5 (2013 р.) визначило психогенне переїдання під кодом 307.51 (F 50.8) як так зване «Binge eating disorder» (American Psychiatric Association et al., 2013). Тобто, тільки у 2013 р. компульсивне переїдання було офіційно визнано захворюванням, відтак, проблема переїдання все ще вивчається науковцями.

На даний час, клінічна типологія компульсивного переїдання, як розладу харчової поведінки і його опис за матеріалами основних статистичних класифікаторів хвороб знаходиться в таких класифікаторах:

- в двох версіях «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і

проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (МКХ) - в десятій її редакції (МКХ-10), що використовується у даний час та у вступившій в дію з 1 січня 2020 р одинадцятої редакції класифікатора (МКХ-11);

- у відносно новій затвердженій в 2013 р Американської психіатричної асоціацією п'ятої версії національного «Довідника з діагностики і систематики психічних розладів» (DSM-V).

У DSM-5 компульсивне психогенне переїдання визначається як таке, коли в особи, яка переїдає (Binge-eater), спостерігаються (DSM-5 American Psychiatric Association et al., 2013):

1. Повторення епізодів переїдання: прийом їжі у визначений період часу (наприклад, упродовж двох годин), причому ця кількість їжі перевищує ту, яку люди зазвичай споживають за цей час; а також відчуття втрати контролю у процесі переїдання (особа відчуває, що не може зупинитися або контролювати, скільки вона з'їла).

2. Особа їсть швидше, ніж зазвичай; особа їсть, доки не відчуває дискомфорт через переїдання; особа їсть багато їжі, коли не відчуває голоду; особа їсть наодинці, бо ніяковіє через те, як багато вона їсть; особа відчуває до себе відразу, провину, депресію після переїдання.

3. Зазвичай, особа засмучена через те, що вона переїдає.

4. Випадки переїдання спостерігаються щонайменше двічі на тиждень упродовж 6 місяців (критерій частоти та тривалості за DSM-IV (American Psychiatry Association et al., 1994)), або щонайменше один раз на тиждень упродовж 3 місяців (критерій частоти та тривалості за DSM-V (American Psychiatric Association et al., 2013)).

5. Переїдання не пов'язане з регулярною невідповідною компенсаторною поведінкою (піст, відмова від їжі, вживання проносних засобів, надмірні фізичні вправи з метою втрати ваги).

Окрім цього, низка науковців – Б. Брюс (Bruce, 1992), Де Жваан (De Zwaan, 2004), С. Фейрбурн (Fairburn, 1993), М. Фіхтер (Fichter, 1998) зазначає такі ознаки психогенного переїдання: особа ховає їжу від інших у себе в

квартирі, в кімнаті; особа обирає певний стиль харчування з визначеними обмеженнями (їжа без цукрів, без білків, вегетаріанство, веганство); особа регулярно дотримується дієти; особа створює власні ритуали прийому їжі; особа краде їжу; особа систематично шукає ознаки зміни власної зовнішності після переїдання.

У DSM-V розрізняється 4 ступені переїдання: незначне – від 1 до 3 випадків на тиждень, помірне – від 4 до 7 випадків на тиждень, суворе – від 8 до 13 випадків на тиждень і надмірне – 14 і більше випадків переїдання на тиждень (American Psychiatric Association et al., 2013). Класифікація переїдання створюється зі слів особи, яка переїдає, тобто суб'єктивність частоти й обсягів переїдання значно впливає на класифікацію переїдання.

Проведений аналіз статей і дисертаційних досліджень вітчизняних учених (Л.Абсалямова, (2014), Т. Вознесенська (2009), Т. Ємельянцева (2015), О. Мойзріст (2009), І. Нагорна (2011)) виявив недостатність вивчення проблеми переїдання в Україні саме з психологічної точки зору. Вітчизняні дослідники найчастіше визначають компульсивне переїдання у межах підтипу адикцій.

Численні дослідження іноземних фахівців, які з другої половини ХХ століття проводили (С. Bulik, 2014, De Zwaan, 2004, С. Fairburn, 1993, М. Fichter, 1998, L. Castonguay, 1995, В. Bruce, 1992), більше сконцентровані на взаємозв'язку між персональною тривожністю, загальним рівнем тривожності у суспільстві та компульсивним переїданням.

Аналіз літератури також показав, що більшість осіб, які несистематично переїдають, характеризують себе як «незрілі», мають проблеми в міжособистісних стосунках, схильні до депресивних станів, коли ніщо, крім їжі, їм не покращує настрій. [4,16] Уранці після епізоду переїдання особи знову виявляють депресивний стан через усвідомлення кількості спожитої їжі та наслідків переїдання, а також через усвідомлення власної провини. Цікаво, що, згідно з дослідженнями С. Булік (Bulik, 2014), жінки й особи, які отримали вищу освіту, виявили більшу схильність до

компульсивного переїдання, ніж особи без освіти, що, на думку автора, зумовлено перфекціонізмом, розвинутим упродовж навчання в університеті, а також нездатністю особи керувати своїм життям і досягати мети в інший спосіб, ніж споживання їжі.

Сучасний погляд на проблему порушення харчової поведінки дозволяє вважати їх одними з найважчих у діагностичному та лікувальному плані розладів. Тривалий час ховаючись за соціально прийнятними масками дієтичних обмежень, клінічно окреслені прояви розбудов у формі нервової анорексії (НА) або нервової булімії (НБ) потрапляють у полі зору насамперед лікаря загальної практики. Своєчасна правильна діагностика розладів і подальша їх коректна терапія повинні сприяти зменшенню тривалості періоду хворобливих проявів, ступені виразності супутніх соматичних ускладнень, зниження тяжкості психосоціальних наслідків (суїцид, безпліддя та ін.) та збільшення ефективності терапевтичних втручань.

В цілому розлади харчової поведінки визнані патологією зі складною поліетіологічною природою. Останнім часом, особливо за даними зарубіжних досліджень, у розвитку цих патологій велике значення надається генетичним факторам. Вивчення етіопатогенетичних особливостей є важливим завданням сучасної медицини та клінічної психології, оскільки порушення харчової поведінки викликають виражену дезадаптацію у пацієнтів, а їх вклад в незв'язані первинно з етіопатогенетичним психічних розладів причини смертності вважається найвищим серед інших таких причин смертності осіб з психічною патологією і становить, за даними зарубіжних авторів, від 1,92 до 10,5% померлих в загальній структурі стандартизованого коефіцієнта смертності (Papadopoulos 2009; Birmingham, 2005).

У літературі описано чотирьох компонентну модель, що характеризує мотивацію харчової поведінки. Вона схожа на мотивацію інших видів адиктивної поведінки, наприклад, споживання спиртних напоїв:

- 1) подолання негативних емоцій,

- 2) соціалізація,
- 3) відповідність очікуванням інших людей,
- 4) отримання задоволення [17].

У людини харчова потреба, на відміну від тварин, не є чисто біологічно обумовленою і є засобом, на думку Савенкова:

- розрядки психоемоційної напруги;
- чуттєвої насолоди, що виступає як самоціль;
- спілкування, коли їжа пов'язана із перебуванням у колективі;
- самоствердження, коли першорядну роль відіграють уявлення про престижність їжі та про відповідну «солідну» зовнішність;
- підтримання певних ритуалів чи звичок (релігійні, національні, сімейні традиції);
- компенсації незадоволених потреб (потреба у спілкуванні, батьківській турботі і т. д.);
- нагороди чи заохочення за рахунок смакових якостей їжі;
- задоволення естетичної потреби [42].

Одна з найпопулярніших класифікацій порушень харчової поведінки заснована на виділенні трьох його типів:

- екстернальний;
- емоціогенний;
- обмежуючий.

Хворий з компульсивним переїданням може мати один із цих варіантів порушень харчової поведінки або різні їх комбінації чи навіть усі одразу. Отже розглянемо ці порушення докладно.

Перший з них пов'язаний з підвищення чутливості людини до зовнішніх стимулів (реклама продуктів харчування, зовнішній вигляд, запах їжі), при цьому ігноруються внутрішні сигнали при наповненості шлунка і появі відчуття насичення, у зв'язку з чим людина споживає їжу навіть тоді, коли в цьому немає потреби для організму (відчуття голоду) і / або з'їдає більше необхідного (наприклад, під впливом штучно стимулів

органолептичних факторів, на тлі прийому алкоголю або зовнішньої атрибутики: ситуації прийому їжі в ресторані, на природі і т. п.).

Екстернальну харчову поведінку при ожирінні вперше описав Шечтер [9]. Воно проявляється підвищеною реакцією хворого не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі (рівень глюкози і вільних жирних кислот в крові, наповненість шлунка, його моторика і т. д.), а на зовнішні стимули, такі як накритий стіл, який приймає їжу людина, реклама харчових продуктів і т. д. Гладкі люди з екстернальною харчовою поведінкою їдять незалежно від того, коли вони останній раз вживали їжу. При подібному типі харчової поведінки кардинальне, визначальне значення має доступність продуктів. Саме ця особливість лежить в основі переїдання «за компанію», перекусів на вулиці, надлишкового прийому їжі в гостях, покупки зайвої кількості продуктів. Такі люди ніколи не пройдуть повз пірижкової, кіоску з морозивом, вітрини продуктового магазину, їстимуть до тих пір, поки не закінчаться цукерки або вазочка з печивом. Таким чином, людина з екстернальною харчовою поведінкою приймає їжу завжди, коли вона її бачить або коли вона йому доступна.

Практично у всіх пацієнтів з ожирінням в тій чи іншій мірі виражена екстернальна харчова поведінка [2-5]. У здорових людей з нормальною вагою підвищена реакція на зовнішні харчові стимули спостерігається тільки в стані голоду, при цьому її ступінь прямо пропорційна інтервалу між прийомами їжі, багато в чому залежить від її кількості і складу. У хворих на ожиріння подібна закономірність відсутня. Основою підвищеного реагування на зовнішні стимули до прийому їжі є не тільки підвищений апетит пацієнта, але й відчуття насичення, що не повноцінно і повільно формується. Виникнення ситості у повних людей запізнюється за часом і відчувається як механічне переповнення шлунка.

Іншим типом порушення харчової поведінки є емоціогенна харчова поведінка, яка зустрічається у 60% хворих на ожиріння [2]. Його синоніми - гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання. Шелтон образно називав

цей вид переїдання «харчовим пияцтвом». При цьому типі порушення харчової поведінки стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт: він їсть не тому що голодний, а тому що не спокійний, тривожний, роздратований, у нього поганий настрій, він засмучений, пригнічений, ображений, засмучений, розчарований, зазнав невдачі, йому нудно, самотньо і т.д. образно кажучи, людина з емоціогенною харчовою поведінкою «заїдає» свої прикrostі і нещастя також, як людина, що звикла до алкоголю, їх запиває.

Не всі можуть впоратися зі своїми труднощами через певні психологічні особливості, низькі адаптивні можливості, труднощі у спілкуванні. Ці причини призводять до того, що людина уникає проблем і ховається від дискомфортної реальності замість активного її перетворення. Він фіксується на тому, що викликає у нього приємні відчуття і не вимагає активного докладання душевних зусиль. Таким чином, найчастіше формуються різні види адиктивної або залежної поведінки, до яких належать і порушення харчової поведінки. Утворюється замкнене коло — чим сильніші стресогенні фактори, тим більша залежність. Адикції стають стереотипним способом уникнення реальності, дискомфорту та отримання тимчасового задоволення. Зовнішні контакти дедалі більше скорочуються, відбуваються зміни у особистісній сфері та поведінці.

Після яких стресових подій частіше загострюється емоціогенна харчова поведінка? На першому місці стоять смерть чи тяжка хвороба близьких людей. Потім, як зниження значимості, слідують:

- звістка про подружньої зради;
- ситуація розлучення;
- підготовка до іспитів або провал на іспиті;
- очікування значної події з сумнівами у її сприятливому результаті;
- загострення конфліктів у сім'ї чи роботі;
- періоди загострення переживань з приводу життя що не склалося, не потрібності, не красивості.

Емоціогенна харчова поведінка може бути представлена пароксизмальною формою (компульсивна харчова поведінка) або переїданням з порушенням добового ритму прийому їжі (синдром нічної їжі). Ці форми вперше описані А. Стункардом в 1959 і зустрічаються в клінічній практиці досить часто [10]. Серед популяції людей із надмірною вагою компульсивну харчову поведінку виявлено у 8%. У хворих, які перебувають на лікуванні з приводу ожиріння, представленість компульсивної харчової поведінки різко зростає та сягає 30% [12]. Більш того, останні дослідження А. Golay свідчать, що компульсивна харчова поведінка спостерігається у 50% людей з ожирінням, які лікуються в спеціалізованих стаціонарах Швейцарії.

Третій тип порушення харчової поведінки – обмежувальна харчова поведінка. Так називають надлишкові харчові самообмеження та безсистемні занадто суворі дієти, до яких час від часу вдаються всі хворі на ожиріння. Періоди обмежувальної харчової поведінки змінюються періодами переїдання із новим інтенсивним набором ваги. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, отримала звання «дієтичної депресії». Вперше «дієтичну депресію» описав А. Стункард у 1953 році, об'єднавши під цим поняттям цілий комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають на тлі дієтотерапії: підвищена дратівливість та стомлюваність, почуття внутрішньої напруги та постійної втоми, агресивність та ворожість, тривожність, знижений настрій, пригніченість тощо. [6, 10] «Дієтична депресія» призводить до відмови від подальшого дотримання дієти та до рецидиву захворювання. Після таких епізодів у пацієнтів формуються: почуття провини, зниження самооцінки, невіра у можливість лікування. Особливо погано переносять дієтотерапію хворі з переїданням у відповідь на стрес, які звикли нормалізувати свій емоційний дискомфорт прийомом їжі та для яких їжа стала своєрідним релаксуючим засобом.

Зазвичай хворі на ожиріння з емоціогенною харчовою поведінкою при застосуванні ізольованої дієтотерапії у 100% випадків відчувають симптоми

«дієтичної депресії» того чи іншого ступеня вираженості. Більше того, у 30% хворих на ожиріння без клінічно виражених форм порушення харчової поведінки вони вперше виникають на тлі дієтотерапії, що супроводжується відчутним емоційним дискомфортом і змушує їх відмовлятися від терапії [2-5].

T. Wadden навів дані по 259 пацієнтам, у 20% яких на тлі дієтотерапії, навіть не дивлячись на одночасне застосування психотерапевтичної корекції, все ж таки розвинулися симптоми депресії (Міжнародний конгрес з ожиріння, 31 травня - 1 червня, 2002, Севілья).

Такі розлади найчастіше зустрічаються у жінок, що багато в чому пояснюється більшою частотою раннього використання ними дієт і супутніми психіатричними проблемами.

Проблематика в тому, що тільки - емоційний і обмежувальний тип - еквівалентно представлені в тих чи інших рубриках клінічних класифікаторів. Для відповідності такого типу критеріям віднесення до тієї чи іншої нозологічної форми в патогенезі таких варіантів харчової поведінки має бути присутня певна (значна) ступінь проявів психологічної (перш за все - поведінкової) симптоматики, індукуючої згодом і інші аспекти психологічних і психопатологічних феноменів.

При цьому питання, чи є патологічним епізодичний прояв поведінкових патернів, пов'язаних з тим чи іншим типом харчової поведінки, або такі прояви можна розцінювати як умовно нормативні - залишається дискусійним.

Епізоди переїдання - часте явище як при нервовій булімії, так і при психогенному переїданні, вони характеризуються почуттям втрати контролю над своїм харчуванням. Подібне відчуття втрати контролю і неможливість припинити їсти може бути пов'язано зі зміною настрою і суперечливими думками про їжу.

Негативний короточасний стан тривоги, гніву або депресії, що викликає переїдання, часто є результатом негативної міжособистісної

взаємодії. Може виникнути непереборне бажання поїсти, що супроводжується позитивними емоціями, які іноді можна інтерпретувати як емоційне збудження, або негативними почуттями, такими як тривога, гнів, почуття провини, депресія або нудьга. Іноді переїдання - це бунт проти стриманості оточуючих.

Когнітивні компоненти можуть складатися з таких думок, як "Я не хочу цього робити, я не повинен так харчуватися" або "Я знову буду свинєю", або позитивних думок, таких як "Я дійсно заслуговую частування, так що з'їм я морозиво".

Епізоди переїдання можуть бути об'єктивними або суб'єктивними; у людей з булімією в середньому вони становлять близько 1500 калорій, а у людей з психогенним переїданням - близько 1000 калорій, при обох розладах від 100 до 7000 або більш калорій - приблизно таку кількість їжі можна з'їсти за два або більше прийому їжі. Об'єктивні або великі переїдання диференціюються від суб'єктивних або дрібних переїдання.

Однак суб'єктивні переїдання можуть засмучувати клієнта так само, як і об'єктивні. Деякі дані свідчать про те, що під час лікування в першу чергу зникають об'єктивні переїдання.

Хоча оцінити суб'єктивні переїдання складно, тому що це залежить від оцінки втрати контролю клієнта над своїм харчуванням. Дослідження показали відповідність двох комплексних оцінок об'єктивних переїдання і незадовільній відповідності суб'єктивних переїдання.

Зайва їжа, що відкладається в резерв, розрахована на випадок екстремальних чи несприятливих умов, але сучасний рівень життя цьому не ніяк не сприяє, як наслідок — збільшення кількості жиру в організмі, відповідно, і розвиток ожиріння.

Першим вражається серце, яке змушене збагачувати кров'ю більший простір, внаслідок збільшення маси тіла. Збільшення кількості роботи, розтягування м'язових стінок, посилення серцевих скорочень — в результаті проблеми з тиском та гіпертонія. Кровоносні судини забиваються бляшками,

тим самим порушуючи нормальний кровообіг.

Уражається печінка: зі збільшенням кількості жирів у печінці, вона сама ними заповнюється і перетворюється в їх джерело, незабаром усі клітини наповнюються жиром. При переїданні вражається весь шлунково-кишковий тракт (ШКТ). Основними захворюваннями ШКТ при харчовій залежності є гастрит з пониженою кислотністю, холецистит, панкреатит чи виразка шлунку [5].

Надмірна вага асоціюється також з підвищеним ризиком цукрового діабету 2-го типу й декількома видами раку, також вона негативно відображається на суглобах, зокрема на хребті; а з точки зору психології, служить причиною зниження загальної якості життя та соціальної стигматизації.

Розмитість формулювань спостерігаємо і при визначенні поняття «переїдання», не існує чітких критеріїв переїдання чи споживання великої кількості їжі. С. Фейрбурн (Fairburn, 1993), М. Фіхтер (Fichter, 1998), Р. Спітцер (Spitzer, 1992; 1993), М. Вісмен (M. Whisman, 2012), С. Яновський (Yanovski, 1993) визначають компульсивне переїдання як «споживання надмірної кількості їжі», за відсутності визначених критеріїв норми споживання для кожної особи (існують норми споживання за кількістю білків, вуглеводів, ліпідів, проте не сформульовано норми обсягу споживання харчових продуктів), тобто цей показник, здебільшого, носить суб'єктивний характер, за визначенням самого пацієнта, а також «надмірно частий» потяг до споживання їжі, що також має суб'єктивний характер.

Деякі автори визначають переїдання як основну характеристику ожиріння (Yanovski, 1994), коли інші зазначають, що переїдання є тільки неспецифічним зразком харчової поведінки (Marcus, 1992). При невизначеності в культурі країни норми та режиму їжі («повна тарілка, перше чи друге», чітко заведений час споживання їжі тощо) особам украй важко зрозуміти, що вони переїдають.

Іншою ознакою переїдання є психологічні особливості тих, хто

переїдає: особливе ставлення до їжі, ритуали споживання їжі, часті розмови про їжу тощо. Проте навіть за відсутності особливого ставлення до їжі й певних ритуалів особа може значно переїдати. Чи можна у такому випадку, коли особа тричі на тиждень споживає ввечері упродовж 30 хвилин перегляду серіалу подвійний набір фаст-фуду з надмірною калорійністю, вважати переїданням? За критеріями – ні, проте насправді це переїдання. Також постає питання: яким чином особи із сімейною історією переїдання та традиціями споживання великих обсягів їжі можуть самостійно помітити, що вони переїдають, коли за їхніми уявленнями обсяг спожитої їжі відповідає нормі? Усе це призводить до викривлення даних поширеності переїдання, оскільки найчастіше проблема визнається лише у разі досягнення ожиріння особами, які переїдають (Castonguay, 1995).

Отже, типове компульсивне переїдання характеризується систематичним споживанням великої кількості їжі, з подальшими епізодами сорому, відмови від їжі, причому в осіб, які переїдають, спостерігається занижена самооцінка, напади сорому тощо. Проте, можна виділити термін атипове компульсивне переїдання

Термін «атипове компульсивне переїдання» вперше вжив С. Фейрбурн (Fairburn, 1993). Автор визначає його як несистематичне вживання великої кількості їжі, з усвідомленням шкоди від цього для власного здоров'я, проте без подальшої відмови від їжі, без спроб дотримуватися суворої дієти надалі.

У сучасній літературі немає чітких цифрових критеріїв, за якими можна визначити компульсивне переїдання, не кажучи про атипове компульсивне переїдання. С. Фейрбурн визначає його як несистематичне вживання великих обсягів їжі, без прив'язування до певних продуктів чи певних ритуалів, із набиранням особою зайвої ваги (Fairburn, 1993). Варто зазначити суб'єктивний характер визначення цього явища (обстеженим пропонується самим визначити, чи переїдають вони), у поєднанні з даними медичних досліджень (індекс маси тіла, захворювання ШКТ, пов'язані з переїданням).

Проведений аналіз літератури наводить на думку, що несистематичне компульсивне переїдання є відносним поняттям, яке можливо охарактеризувати так: особа безсистемно споживає значно більший, ніж потребує її організм, об'єм їжі, часто ввечері, часто це «нездорова їжа» (фаст-фуд, тістечка, жирна їжа, часте запивання великою кількістю алкоголю), що призводить до збільшення показників індексу маси тіла (надмірної ваги чи ожиріння). Цей стан можливо визначати за суб'єктивними свідченнями осіб (коли під час опитування особа визнає, що переїдає більше 3–4 разів на тиждень, причому частота у цьому випадку є відносним показником) і за підвищеним індексом маси тіла (за відсутності в особі інших захворювань, що можуть призводити до цього) у поєднанні з іншими фізіологічними показниками, спричиненими потраплянням в організм надмірної кількості харчових речовин.

1.2 Причини появи компульсивного (психогенного) переїдання.

Такий розлад харчової поведінки як компульсивне переїдання можуть спричинити різні фактори, такі як: медико-фізіологічні, психологічні, культурно-соціальні.

Фізіологічний підхід до переїдання визначає його як результат надмірного почуття голоду, зумовленого станом ЦНС, активністю харчового центру (гіпоталамо-лімбіко-ретикулокортикального комплексу, латеральних і вентромедіальних ядер гіпоталамуса), який регулює почуття голоду, поведінкові реакції людини та контролює масу тіла (Емельянцева, 2015).

Гіпоталамус – це зовнішній підкірковий центр вегетативної нервової системи. Ця ділянка мозку довгий час вивчається фізіологами, неврологами, нейропсихологами. Він керує всіма основними процесами гомеостазу.

Гіпоталамус у людини з компульсивним переїданням отримує неправильний сигнал про голод і ситість. Ще однією причиною є низький рівень серотоніну. Важливу роль також відіграє гормональний фон. Отже,

переїдання пов'язане із захворюванням організму (так звана теорія хвороби).

Організм можна визначити як фізико-хімічну систему, що існує у навколишньому середовищі у стаціонарному стані. Вченими були проведені дослідження, які полягали в тому, що при стимуляції харчової поведінки у тварин спостерігаються всі реакції, характерні для тварин у пошуках їжі. Підійшовши до миски, тварина зі штучно стимульованою харчовою поведінкою починає їсти, навіть якщо вона не голодна, у тому числі пережовує неїстівні предмети.

У межах фізіологічного підходу варто розглядати переїдання як стан, коморбідний із такими психіатричними захворюваннями, як афективне захворювання, депресивні стани та тривожні розлади (Bruce, 1992).

Розглянемо причини порушення харчової поведінки з точки зору психології. Психогенне переїдання представляє собою прагнення до споживання їжі з нехарчовими цілями. Зустрічаються випадки з порушенням харчової поведінки такого типу як наслідок емоціональних розладів: стрес, самотність, переживання, депресія, нервова робота тощо. Часто психогенне переїдання інтерпретують як компенсацію незадоволених потреб у ніжності, турботі та любові; а, відчуваючи насолоду від смаку їжі та процесу, створюється бар'єр емоційної захищеності. Існує думка, що через те, що з дитячого віку нам говорили «доки все не з'їси – гуляти не підеш», «з'їж усе з тарілки, аби бути здоровим», на підсвідомому рівні сформувалася звичка з'їдати «все», яка в подальшому формує схильність до переїдання.

Невдоволення своїм тілом, депресія, знижена самооцінка, складність у вираженні почуттів, проблеми з самоконтролем, невдоволення життям, не здатність справлятися з негативними емоціями, які можуть бути викликані внутрішніми конфліктами або не сприятливими обставинами життя. Також почуття страху, образи, провини, сорому, безпорадності, тривоги, може викликати вживання великої кількості їжі. Відчуття що ти не здатний відповідати очікуванням оточуючих. РПП може виникати після дієти, яка не справдила очікування, наприклад виник зрив з дієти, це викликає ті ж

відчуття провини, невіра в себе, відчай, що призводить до втрати контролю, потім знов дієта це стає циклічним і людині дуже важко вийти з цього порочного кола.

Фрустрація вітальних потреб в ранньому віці з великою ймовірністю призводить до проблем у розвитку дитини. Дослідники бачать причину харчових аддикцій в порушених ранніх взаєминах між немовлям і матір'ю [17]. Зокрема, мати може піклуватися про дитину відповідно до її власних потреб, а не з потребами дитини. Коли сигнали дитини не отримують відгуку, дитина не може виробляти здорове відчуття самоті. Замість цього дитина відчуває себе просто як продовження матері, а не як повноправна автономна істота.

Не менш важливим є емоційний стан матері під час годування немовляти. Результати досліджень Р. Спиць переконливо підтвердили той факт, що регулярне, але без емоційне годування не відповідає потребам немовляти [15]. Якщо немовлята дитячого будинку залишалися більш 5 місяців в такому режимі, чверть з них вмирали від порушень травлення, інші демонстрували важкі душевні і фізичні порушення. Якщо ж кількість доглядальниць збільшувалася настільки, що кожна дитина при годуванні брався на руки, і годування супроводжувалося посмішкою, то порушення не виникали або зникали. Таким чином, годування немовляти є комунікативним процесом.

Порушена харчова поведінка насамперед може бути пов'язана з порушеними ранніми стосунками зі значущими об'єктами, з переживанням дефіциту захищеності і любові. Особистість начебто спочатку втрачає здатність відчувати ситість і задоволеність. Їжа подібно до наркотиків несвідомо вибирається для захисту від інфантильних афектів, наприклад депресії і страху. Внаслідок цього ускладнюється контроль над вживанням їжі. Людина може не контролювано поглинати їжу або, навпаки, витратити всі сили на те, щоб контролювати свій апетит.

Ще однією значущою установкою, яка вже в ранньому дитинстві

стимулює встановлення зв'язку з голодом і їжею, є почуття володіння, автономії, жадібності, ревнощів. Дитина жадібна, бо вважає якусь річ, що належить їй нерозривно, на тілесному рівні. Тому, коли щось забороняють, з'являється бажання силою забрати це.

Кусання є одним із перших проявів ворожості чи оральної агресії. З віком дитина починає розуміти, що так робити не можна і кусання стає першим джерелом виникнення почуття провини. Щоразу, коли ці емоції бувають пригнічені — зростає внутрішній емоційний дискомфорт і напруга. Ці почуття можуть надавати хронічний негативний вплив на людську вегетативну нервову систему та різні етапи перетравлюючого процесу. Виникають внутрішні конфлікти та конфлікти з навколишнім світом. Відчуттями фізичного задоволення, пов'язаними з ранніми формами харчування (смоктання), пояснюється поширеність емоційних розладів харчових функцій, коли конфлікти загальмовують розвиток генітальних функцій. Пригнічені сексуальні бажання у регресивному вигляді виражаються у вигляді прийому їжі та у порушеннях харчової поведінки.

Згідно психологічного підходу, переїдання можливо визначити як різновид адиктивної (залежної) поведінки.

У межах визначення переїдання як різновиду адикцій можливо визначити такі теорії переїдання:

- теорію особистісних рис, або моральну, коли адикція (залежність) виникає внаслідок сформованих рис особистості, слабкості особистості (відповідальність особистості);

- теорію реактивного опору, коли особистість реагує на зміну умов навколишнього середовища, що, на її думку, обмежують певні її права чи свободи, і шляхом вживання речовин (їжі), до яких у неї формується залежність, особистість отримує власну свободу;

- теорію соціального навчання, згідно з якою залежність особистості від їжі виникає внаслідок оточуючих її умов, в результаті ставлення до їжі в соціумі (їжа – друге щастя, з'їси цукерку – і стає легше).

Також існують такі теорії:

- Симптоматична теорія це залежність від їжі обумовлена певною причиною та розвивається як реакція особистості на визначену подію, як-то стрес, втрата члена родини, розлучення.

- Психоаналітична теорія - залежність від їжі сягає своїм корінням у певний період розвитку дитини, за З. Фрейдом, проблеми упродовж оральної стадії розвитку, як-то раннє припинення грудного годування чи взагалі його відсутність, у дорослому віці найчастіше призводять до залежності від їжі.

- Комплексна теорія - коли розглядається загальний стан фізичного та психічного здоров'я особи та залежність у ній.

Варто також розглянути переїдання як спосіб переживання фрустрації між «Я-ідеальним» і «Я-реальним».

Зауважимо, що залежність від їжі розглядають і в таких підходах:

- біхевіористичному - поведінкова реакція особистості як спосіб самовиявлення, прояв власної поведінки;

- гештальт-підході - визначений особистістю гештальт залежності як обрана стратегія, певний штамп у поведінковій реакції, небажання шукати нові способи поведінки, часто пов'язаний з установками в родині й оточенні;

- організаційному - керування особистістю власними діями та спосіб організації власної діяльності з урахуванням залежності;

Соціально-культурний чинник. У цьому контексті варто розглядати соціально-культурні чинники на рівні суспільства та соціально-культурні чинники на рівні окремої родини. Соціальне налаштування суспільства, згідно якого їжа – це спосіб вирішення проблем, спосіб покращити настрій, успішність визначається споживанням дорогої їжі.

Велике значення відіграє сприйняття їжі, що склалося упродовж тривалого історичного періоду, коли для культури країни характерна велика повага до їжі, їжа часто згадується в казках і прислів'ях, відтак, це також сприяє формуванню культури переїдання.

Масштабні рекламні кампанії фаст-фуду, солодких висококалорійних

напоїв, шоколадних виробів, які асоціюються з успішним життям, поширеність фаст-фуду в кінотеатрах сприяють популяризації нездорової їжі.

Високий темп життя призводить до неможливості вчасного та розміреного прийому їжі. Результатом є не можливість отримувати від їжі справжнього задоволення, їжа на ходу, постійні перекуси все це призводить до переїдання і стає звичкою. Також додавання в їжу підсилювачів смаку викликає бажання з'їсти більше.

Соціальний тиск на рахунок відповідності стандартам краси, які іноді характерні для анорексичного розладу. Стандарти, які не враховують індивідуальні особливості конституції тіла людей. Це призводить до зниження самооцінки на відчуття провини, що викликає ще більше переїдання.

Суттєвий вплив етнокультурних чинників на вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу. Одвічним питанням про цінність харчування стає питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»), врахування ролі харчової поведінки оточуючих для становлення деяких особистісних характеристик, наприклад, гостинність.

Також до цього чинника відносяться наявність культури споживання їжі та харчові звички нації (споживання їжі у визначений час, споживання сезонної висококалорійної їжі, стандарти споживання їжі за один підхід – так звана норма-порція) (Нагорна, 2011). З огляду на істотний вплив на оцінки адекватності харчової поведінки транскультурних особливостей людини, зазначимо, що значущість прийому їжі в різних культурах і у людей різних національностей різна. Так, відповідно до диференційно-аналітичної концепцією Н. Пезешкіана, харчування є однією з основних складових східної психологічної моделі цінностей, в рамках якої виробляється власний образ краси тіла (як правило, привабливіше і здоровіше вважається повний, вгодований чоловік з хорошим апетитом) і відношення до того, як і скільки їсть дитина або дорослий.

Нормальною поведінкою в період стресу розглядається підвищення апетиту і посилене харчування це феномен «заїдання стресу». На рівні побутових відносин оцінка надзвичайної гостинності пов'язана з наданням великої кількості продуктів харчування.

У західній психологічній моделі цінностей харчування, саме по собі, не є цінністю і гостинність не включає процес харчування в обов'язковому порядку. Цінністю виявляється контроль за прийомом їжі, орієнтація на інші стандарти краси та естетики - стрункість, худоба, спортивність на противагу вгодованості в рамках східної моделі.

Соціально-культурний чинник на рівні родини включає ставлення визначеної родини до їжі, сімейні традиції, пов'язані зі споживанням їжі та переїданням, схильність членів родини до адиктивної поведінки тощо. На межі соціального й особистісного чинників знаходяться сімейні звички харчування та сімейна схильність до атипового не систематичного переїдання.

В багатьох сім'ях їжу використовують як винагороду або втіху, заміняють любов та увагу часу їжею, тим самим формуючи у дитини розлад харчової поведінки.

У зв'язку з подібними транскультурними різночитаннями девіантна харчова поведінка в обов'язковому порядку повинно враховувати етнокультурний стереотип харчової поведінки оточення людини.

Висновки до розділу 1

Компульсивне переїдання (або психогенне переїдання) - це найбільш поширений розлад споживання їжі, при якому відбувається неконтрольоване або частково неконтрольоване переїдання, яке приводить до зайвої ваги.

Ознаки компульсивного переїдання прописані у DSM-5:

1. Повторення епізодів переїдання: прийом їжі у визначений період часу, причому ця кількість їжі перевищує ту, яку люди зазвичай споживають

за цей час; а також відчуття втрати контролю у процесі переїдання.

2. Особа їсть швидше, ніж зазвичай; особа їсть, доки не відчуває дискомфорт через переїдання; особа їсть багато їжі, коли не відчуває голоду; особа їсть наодинці, бо ніяковіє через те, як багато вона їсть; особа відчуває до себе відразу, провину, депресію після переїдання.

3. Зазвичай, особа засмучена через те, що вона переїдає.

4. Випадки переїдання спостерігаються щонайменше двічі на тиждень упродовж 6 місяців, або щонайменше один раз на тиждень упродовж 3 місяців.

5. Переїдання не пов'язане з регулярною невідповідною компенсаторною поведінкою.

Порушення харчової поведінки може бути по таким трьом типам: екстернальний, емоціогенний, обмежуючий.

Аналіз різноманітних підходів до переїдання (медичного, психоаналітичного, біхевіористичного, гештальт-підходу, організаційного) показав, що переїдання може мати медичні (наприклад, порушення гормонального балансу), психологічні (стрес, попередні психологічні травми) та соціально-культурні причини.

На основі проведеного аналізу літератури визначено, що компульсивне переїдання вивчено не достатньо, оскільки цей розлад близький до булімії та має складну етіологію і різноманітні причини.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1 Опис методики дослідження

Дослідження були проведені у формі тестування і анкетування.

Вибірку склали жінки та чоловіки віком від 20 до 55 років, обґрунтованість вибірки являється те, що дорослі люди найбільш схильні до даного розладу. Дослідження складалось з 5 етапів:

1. На першому визначалось наявність розладу харчової поведінки. Для визначення наявності розладу харчової поведінки будемо використовувати «Опитувальник харчових переваг - 26» (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського і С.В. Сивухи.

2. На другому з особами у яких виявлено розлад харчової поведінки проводиться анкетування для діагностування саме компульсивного переїдання.

3. На третьому етапі для всієї вибірки проводиться тестування з використанням опитувальника «Копінг стратегії» Лазаруса. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних галузях психічної діяльності, копінг-стратегій.

4. На четвертому етапі проводиться Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (EQ) - це методика розроблена Н. Холлом. Вона призначена для виявлення здатності розуміти емоції у своєму житті та управляти емоційною сферою на основі прийняття рішень.

5. На п'ятому етапі проводиться Тестування на тривожність (Шкала Тейлора) адаптація М.М.Пейсахова, для виміру соматичних, емоційних та поведінкових проявів тривожності. Оскільки високий рівень тривожності може свідчити про низьку самооцінку та як поведінковий прояв компенсуватись у вигляді психогенного переїдання.

2.2 Аналіз методів дослідження

При дослідженні порушення великий інтерес мають дві адаптовані та рестандартизовані на вибірці жителів Республіки Білорусь методики: скринінгова методика Eating Attitudes Test - 26 D.M. Garner (EAT-26) адаптації О.А. Скугаревського та С.В. Сівухи («Опитувальник харчових переваг – 26» або «ОПП-26») та методика Eating Disorder Inventory (EDI) D.M. Garner, M.P. Olmstead та J.P. Polivy в адаптації О.А. Ільчик (адаптований варіант – «Шкала оцінки харчової поведінки» або "ШОПП").

Шкала оцінки харчової поведінки (ШОПП) заснована на семифакторній структурі: «Прагнення до худоби», «Булімія», "Перфекціонізм", «Неефективність», «Незадоволеність тілом», "Недовіра у міжособистісних відносинах", "Інтероцептивна некомпетентність".

Незважаючи на те, що даний тест перекладений, стимульний матеріал та наявні якісні психометричні дані, можливість застосування методики в Україні є дискусійною через питання до релевантності структури конструкту. Отже опитувальник ШОПП не може бути використаний у даній роботі.

Eating Attitudes Test (Тест відношення до прийому їжі, EAT) був розроблений David M.Garner в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 р, в 1982 р тест був модифікований до 26 питань і був названий EAT-26, а в подальшому адаптований О.А. Скугаревским і С.В. Сивухою. Унаслідок високої надійності та валідності результатів, EAT-26 є хорошим інструментом для початкової діагностики (скринінгу) наявності симптомів розладу харчової поведінки. Він дозволяють виявити певні поведінкові симптоми і внутрішні установки, характерні для анорексії, булімії і інших розладів харчової поведінки.

Опитувальник ОПП-26 дозволяє охарактеризувати особливості ПП на підставі чотирьох виділених факторів: «порушення харчової поведінки», «самоконтроль харчової поведінки», «заклопотаність образом тіла» та «соціальний тиск щодо харчової поведінки».

Для осіб у яких було виявлено розлади харчової поведінки було проведено додаткове анкетування. Оскільки психогенне переїдання і булімія нозологічно близькі, необхідно діагностувати саме компульсивне переїдання. Для цього було використано опитування для уточнення наявності саме компульсивного (психогенного) переїдання (Binge-eater), критерії якого описані у DSM-5 та визначається як таке, коли в особи, яка переїдає, спостерігаються (DSM-5 American Psychiatric Association et al., 2013).

«Копінг стратегії» Лазаруса.

Цей опитувальник вважається першою стандартною методикою в галузі вимірювання копінгу. Методика була розроблена Р. Лазарусом та С. Фолкманом у 1988 році, адаптована Т. Л. Крюковою, Є. В. Куфтяк, М. С. Замишляєвою у 2004 році. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних галузях психічної діяльності, копінг-стратегій.

Опитувальник був створений на основі першої методичної розробки Folkman & Lazarus (1980) - опитувальника "Контрольний перелік способів копінгу" (Ways of Coping Checklist - WCC), який складала 68 пунктів-тверджень, сформульованих на основі концептуальних розробок та результатів емпіричних досліджень. Надалі зміст та структура опитувальника піддавалися перегляду та переоцінці. У редакції 1998 року опитувальник містить 66 тверджень, об'єднаних 8 шкал.

У НППНІ ім. Бехтерева у 2004 році методику було перестандартизовано. Вже валідизований варіант із 50 питань був підданий переформулюванню питань, і валідизований на вибірці з 1600 випробуваних – як психічно здорових, так і хворих.

Тест визначає наступні позиції в стратегії подолання важких життєвих ситуацій:

Конфронтація

Стратегія конфронтації передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення

конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій пов'язаних з труднощами. При вираженій перевазі цієї стратегії можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості та конфліктності), ворожість, проблеми планування процесів, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдане завзятість. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, проте при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність та уразливість при вирішенні проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси, справлятися з тривогою у стресогенних умовах.

Позитивні сторони: можливість активного протистояння труднощам та стресогенному впливу.

Негативні сторони: недостатня цілеспрямованість та раціональна обґрунтованість поведінки у проблемній ситуації.

Дистанціювання

Стратегія дистанціювання передбачає спроби подолання негативних переживань зв'язаної з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї. Характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо.

Позитивні сторони: можливість зниження суб'єктивної значущості ситуацій, що важко вирішити, і попередження інтенсивним емоційним реакціям на фрустрацію.

Негативні сторони: можливість знецінення власних переживань, недооцінка значущості та можливостей ефективного подолання проблемних ситуацій.

Самоконтроль

Стратегія самоконтролю передбачає спроби подолання негативних

переживань пов'язаних з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення самовладання. При виразній перевазі стратегії самоконтролю в особистості може спостерігатися прагнення приховувати від оточуючих свої переживання та спонукання зв'язаних з проблемною ситуацією. Часто така поведінка свідчить про страх саморозкриття, надмірну вимогливість до себе, що призводить до надконтролю поведінки.

Позитивні сторони: можливість уникнення емоціогенних імпульсивних вчинків, переважання раціонального підходу до проблемних ситуацій.

Негативні сторони: проблеми вираження переживань, потреб і спонукань пов'язаних з проблемною ситуацією, надконтроль поведінки.

Пошук соціальної підтримки

Стратегія пошуку соціальної підтримки передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Характерними є орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Пошук переважно інформаційної підтримки передбачає звернення за рекомендаціями до експертів та знайомих, які мають з погляду респондента необхідними знаннями. Потреба переважно в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, отримати емпатичну відповідь, поділити з кимось свої переживання. При пошуку переважно дієвої підтримки провідною є потреба у допомозі конкретними діями.

Позитивні сторони: можливість використання зовнішніх ресурсів на вирішення проблемної ситуації.

Негативні сторони: можливість формування залежної позиції та/або надмірних очікувань щодо оточуючих.

Прийняття відповідальності.

Стратегія прийняття відповідальності передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, у ряді

випадків із виразним компонентом самокритики та самозвинувачення. При помірному використанні дана стратегія відбиває прагнення особистості розуміння залежності між власними діями та його наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів у особистих недоліках і помилках. Разом з тим, вираженість даної стратегії у поведінці може призводити до невиправданої самокритики, переживання почуття провини та незадоволеності собою. Зазначені особливості, як відомо, є чинником ризику розвитку депресивних станів.

Позитивні сторони: можливість розуміння особистої ролі виникнення актуальних труднощів.

Негативні сторони: можливість необґрунтованої самокритики та прийняття надмірної відповідальності.

Втеча-уникнення

Стратегія втечі-уникнення передбачає спроби подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування на кшталт ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. При вираженій перевазі стратегії уникнення можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки у стресових ситуаціях: заперечення чи повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності та дій з розв'язання труднощів, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, вживання алкоголю, з метою зниження болісного емоційного напруження. Більшістю дослідників ця стратегія розглядається як не адаптивна, проте ця обставина не виключає її користі в окремих ситуаціях, особливо в короткостроковій перспективі та при гострих стресогенних ситуаціях.

Позитивні сторони: можливість швидкого зниження емоційного напруження ситуації стресу.

Негативні сторони: неможливість вирішення проблеми, ймовірність накопичення труднощів, короткостроковий ефект дій зі зниження емоційного дискомфорту.

Планування вирішення проблеми

Стратегія планування вирішення проблеми передбачає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів. Стратегія розглядається більшістю дослідників як адаптивна, що сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

Позитивні сторони: можливість цілеспрямованого та планомірного вирішення проблемної ситуації.

Негативні сторони: ймовірність надмірної раціональності, недостатньої емоційності, інтуїтивності та спонтанності у поведінці.

Позитивна переоцінка

Стратегія позитивної переоцінки передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляд її як стимулу для особистісного зростання. Характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення їх у ширший контекст роботи особистості над саморозвитком.

Позитивні сторони: можливість позитивного переосмислення проблемної ситуації.

Негативні сторони: ймовірність недооцінки особистістю можливостей ефективного вирішення проблемної ситуації.

Подолання життєвих труднощів, як стверджують автори методики, є когнітивні і поведінкові зусилля індивіда, що постійно змінюються, з метою управління специфічними зовнішніми та (або) внутрішніми вимогами, які оцінюються ним як такі, що піддають його випробуванню або перевищують його ресурси. Завдання подолання негативних життєвих обставин полягає у тому, щоб або подолати труднощі, або зменшити їх негативні наслідки, або уникнути цих труднощів, або витерпіти їх.

Можна визначити поведінку, що влаштовує, як цілеспрямовану

соціальну поведінку, що дозволяє впоратися з важкою життєвою ситуацією (або стресом) способами, адекватними особистісним особливостям і ситуації, - через усвідомлені стратегії дій. Ця свідома поведінка спрямована на активну зміну, перетворення ситуації, що піддається контролю, або пристосування до неї, якщо ситуація не піддається контролю. При такому розумінні воно важливе для соціальної адаптації здорових людей. Його стилі та стратегії розглядаються як окремі елементи свідомої соціальної поведінки, за допомогою яких людина справляється з життєвими труднощами.

Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (EQ) - це методика розроблена Н. Холлом.

Тест на емоційний інтелект сприяє успіху та психічному і фізичному добробуту людини, навіть більше ніж тест на IQ. Також він піддається розвитку на відміну від IQ і його можна розвивати, причому як самостійно, так і за допомогою спеціальних тренінгів. Дана методика дозволить не тільки виявити здібності людини контролювати й розуміти свої емоції, а й вкаже на вміння спілкуватися і розуміти почуття інших людей. З віком EQ сам по собі зростає.

Тест складається з декількох блоків: самосвідомості, саморегуляції, мотивації, емпатії та соціальних навичок. Ці показники можуть змінюватися протягом життя, тому через певний час його варто пройти повторно. Чим вище рівень емоційного інтелекту у людини, тим простіше їй вибудувати відносини з людьми. Особистість з низьким рівнем EQ, як правило, може відчувати почуття дискомфорту в колективі, тому що не розуміє емоцій і настроїв інших людей. Часто, вона не може контролювати свій настрій і поведінку, їй важко налагоджувати контакти, складніше домагатися своїх цілей. Але, якщо володар такого показника прагне до саморозвитку, вчиться взаємодіяти з оточенням, то його EQ буде рости.

Самосвідомість

Цей показник відповідає за рівень усвідомлення своїх емоцій та їх наслідків. При високому показнику людина розуміє, чому вона відчуває ті чи

інші почуття, усвідомлює свої сильні та слабкі сторони, схильна до роздумів, вчиться на своєму досвіді, впевнена в собі та приймає себе.

Саморегуляція

Цей показник відповідає за самоконтроль, і вміння переносити складні життєві ситуації та переживання. Високий показник вказує на те, що людині властиво ясне мислення і самовладання в стресових ситуаціях. Також вона здатна визнавати свої помилки, брати на себе відповідальність і проявляти гнучкість.

Мотивація

Цей показник відповідає за прагнення до самореалізації. Він виражається в орієнтації на результат, пошуку найбільш ефективних способів досягнення мети. Людина з високою мотивацією вміє працювати в групі, не боїться невдач і може піти на виправданий ризик.

Емпатія

Розуміння почуттів інших людей - це шляху до успішної побудови кар'єри. Саме ця навичка є основним для життя в соціумі. Людина з високим показником емпатії вміє слухати, уважна до деталей: міміки та жестам. Вона розуміє емоції й настрої інших людей, проявляє повагу до них, незалежно від їх походження або освіти.

Соціальні навички

Людина з високим показником вміє переконувати та здобувати прихильність інших. При цьому вона здатна йти на компроміс, але і грамотно відстоювати свою позицію. Вона легко знайде спільну мову навіть з «важкими» людьми.

Тестування на тривожність (Шкала Тейлор) адаптація М.М.Пейсахова

Опитувальник «прояви тривожності» – особистісний інструмент. Він розроблений в 1953 році для виміру соматичних, емоційних та поведінкових проявів тривожності американським психологом Джанет Тейлор Спенс.

Базою для складання анкети тесту на тривожність послужив Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник.

Підвищений рівень тривожності може бути як індивідуальною характерологічною особливістю людини, так і маркером визначення порушень її психологічної адаптації в соціумі або наявності ментального розладу (mental disorder).

Шкала тривожності може бути успішно використана для тестування підлітків, дорослих та літніх людей, для дитячого віку вона не адаптована.

Дана методика складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинний відповісти «так» чи «ні». Тестування продовжується 15-30 хв.

Шкала вияву тривоги Тейлора цим і відрізняється. Він відмежовує стрес від тривожності: у стресі є конкретна причина, а тривожність – це відчуття, яке, швидше за все, важко «обґрунтувати». А деякі особи мають високий рівень прояву тривоги, який буквально закладений у характері.

Результатом підвищеної тривожності стають різні не надто приємні психосоматичні прояви (біль у животі, головний біль, пітливість), загальне погане самопочуття, пригнічений настрій, переїдання і як наслідок зайва вага. У деяких випадках таким людям стає складно радіти життю в цілому або якимось подіям зокрема, тому що позитивні емоції затьмарюються внутрішнім страхом. Крім того, хронічно високий рівень тривоги може призвести до неврозів та інших розладів.

Висновки до розділу 2

Для емпіричного вивчення психологічних особливостей осіб з компульсивним переїданням, було використано

1. «Опитувальник харчових переваг - 26» (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського і С.В. Сивухи. для визначення наявності розладу харчової поведінки.

2. З особами у яких виявлено розлад харчової поведінки проводиться анкетування для діагностування саме компульсивного переїдання;

3. Для визначення переважних, способів подолання труднощів, копінг-стратегій використовується опитувальник «Копінг стратегії» Лазаруса.

4. Для виявлення спроможності розуміння власних емоцій, емоцій інших людей та здатність управляти ними використовується Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (Н. Холла)

5. Для виміру тривожності проводиться Тестування на тривожність (Шкала Тейлора) адаптація М.М.Пейсахова.

РОЗДІЛ 3. ХІД ВИКОНАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ

3.1 Хід виконання дослідження

Дослідження було виконано за допомогою соціальних мереж та особисто зі співробітниками ДСНС України.

Під час діагностування розладу харчової поведінки за допомогою тесту ЕАТ-26, який складається з 26 основних тестових - питань. Респондент повинен вибрати одну із запропонованих відповідей, а саме: «завжди» («постійно»), «як правило», «досить часто», «іноді», «рідко» або "ніколи". Відповідаючи на наступні 5 додаткових питань, обстежуваний обирає лише одне із двох запропонованих варіантів відповіді - «так», або «ні».

При проходженні тесту ЕАТ-26, було запропоновано відповісти на питання повністю, чесно, наскільки це можливо. Нагадування: немає відповідей правильних чи неправильних, є тільки чесні, відповідно до Вашого стану та почуттів відповіді на тест.

Інструкція: прочитайте твердження, наведені нижче (додаток А), і в кожному рядку позначте відповідь, що найбільше відповідає Вашій думці. Щоб пройти тест, позначте відповідь. Після закінчення рахуємо суму відповідних їм балів за таким принципом:

- усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються так: «завжди» — 3; "як правило" - 2; "досить часто" - 1; "іноді" - 0; "рідко" - 0; "ніколи" - 0.

- 26-е питання оцінюється наступним чином: "завжди" - 0; "як правило" - 0; "досить часто" - 0; "іноді" - 1; "рідко" - 2; "ніколи" - 3.

Друга частина – контрольна, призначена для конкретизації та оцінки глибини існуючого порушення харчової поведінки у часовому періоді, а саме, за останні 6 місяців. Потрібно відповісти на 5 питань тільки так чи ні.

1. За останні півроку чи траплялося у Вас нестримне об'їдання їжею, у супроводі почуття, що зупинитися Ви не можете?

2. Чи провокували Ви за останні півроку блювання з метою контролю своєї ваги чи поліпшення фігури?

3. За останні півроку ви використовували сечогінні, проносні засоби чи спеціальні дієтичні препарати, щоб контролювати вагу чи вдосконалити фігуру?

4. Чи займалися Ви протягом останніх 6 місяців спортом або фізичними вправами довше 60 хвилин за день з метою вдосконалення фігури або контролю ваги?

5. За останнє півріччя ви скинули 9 чи більше кілограмів?

Проводимо підрахунок балів та інтерпритуємо їх за такими критеріями:

- 0-15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки.
- 16-30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.
- 31-45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.
- 46-60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.
- 61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

При підрахунку відповідей на останні 5 питань, які виявляють симптоми поведінки, властиві харчовим розладам, вважаємо, що 2-3 відповідей "так" дають право вважати, у Вас є психологічні проблеми з відношенням до їжі, а отже розлад харчової поведінки.

Оскільки поняття розлад харчової поведінки не відповідає завданню, необхідно діагностувати саме такий розлад, як компульсивне переїдання. Для цього потрібно провести наступне анкетування, яке допоможе визначити наявність саме компульсивного переїдання.

Респондентам було запропоновано відповісти на 21 питання повністю, чесно, памятаючи, що немає правильних чи неправильних відповідей. (додаток Б)

Інструкція: прочитайте запитання, дайте відповідь:

- на перші 3 запитання необхідно обрати одну відповідь із запропонованих,

- на наступні 4-21 питання потрібно вибрати одне із двох запропонованих варіантів відповіді - «так», або «ні».

Позначте відповідь, що найбільше відповідають Вашій думці і відчуттям. Щоб пройти тест, позначте усі відповіді.

Після закінчення підраховуємо результати. Ознакою компульсивного переїдання являється:

Перше питання - 3 і більше позитивні відповіді на ці питання;

Друге питання - 1 раз на тиждень і більше;

Третє питання - 3, 6 місяці;

Питання 4-21 – будемо вважати, що 7 і більше позитивних відповіді на ці питання говорить про наявність психогенного переїдання.

Визначення наявності чи відсутності компульсивного переїдання у респондента проводимо шляхом зіставлення результатів тесту ЕАТ-26 із відповідями на питання даної анкети.

«Копінг стратегії» Лазаруса

Процедура проведення: випробуваному пропонуються 50 тверджень щодо поведінки у важкій життєвій ситуації. Випробовуваний повинен оцінити як часто дані варіанти поведінки виявляються в нього. Варіанти відповіді: «ніколи»; «рідко»; «іноді»; «часто». (додаток В) Щоб пройти тест, позначте відповідь. Після закінчення рахуємо суму відповідних їм балів за таким принципом:

1. Підраховуємо бали, сумуючи по кожній субшкалі: ніколи – 0 балів;

рідко – 1 бал; іноді – 2 бали; часто - 3 бали

2. Обчислюємо за формулою: $X = \text{сума балів} / \text{max бал} * 100$

Номери опитувальника (по порядку, але різні) працюють на різні шкали. Максимальне значення з питання, яке може набрати випробуваний 3, а з усіх питань субшкали максимально 18 балів, випробуваний набрав 8 балів: $\text{Frac } 8/18 * 100 = 44,4\%$ - це рівень напруги конфронтаційного копінгу.

Ключ

Конфронтаційний копінг – пункти: 2,3,13,21,26,37.

Дистанціювання - пункти: 8,9,11,16,32,35.

Самоконтроль – пункти: 6,10,27,34,44,49,50.

Пошук соціальної підтримки – пункти: 4,14,17,24,33,36.

Прийняття відповідальності – пункти: 5,19,22,42.

Втеча-уникнення - пункти: 7,12,25,31,38,41,46,47.

Планування вирішення проблеми – пункти: 1,20,30,39,40,43.

Позитивна переоцінка – пункти: 15,18,23,28,29,45,48.

Опис субшкал:

Конфронтаційний копінг. Агресивні зусилля щодо зміни ситуації.

Передбачає певний ступінь ворожості та готовності до ризику.

Дистанціювання. Когнітивні зусилля відокремитися від ситуації та зменшити її значущість.

Самоконтроль. Зусилля щодо регулювання своїх почуттів та дій.

Пошук соціальної підтримки. Зусилля у пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.

Ухвалення відповідальності. Визнання своєї ролі у проблемі із супутньою темою спроб її вирішення.

Втеча-уникнення. Мисленне прагнення та поведінкові зусилля, спрямовані на втечу або уникнення проблеми.

Планування розв'язання проблеми. Довільні проблемно-фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до проблеми.

Позитивна переоцінка. Зусилля щодо створення позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір.

Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (EQ) - це методика розроблена Н. Холлом.

Під час тестування на визначення рівня емоційного інтелекту, респонденту будуть запропоновано відповісти на 30 тестових тверджень і варіантів відповідей, з яких потрібно вибрати одну. (додаток Г) Нижче наведені висловлювання, до кожного висловлювання є 5 варіантів відповіді:

«повністю не згоден», «в основному не згоден», «частково не згоден», «частково згоден», «в основному згоден», «повністю згоден». Відповідати необхідно чесно, наскільки це можливо.

Тест складається з 30 тверджень і містить 5 шкал:

- емоційна обізнаність
- управління своїми емоціями
- самомотивація
- емпатія
- управління емоціями інших людей

Після закінчення підраховуємо суму балів по кожній субшкалі за таким принципом:

- повністю не згоден (-3 бали);
- в основному не згоден (-2 бали);
- частково не згоден (-1 бал);
- частково згоден (+1 бал);
- в основному згоден (+2 бали);
- повністю згоден (+3 бали).

Ключ

Шкала 1 (емоційна обізнаність) пункти 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Шкала 2 (управління своїми емоціями) пункти 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Шкала 3 (самомотивація) пункти 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Шкала 4 (емпатія) пункти 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Шкала 5 (управління емоціями інших людей) пункт 12, 15, 24, 26, 27,29

Обробка та інтерпретація результатів: Рівні парціального емоційного інтелекту у відповідності зі знаком результатів: 14 і більше - високий; 8-13 - середній; 7 і менше - низький.

Тестування на тривожність (Шкала Тейлора)

Для визначення рівня тривожності був використаний тест Шкала Тейлора. (додаток Д) Респондентам було запропоновано чесно відповісти на 50 питань

Інструкція проведення тестування: Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

Обробка результаті.

У твердженнях 1-37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 - кількість відповідей «Ні». Рівень тривожності визначається сумою цих показників.

До 15 балів - Низький ступінь

16-20 балів - Середній (з тенденцією до низької) показник

21-23 бали - Середній (з тенденцією до високого) показник.

24-27 балів - Високий рівень

28-50 балів - Дуже високий рівень тривоги

Дуже високий рівень тривоги

Може свідчити про наявність психічних порушень. Суб'єкт відчуває загрозу, відчуває дискомфорт, занепокоєння навіть у тих життєвих ситуаціях, які до цього не передбачають. Він дуже критичний до себе. З'являються труднощі у навчанні, роботі, спілкуванні з людьми, агресія стосовно них. Самостійно людина з цим упоратися не може. Фізичний прояв виражається підвищеною пітливістю, метеоризмом, слабкістю, прискореним диханням і серцебиттям, почервонінням шкіри.

Високий рівень

Особи цієї групи мають високу емоційність, низьку самооцінку. Вони чутливі до критики, бояться висловлювати свою думку та висловлювати почуття. Такі люди гірше працюють у стресових ситуаціях. Вони потребують визнання. Можуть спостерігатись фізичні прояви тривожності. Необхідно навчитися справлятися з напруженими ситуаціями та зберігати самовладання для запобігання розвитку психосоматичних захворювань.

Середній (з тенденцією до високого) показник.

Характеризується спокійним емоційним станом, комунікабельністю, помірною самооцінкою. Це більш відкриті люди, на відміну від тих, у кого висока тривожність. Але вони так само можуть відчувати безпричинне занепокоєння, коли для цього немає видимих причин.

Середній (з тенденцією до низької) показник

Такий індивід має свою думку, вміє її висловлювати і відстоювати. У нього досить висока самооцінка та незалежність поглядів. Спокійно ставиться до критики. Є схильність до лінощів. Переживає в тих випадках, коли для цього дійсно є привід.

Низький рівень

Такі люди можуть здатися бездушними, лінивими та безвідповідальними. Але це завжди так. Вони також здатні відчувати страх і напругу, але тільки в момент, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла.

У природі представники одного виду можуть по-різному справлятися із завданнями виживання. Висока ступінь занепокоєння сильно мотивує особистість, призводячи у них напругу задовго до виникнення небезпеки. Низький рівень дозволяє суб'єкту добре розслабитися, щоб потім мобілізувати всі сили в конкретний момент. Що краще? Кожна лінія поведінки має свої переваги і недоліки. Але якщо вони обидві існують на сьогоднішній день, то виправдовують себе.

3.2 Результати емпіричного дослідження

Під час емпіричного дослідження згідно завдання було проведено відповідні опитування і анкетування на визначення наявності компульсивного переїдання, рівня емоційного інтелекту, переважних копінг стратегій та рівня тривожності, та отримані наступні результати:

На першому етапі дослідження, за допомогою тесту ЕАТ-26 та анкети згідно визначених вище критеріїв було розділено респондентів на дві групи:

30 осіб які мають компульсивне переїдання і 30 осіб з нормальним відношенням до харчування. (табл.3.1)

Таблиця 3.1

Результат дослідження наявності компульсивного переїдання у респондентів.

№	ЕАТ -26	Результати анкетування (ознаки компульсивного переїдання)	№	ЕАТ -26	Результати анкетування (ознаки компульсивного переїдання)
1	40+4	Так	31	36+2	Так
2	31+2	Так	32	39+4	Так
3	2	Ні	33	31+2	Так
4	11+1	Ні	34	2	Ні
5	35+4	Так	35	5	Ні
6	7	Ні	36	31+3	Так
7	31+2	Так	37	12+1	Ні
8	32+3	Так	38	33+2	Так
9	38+3	Так	39	6	Ні
10	3	Ні	40	34+3	Так
11	4	Ні	41	15+1	Ні
12	6	Ні	42	39+4	Так
13	2	Ні	43	9	Ні
14	35+4	Так	44	35+3	Так
15	31+2	Так	45	3	Ні
16	5	Ні	46	0	Ні
17	33+3	Так	47	38+4	Так
18	6	Ні	48	18	Ні
19	36+4	Так	49	31+4	Так
20	9	Ні	50	10	Ні
21	32+4	Так	51	0	Ні
22	45+5	Так	52	0	Ні
23	11	Ні	53	41+3	Так
24	37+3	Так	54	32+4	Так
25	40+4	Так	55	0	Ні
26	0	Ні	56	15+1	Ні
27	7	Ні	57	6	Ні
28	8	Ні	58	33+3	Так
29	36+3	Так	59	36+3	Так
30	8	Ні	60	31+4	Так

Результати другого етапу дослідження «Копінг стратегії» Лазаруса.
(додаток Е, табл.3.2)

На третьому і четвертому етапі визначався рівень емоційного інтелекту
(додаток Ж, табл.3.3) і виміру тривожності (табл.3.4)

Таблиця 3.4

Результати тестування по Шкалі тривожності Тейлора

№ респондента	Рівень тривожності	№ респондента	Рівень тривожності	№ респондента	Рівень тривожності	№ респондента	Рівень тривожності
1	34	16	29	31	16	46	1
2	19	17	20	32	6	47	21
3	27	18	8	33	26	48	24
4	2	19	14	34	10	49	20
5	30	20	14	35	2	50	2
6	11	21	20	36	23	51	17
7	29	22	28	37	23	52	6
8	26	23	40	38	11	53	18
9	39	24	18	39	5	54	28
10	16	25	33	40	16	55	12
11	24	26	16	41	8	56	24
12	2	27	8	42	28	57	2
13	6	28	25	43	7	58	13
14	30	29	45	44	19	59	17
15	19	30	27	45	9	60	26

3.3 Результати розрахунків математичної статистики та їх тлумачення

Підрахунки математичної статистики були зроблені в програмі SPSS, і використано Т критерій Стьюдента.

Згідно з результатами математичної статистики, по критерію тривожності, середнє для групи з компульсивним переїданням середнє $X=23,07$, а для групи осіб які не мають компульсивного переїдання середнє $X=13,57$. Рівень значимості різниці $P=0.000$, так як цей показник $P < 0,05$, тобто різниця між емпіричним і стандартним значенням являються статистично значимі. (табл.3.5) Отже, можна визначити, що особи які

страждають компульсивні переїдання більш тривожні, ніж групи осіб які мають здорове відношення з їжею.

Таблиця 3.5

Тестування на тривожність (Шкала Тейлор)

Статистика групи										
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка			
ступінь тривожності	так			30	23,07	8,457	1,544			
	ні			30	13,57	10,274	1,876			
Критерій для незалежних вибірок										
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двох тороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності	
									Нижня	Верхня
Ступінь тривожності	Передбачаються рівні дисперсії	1,945	,168	3,910	58	,000	9,500	2,430	4,637	14,363
	Не передбачаються рівні дисперсії			3,910	55,932	,000	9,500	2,430	4,633	14,367

Розглянувши показники по копінг стратегій, що обирають групи, які досліджувались ми бачило що суттєва різниця існує тільки по показнику Уникнення і Пошук соціальної підтримки. (додаток Ж, табл.3.6, табл.3.7)

Уникнення - середнє для групи з компульсивним переїданням $X=64,57$, для групи осіб які не мають компульсивного переїдання $X=56,90$. Рівень значимості різниці $P=0.002$,

Копінг стратегія – пошук соціальної підтримки, середнє для групи з компульсивним переїданням $X= 57,10$, а для групи осіб які не мають компульсивного переїдання $X= 49,30$, $P=0,004$ оскільки показники $P < 0,05$, то різниця між емпіричним і стандартним значенням являються статистично значимі. Отже, особи які мають компульсивне переїдання частіше обирають

копінг стратегію уникнення та пошук соціальної підтримки в порівнянні ніж респонденти які не мають розладу харчової поведінки. (рис.1)

Таблиця 3.7

Копінг стратегії Лазаруса.

Статистика групи					
	наявність компульсивного переїдання у респондента	N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка
Конфронтація	так	30	57,57	10,421	1,903
	ні	30	55,97	10,692	1,952
Дистанціювання	так	30	59,30	11,308	2,065
	ні	30	56,57	8,345	1,524
Самоконтроль	так	30	53,57	9,964	1,819
	ні	30	52,90	8,531	1,558
Пошук соц. підтримки	так	30	57,10	10,283	1,877
	ні	30	49,30	9,900	1,807
Прийняття відповідальності	так	30	55,87	8,866	1,619
	ні	30	52,23	8,382	1,530
Уникнення	так	30	64,57	9,409	1,718
	ні	30	56,90	8,495	1,551
Планування рішення	так	30	51,03	10,791	1,970
	ні	30	53,53	9,339	1,705
Позитивна переоцінка	так	30	55,97	9,069	1,656
	ні	30	53,80	9,023	1,647

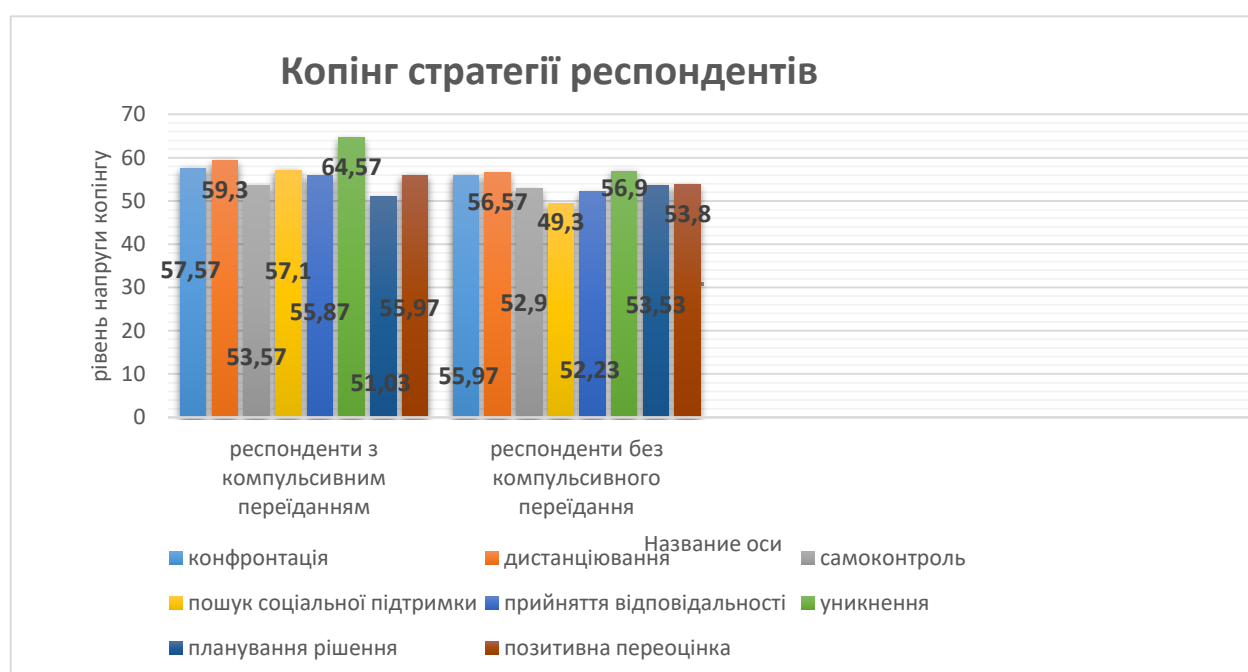


Рис.1 Копінг стратегії респондентів

Згідно з результатами математичної статистики, для критерії емоційна свідомість, середнє для групи з компульсивним переїданням $X=12,23$, а для групи осіб які не мають компульсивного переїдання $X=11,93$. Рівень значимості різниці $P=0.740$, так як цей показник $P>0,05$, то різниця між емпіричним і стандартним значенням являються статистично не значимі. (табл.3.8) Отже, обидві групи не відрізняються за показником «Емоційна свідомість».

Таблиця 3.8

Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла.

Емоційна свідомість

Статистика групи										
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка			
Емоційна свідомість	так			30	12,23	3,081	,563			
	ні			30	11,93	3,841	,701			
Критерій для незалежних виборок										
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності	
									Нижня	Верхня
Емоційна свідомість	Передбачаються рівні дисперсії	3,119	,083	,334	58	,740	,300	,899	-1,500	2,100
	Не передбачаються рівні дисперсії			,334	55,395	,740	,300	,899	-1,501	2,101

Для критерії керування емоціями середнє для групи з компульсивним переїданням $X=8,37$ а для групи осіб які не мають компульсивного переїдання $X=6,53$. Рівень значимості різниці $P=0.04$, так як цей показник $P < 0,05$, то різниця між емпіричним і стандартним значенням являються статистично значимі. (табл.3.9) Отже, особи які не мають компульсивного переїдання здатні керувати своїми емоціями значно краще, ніж група з

розладом харчової поведінки.

Таблиця 3.9

Керуванням емоціями

Статистика групи										
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка			
Керування емоціями	так			30	6,53	2,801	,511			
	ні			30	8,37	3,855	,704			
Критерій для незалежних виборок										
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності	
									Нижня	Верхня
Керування емоціями	Передбачаються рівні дисперсії	1,090	,301	-2,107	58	,039	-1,833	,870	-3,575	-,092
	Не передбачаються рівні дисперсії			-2,107	52,943	,040	-1,833	,870	-3,578	-,088

Згідно з результатами математичної статистики, по критерію емпатія, середнє для групи з компульсивним переїданням $X=11,37$ а для групи осіб які не мають компульсивного переїдання $X=13,43$. Рівень значимості різниці $P=0.036$, так як цей показник $P < 0,05$, то різниця між емпіричним і стандартним значенням являються статистично значимі. (табл.3.10) Отже, можна сказати, що особи які не мають компульсивного переїдання більш емпатичні, ніж особи з компульсивним переїданням.

По показнику здатність керувати емоції інших суттєвої різниці у двох груп не визначено, оскільки $P=0,589$ ($P>0,05$). (табл. 3.11) Отже обидві групи мають однакову здатність керувати емоціями інших людей.

Таблиця 3.10

Емпатія

Статистика групи											
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка				
Емпатія	так			30	11,37	4,545	,830				
	ні			30	13,43	2,582	,471				
Критерій для незалежних вибірок											
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх							
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності		
										Нижня	Верхня
Емпатія	Передбачаються рівні дисперсії	9,652	,003	-2,166	58	,034	-2,067	,954	-3,977	-,156	
	Не передбачаються рівні дисперсії			-2,166	45,957	,036	-2,067	,954	-3,988	-,146	

Таблиця 3.11

Керування емоціями інших

Статистика групи											
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка				
Керування емоціями інших	так			30	11,37	3,873	,707				
	ні			30	11,87	3,224	,589				
Критерій для незалежних вибірок											
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх							
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності		
										Нижня	Верхня
Керування емоціями інших	Передбачаються рівні дисперсії	2,033	,159	-,543	58	,589	-,500	,920	-2,342	1,342	
	Не передбачаються рівні дисперсії			-,543	56,155	,589	-,500	,920	-2,343	1,343	

По показнику здатність до самомотивації суттєвої різниці у двох груп не визначено, оскільки $P=0,128$, так як $P > 0,05$. (табл.3.12)

Таблиця 3.12

Самомотивація										
Статистика групи										
		наявність компульсивного переїдання у респондента		N	Середнє	Станд. відхилення	Станд. середня похибка			
Самомотивація	так			30	9,20	2,999	,548			
	ні			30	10,57	3,812	,696			
Критерій для незалежних вибірок										
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середня-квадратична похибка різності	95% довірительний інтервал для різності	
									Нижня	Верхня
Самомотивація	Передбачаються рівні дисперсії	4,264	,043	-1,543	58	,128	-1,367	,885	-3,139	,406
	Не передбачаються рівні дисперсії			-1,543	54,955	,128	-1,367	,885	-3,141	,408

ВИСНОВОК

Дослідження теми компульсивного переїдання як розладу харчової поведінки виявило, що є необхідність розробки діагностичних стандартизованих методик для визначення цього розладу, оскільки усі адаптовані методики не є інформативними саме для цього розладу. Вони повинні відповідати ознакам прописаних в новітніх класифікаторах хвороб.

Під час дослідження тривожності, за допомогою тесту Тейлора, було виявлено що особи з компульсивним переїданням більш тривожні ніж люди із здоровою харчовою поведінкою.

Проведено тестування на визначення емоційного інтелекту, який визначає: емоційну свідомість, здатність керування своїми емоціями, самосвідомість, емпатію, здатність керування емоціями інших у респондентів. Після чого зроблено висновок, що особи з компульсивним переїданням гірше здатність керувати своїми емоціями і менш емпатичні ніж група без розладу харчової поведінки.

Тест Копінг стратегії Лазаруса показав, що стратегії уникнення та пошук соціальної підтримки частіше обирають люди з компульсивним переїданням.

Отже, з огляду на результат можна сказати, що особи з компульсивним переїданням мають підвищену тривожність, яку вони намагаються «заїсти», після цього тривога посилюється переживаннями з приводу ваги і фігури, що утворює замкнуте коло між їжею і тривогою. Так само впливає і здатності керувати емоціями – під час сильних переживань така особа буде намагатися приглушити інтенсивність дії цих емоцій, отже знову переїдати.

Копінг стратегія уникнення вказує, що можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки у стресових ситуаціях: заперечення чи повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності та дій з розв'язання труднощів, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, вживання алкоголю, з метою зниження болісного емоційного напруження. Це все веде до ймовірності накопичення

труднощів, короткостроковий ефект дій зі зниження емоційного дискомфорту.

Пошук соціальної підтримки може бути як позитивною так і негативною копінг стратегією. Позитивні сторони: можливість використання зовнішніх ресурсів на вирішення проблемної ситуації. Негативні сторони: можливість формування залежної позиції та/або надмірних очікувань щодо оточуючих.

Потреба переважно в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, отримати емпатичну відповідь, поділити з кимось своїми переживаннями. Це також може знижувати емоційну напругу.

Отже, людині з компульсивним переїданням необхідно навчитися розуміти звідки виникає тривога і як знизити її інтенсивність, як впоратись зі своїми емоціями та знаходити вихід із складної життєвої ситуації, а не уникати її.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. — 2015. — 23с.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. неврол. и психиатр. - М. - 2001.- № 12. – 24с.
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. // Нарушения пищевого поведения и коморбидные симптомы при ожирении и методы их коррекции // Журн. неврол. и психиатр. - 2000. - № 12. – 52с.
4. Вознесенская Т. Г. Ожирение // Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М., 2010. — 236с.
5. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. – 2004.– 6с.
6. Вознесенская Т.Г. Церебральные ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование). – Дисс. ...докт. мед. наук. – М. – 1990. – 472 с.
7. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. // Неврология в общесоматической практике под ред. Вейна А.М. - М. - 2001. - Эйдос Медиа. – 301с.
8. Егоров А.Ю. К вопросу о феноменологии пищевых аддикций// Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием. СПб., 2008. – 203с.
9. Звенигородская Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом //Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007; 1: 24. — 2007. — 82с.
10. Зейгарник, Б. В. Основы патопсихологии.Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 367с.

11. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 288 с.
12. Коньшев В.А. Питание и регулирующие системы организма. М., 1985 – 224с.
13. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В. Нервная анорексия. М., 1986 – 102с.
14. Коростелева И.С., Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте проблем алекситимии. // Социальная и клиническая психиатрии. – 1994, № 1. – 36с.
15. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Приступообразное переедание: молекулярная генетика и фармакогенетические подходы.// Журнал неврологии и психиатрии 8, —М., 2016. —108с.
16. Малкина-Пых И.Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда. — М.: Изд-во: Эксмо, 2009 – 136с.
17. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М., 2002. — 1041 с.
18. Марилев В.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. и др. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2006. — №2. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-dlitelnogo-issledovaniya-narusheniy-pischevogo-povedeniya>
19. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
20. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология — М.: МЕДпресс, 2014.- 360 с.
21. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции – нервная анорексия, нервная булимия //Руководство по аддиктологии. – . СПб.: Речь, 2007– 256с.
22. Меннингер К. Война с самим собой. М., 2000 – 478с..

23. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу. - СПб.: Питер, 2013. — 352с.
24. Мешкова Т.А., Николаева Н.О. Исследование пищевого поведения втрехпоколенных семьях московской популяции с помощью скринингового опросника ЕАТ-26 / От экспериментальной биологии к превентивной и интегративной медицине. — Материалы международного междисциплинарного симпозиума. - Судак, Крым, Украина; 17–28 сентября 2007 – 290с.
25. Минабутдинов Ш.Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении: Автореф. дис. канд мед. наук. — М., 1996 - 290.
26. Минирт Ф., Майер П. Наркотик под названием еда. — М., Триада. — 2009. — 364 с.
27. Нардонэ Дж, Вербиц Т, Миланезе Р. В плену у еды. - М.: ЭКСМО,2010. - 282 с.
28. Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. В плену у еды. М., 2010. Журнал «Клиническая и специальная психология» №1 2012
29. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2011, № 1 (11). — 39–49с.
30. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология — 2012. — № 1.
http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49969_full.shtml
31. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2011, № 1 (11). — 39-49с.
32. Пономарева Л. Г. Современные представления о расстройствах пищевого поведения // Молодой ученый. — 2010. — №10. — 276с.
33. Приленская А.В., Приленский Б.Ю. Зависимое пищевое поведение: клиника, система тика и пути коррекции//Сибирский вестник психиатрии и

наркологии. — 2008. — №2. — С.102-105 с.

34. Расстройства пищевого поведения/ Курск: ОАО «ИПП «Курск», 2009. – 200 с.

35. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I). // Бюллетень сибирской медицины. — 2006. — №3. — 61-69 с.

36. Сидоров А.В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением: Автореф. ... канд.псих.наук. — М, 2012. — 26 с.

37. Скугаревский О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения: инструкция по применению / О. А. Скугаревский. — Минск, 2005. — 122 с.

38. Скугаревский О. А. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» / Скугаревский О. А., Ильчик О. А., Сивуха С. В. // Психотерапия и клиническая психология. — 2010. — № 3. — 7 с.

39. Соловьева А.В. Факторы риска нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением // Медицинский альманах. — 2013. — № 6 (30).

40. Сорокман Т.В. Расстройства пищевого поведения как предикторы развития ожирения у детей // Международный эндокринологический журнал. — 2015. — № 5 (69).

41. Суворова М. Как победить пищевую зависимость (Настольная книга толстушки). — М.: Изд-во Эксмо, 2013. — 224 с.

42. Савенков Ю.И. Избыточный вес – угроза здоровью. Барнаул, 1985 – 244 с.

43. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии //Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993 – 73 с.

44. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). — СПб.: Питер, 2008. — 608 с.

45. Черновалова Е.В. Исследование психологических особенностей пищевого поведения у женщин [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://lomonosovmsu.ru/archive/Lomonosov_2007/16/Chernoalova_EV.pdf
46. Appolinario J.C., J. Bacaltchuk, Rosely Sichieri et al. – A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorders.- Arch Gen Psychiatry.-2003.-60.-1109-1116p .
47. The Eating Disorders // Ed. A. James Giannini, Andrew E. Slaby. - 1993. – Springer- Verlag New York Inc. – 283 p.
48. McElroy S.L., Arnold L.M., Shapira N.A. et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorders associated with obesity: a randomized, placebo controlled trial/ Am.J.Psychiatry. 2003; 160: 255-261 p.
49. Rozin P. Towards a Psychology of food choice. - Institut Danone. - 1998. - 265 p.
50. Shachter S. Obesity and eating.- Science.-1968:361:751-756 p.
51. Stunkard A. J. Obesity // In American Psychiatric Association Annual Review. – Eds. Hales R. E., Francis A.I. Vol. 4. - Washington. - DC. - American Psychiatric Press. Inc. - 1985. – 419-442 p.
52. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. - Int. J. Eating Disord. – 1986. - Vol. N. – 2.- 188-204 p.
53. Walsh B.T., Devlin M.J. Eating disorders: progress and problems. Science.1998.- 280.-1387-1390.
54. Wurtman J.J. Carbohydrate craving a disorder of food intake and mood.// The psychobiology of bulimic // Ed. by J.I.Hudson, H.G.Pope. Washington. D.C.A.P.P /1977: 229-239.
55. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition.- Published by the American Psychiatric Association Washington DC. October 1 1996:729-731.
56. Van Strein T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior

57. Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External

58. Eating Behavior // *Int. J. Eat. Disord.*, 1986, vol. 5(2), 295–315 p.

59. Fairburn C., Brownell K. (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. — Guilford press. New York, London, 2003.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЕАТ-26 Тестові твердження

1. Мене дуже лякає думка, що я розповнію.
2. Я утримуюсь від їжі, будучи голодною (голодним)
3. Я постійно думаю про їжу, майже всі мої думки про це.
4. У мене трапляються напади безконтрольного вживання їжі, зупинити себе, під час яких, я просто не можу.
5. Я всю свою їжу розділяю на дрібні шматочки
6. Мені відомо, скільки калорій у їжі, яку я вживаю
7. Я особливо намагаюся утримуватися від їжі, яка містить багато вуглеводів
8. Мені здається, що люди, що оточують мене, хотіли б, щоб я їла (їв) більше
9. Після їжі мене рве
10. Після їжі у мене з'являється загострене почуття провини
11. Я занепокоїна (зайнятий) бажанням схуднути
12. Займаючись спортом, я уявляю, як спалюю калорії
13. Оточуючі вважають, що я занадто худа (худий)
14. Мене дуже турбують думки про жир, що є в моєму тілі
15. Я їм набагато повільніше, ніж інші люди
16. Я ретельно утримуюсь від їжі, яка містить цукор, від будь-яких солодоців
17. Я вживаю дієтичні продукти та готую для себе дієтичні страви
18. Я відчуваю, що «харчові» питання контролюють моє життя
19. Я маю хороший самоконтроль у всьому, що пов'язано з їжею
20. Я відчуваю тиск на себе з боку оточуючих, щоб я їла (ел)
21. Я витрачаю надто багато свого часу на питання, пов'язані з їжею
22. Після того, як я з'їм будь-які солодоці, я відчуваю деякий дискомфорт
23. Я харчуюсь з дотриманням дієти
24. Відчуття порожнього шлунка мені подобається
25. У мене після того, як я поїм, буває імпульсивне бажання вирвати їжу
26. Я отримую задоволення, куштуючи якісь нові страви, смачні страви

Анкета компульсивного переїдання.

1. Які з цих висловлювань стосуються Вас:

- я їм набагато швидше норми
- я їм, поки не відчую, що з'їв (з'їла) зайве
- я вживаю великий об'єм їжі без фізичного почуття голоду
- я зазвичай вживаю їжу на самоті
- я відчуваю почуття відрази, провини, депресії, сорому після

переїдання

2. За остання 3 місяці у вас були епізоди переїдання з втратою контролю, коли відчуваєш, що не можеш зупинитись?:

- 1 раз на день і частіше;
- 1-5 разів на тиждень;
- Раз на місяць;
- Ніколи

3. Протягом якого часу ви помічаєте у себе епізоди переїдання?

- ніколи
- 1 місяць;
- 3 місяця;
- 6 місяців.

4. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви відчуваєте, що трапиться неприємності?

5. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви роздратовані.

6. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Вам немає чим зайнятися.

7. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви засмучені чи подавлені?

8. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Вам самотньо?

9. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Вас хтось підвів?

10. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли хтось чинить перепони Вашим планам?

11. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви відчуваєте напругу чи тривогу?

12. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви відчуваєте злість?

13. Чи виникає у Вас бажання з'їсти, що-небудь, коли Ви налякані?

14. Чи їсте Ви більше ніж зазвичай, коли їжа смачна?

15. Чи їсте Ви більше ніж зазвичай, коли їжа смачно пахне чи апетитно виглядає?

16. Якщо у Вас є щось смачне, Ви з'їсте це негайно?

17. Чи можете Ви зупинитись, коли їжа смачна?

18. Чи їсте Ви більше ніж зазвичай, коли їсте в компанії?

19. Чи думаєте Ви про те, яка у Вас вага, перед тим щоб щось з'їсти?

20. Чи намагаєтесь Ви не їсти по вечорам, так як слідкуєте за своєю вагою?

21. Ви часто використовуєте дієти чи голод ля контролю ваги?

Опитувальник «Копінг стратегії» Лазаруса

Коли Ви опинилися у складній ситуації:

1. Зосереджується на тому, що мені потрібно було робити
2. Починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати: головне - робити хоч що-небудь.
3. Намагався схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку.
4. Говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію.
5. Критикував і картав себе.
6. Намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є.
7. Сподівався на диво.
8. упокорюється з долею: буває, що мені не щастить.
9. Поводився, як ніби нічого не сталося.
10. Намагався не показувати своїх почуттів.
11. Намагався побачити в ситуації і щось позитивне.
12. Спав більше звичайного.
13. Зривав свою досаду на тих, хто спричинив на мене проблеми.
14. Шукав співчуття і розуміння у кого-небудь.
15. У мені виникла потреба виразити себе творчо.
16. Намагався забути все це.
17. Чи звертався за допомогою до фахівців.
18. Змінювався або ріс як особистість в позитивну сторону.
19. Вибачався або намагався все загладити.
20. Складав план дій.
21. Намагався дати якийсь вихід своїм почуттям.
22. Чи розумів, що я сам викликав цю проблему.
23. Набирався досвіду в цій ситуації.
24. Говорив з будь-ким, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.

25. Намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, курінням або ліками.
26. Ризикував відчайдушно.
27. Намагався діяти не надто поспішно, - довіряючи першому пориву.
28. Знаходив нову віру в щось.
29. Знову відкривав для себе щось важливе.
30. Щось міняв так, що все залагоджує.
31. У цілому уникав спілкування з людьми.
32. Чи не допускав це до себе, намагаючись про це особливого не замислюватися.
33. Питав ради у родича або у одного, якого поважав.
34. Намагався, щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи.
35. Відмовлявся сприймати це занадто серйозно.
36. Говорив з кимось про те, що я відчуваю.
37. Стояв на своєму і боровся за те, що хотів.
38. зганяти це на інших людях.
39. Користувався минулим досвідом - мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації.
40. Знав, що треба робити, і подвоював свої зусилля, щоб все налагодити.
41. Відмовлявся вірити, що це дійсно відбулося.
42. Я давав собі обіцянку, що в наступний раз все буде по-іншому.
43. Знаходив пару інших способів вирішення проблеми.
44. Намагався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах.
45. Щось міняв в собі.
46. Хотів, щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося.
47. Представляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися.
48. Молився.
49. прокручувати в голові, що мені сказати або зробити.
50. Думав про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався наслідувати його.

Тест на визначення рівня емоційного інтелекту (Н. Холлом)

Тестовий матеріал

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.
2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.
3. Я спокійний, коли відчуваю тиск з боку.
4. Я здатний спостерігати зміну своїх почуттів.
5. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.
6. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.
7. Я стежу за тим, як я себе почуваю.
8. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми почуттями.
9. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.
10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.
11. Я чутливий до емоційних потреб інших.
12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.
13. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.
14. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.
15. Я адекватно реагую на настрої, спонукання і бажання інших людей.
16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.
17. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативним почуттям і розбираюся, в чому проблема.
18. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.
19. Знання моїх справжніх почуттів важливо для підтримки "хорошої форми".
20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені

відкрито.

21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.

22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.

23. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на те, в чому інші потребують.

24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.

25. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.

26. Я здатний поліпшити настрій інших людей.

27. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.

28. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.

29. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.

30. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

Тестування на тривожність (Шкала Тейлора)

Тестовий матеріал

1. Часто я працюю з великим напруженням.
2. Вночі мені важко заснути.
3. Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах.
4. Мені часто сняться страшні сни.
5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.
6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.
7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші.
8. Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі.
9. Моє здоров'я дуже турбує мене.
10. Часто я відчуваю себе нікому не потрібним.
11. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».
12. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне.
13. Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене.
14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.
16. Навіть у холодні дні я легко пітнію.
17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, Що я не можу всидіти на місці.
18. Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю.
19. Я набагато чутливіший, ніж більшість людей.
20. Я легко бентежусь.
21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.
22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.
23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.
24. Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути.

25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.
27. Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю.
28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі.
29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
30. Чекання завжди нервує мене.
31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.
33. Іноді я засмучуюся через дрібниці.
34. Я легко збудлива людина.
35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
36. У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі.
37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.
38. Найчастіше мої ноги і руки досить теплі.
39. У мене рівний і добрий настрій.
40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.
41. Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним.
42. У мене рідко буває головний біль.
43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке.
44. Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей.
45. Я впевнений у собі.
46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.
47. Я сором'язливий не більше ніж інші.
48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.
49. Практично я ніколи не червонію.
50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

Результати дослідження Копінг стратегії Лазаруса

Таблиця 3.2

№	Копінг стратегії Лазаруса							
	конфронтація	дистанціювання	самоконтроль	Пошук соц. підтримки	Прийняття відповідальності	Втечуння	Планування рішення	Позитивна переоцінка
1	50	46	53	59	61	64	67	58
1.	61	48	43	44	46	65	45	58
2.	64	64	55	47	50	69	49	53
3.	61	61	52	47	50	58	53	56
4.	64	76	52	60	66	78	53	61
5.	50	59	55	52	59	49	62	60
6.	61	67	56	56	52	73	42	47
7.	57	57	60	53	52	64	67	58
8.	70	68	45	68	67	69	68	62
9.	65	53	64	66	66	58	63	72
10	32	60	60	28	48	52	38	42
11	57	60	41	47	43	55	53	50
12	32	53	60	37	39	37	35	50
13	64	76	52	60	66	78	53	61
14	61	48	43	44	46	65	45	58
15	58	48	62	57	62	60	56	61
16	61	67	71	53	52	58	53	53
17	74	58	52	54	58	58	71	64
18	64	70	62	54	54	69	60	72
19	51	60	52	52	58	68	62	46
20	61	67	71	53	52	58	53	53
21	71	76	62	63	62	67	63	56
22	58	52	43	38	54	67	53	50
23	54	60	56	56	70	78	60	72
24	64	61	55	54	66	74	45	58
25	65	53	64	66	66	58	63	72
26	54	74	60	37	61	58	53	64
27	78	61	59	40	56	74	50	56
28	75	65	69	52	60	79	38	58
29	59	78	59	52	61	66	60	58
30	46	46	45	37	43	46	42	42
31	56	60	63	56	56	62	55	76
32	46	46	41	63	39	49	60	64

№	Копінг стратегії Лазаруса							
	конфронтація	дистанціювання	самоконтроль	Пошук соц. підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча уникнення	Планування рішення	Позитивна переоцінка
33	52	45	42	49	39	41	45	41
34	57	60	41	47	43	55	53	50
35	46	50	49	59	66	61	35	39
36	56	49	60	56	48	49	48	51
37	58	58	43	47	46	58	49	50
38	50	48	39	46	44	43	51	40
39	46	46	45	37	43	46	42	42
40	68	43	49	59	39	55	45	42
41	71	76	62	63	62	67	63	56
42	58	57	55	52	46	66	45	46
43	35	65	72	58	39	50	29	46
44	44	41	39	39	52	46	51	57
45	64	64	49	57	54	62	71	58
46	47	51	52	48	51	51	47	55
47	61	50	45	69	57	64	56	58
48	54	64	64	63	57	58	71	61
49	54	53	64	63	48	64	53	67
50	57	60	45	53	48	55	45	61
51	63	55	42	78	56	72	55	65
52	71	76	62	63	62	67	63	56
53	57	46	45	53	66	58	60	47
54	32	60	60	28	48	52	38	42
55	57	60	41	47	43	55	53	50
56	38	61	53	77	58	65	43	42
57	42	52	45	76	62	68	51	57
58	63	35	38	53	64	72	29	46

Результати дослідження Емоційний інтелект.

Таблиця 3.3

№	Емоційний інтелект Холла				
	Емоційна обізнаність	Управління своїми емоціями	Самомотивація	Емпатія	Управління емоціями інших людей
1	12	6	13	13	14
2	12	4	10	12	13
3	13	3	6	11	13
4	11	9	12	12	12
5	10	5	8	18	16
6	18	14	15	14	14
7	14	11	13	14	14
8	15	6	7	18	16
9	18	6	6	18	16
10	17	6	15	18	16
11	12	4	8	14	9
12	8	10	7	14	8
13	8	8	13	9	8
14	11	4	8	18	15
15	12	4	9	12	13
16	17	7	8	14	14
17	12	6	7	6	6
18	18	11	14	15	16
19	12	10	13	13	14
20	9	6	3	7	6
21	11	7	6	6	6
22	11	4	6	12	11
23	9	4	6	13	13
24	14	9	18	17	18
25	12	3	12	7	6
26	17	7	15	18	17
27	13	4	8	13	10
28	13	7	8	10	8
29	6	2	8	4	6
30	14	9	14	12	12
31	15	9	11	13	13
32	7	13	11	13	7
33	15	7	12	18	18
34	8	8	12	12	9

Закінчення таблиці 3.3

№	Емоційний інтелект Холла				
	Емоційна обізнаність	Управління своїми емоціями	Самомотивація	Емпатія	Управління емоціями інших людей
35	8	9	7	14	8
36	7	3	8	11	7
37	15	8	9	14	13
38	7	5	6	8	6
39	9	8	11	14	11
40	15	8	11	13	13
41	6	8	12	18	17
42	11	3	6	12	11
43	10	13	14	12	15
44	13	7	6	6	8
45	8	8	9	12	9
46	13	18	17	18	17
47	13	10	7	8	13
48	6	4	7	11	12
49	15	7	9	5	13
50	18	18	18	16	16
51	17	11	13	14	11
52	13	12	14	12	12
53	16	11	12	3	7
54	11	3	6	12	11
55	11	4	7	14	13
56	11	4	8	14	9
57	8	9	7	14	8
58	15	8	11	13	13
59	8	8	10	12	9
60	17	7	6	6	8

Копінг стратегії

Таблиця 3.6

Критерій для незалежних вибірок										
		Критерій рівності дисперсій Ливиня		t-критерій для рівності середніх						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухстороння)	Середня різниця	Середньоквадратична помилка різності	95% довірительний інтервал для різності	
									Нижня	Верхня
Конфронтація	Передбачаються рівні дисперсії	,429	,515	,587	58	,560	1,600	2,726	-3,856	7,056
	Не передбачаються рівні дисперсії			,587	57,962	,560	1,600	2,726	-3,856	7,056
Дистанціювання	Передбачаються рівні дисперсії	4,266	,043	1,065	58	,291	2,733	2,566	-2,403	7,869
	Не передбачаються рівні дисперсії			1,065	53,360	,292	2,733	2,566	-2,412	7,879
Самоконтроль	Передбачаються рівні дисперсії	,591	,445	,278	58	,782	,667	2,395	-4,127	5,461
	Не передбачаються рівні дисперсії			,278	56,656	,782	,667	2,395	-4,130	5,463
Пошук соц. підтримки	Передбачаються рівні дисперсії	,002	,964	2,993	58	,004	7,800	2,606	2,583	13,017
	Не передбачаються рівні дисперсії			2,993	57,916	,004	7,800	2,606	2,583	13,017
Прийняття_відповідальності	Передбачаються рівні дисперсії	,043	,836	1,631	58	,108	3,633	2,228	-,826	8,092
	Не передбачаються рівні дисперсії			1,631	57,818	,108	3,633	2,228	-,826	8,093
Уникнення	Передбачаються рівні дисперсії	,331	,567	3,313	58	,002	7,667	2,314	3,034	12,299
	Не передбачаються рівні дисперсії			3,313	57,404	,002	7,667	2,314	3,033	12,300
Планування_рішення	Передбачаються рівні дисперсії	1,299	,259	-,959	58	,341	-2,500	2,606	-7,716	2,716
	Не передбачаються рівні дисперсії			-,959	56,830	,341	-2,500	2,606	-7,718	2,718
Позитивна_переоцінка	Передбачаються рівні дисперсії	,402	,529	,928	58	,357	2,167	2,336	-2,508	6,842
	Не передбачаються рівні дисперсії			,928	57,998	,357	2,167	2,336	-2,508	6,842

