

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-231 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія  
Краєвської А.О.  
(прізвище та ініціали)  
Керівники  
к.психол.н., доц.  
Крайніков Е.В.  
д.мед.н.,  
Полшкова С.Г.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

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

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2025**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1 .....</b>	<b>7</b>
<b>ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК.....</b>	<b>7</b>
1.1. Поняття порушень харчової поведінки: визначення, типи, особливості проявів .....	7
1.2. Психологічні чинники розвитку порушень харчової поведінки у жінок.....	18
1.3. Особливості психологічної структури жінок з порушеннями харчової поведінки .....	24
Висновки до розділу 1 .....	29
<b>РОЗДІЛ 2 .....</b>	<b>32</b>
<b>ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ .....</b>	<b>32</b>
2.1. Методологія та методи дослідження .....	32
2.2. Аналіз результатів дослідження: основні психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки .....	36
Висновки до розділу 2.....	51
<b>РОЗДІЛ 3 .....</b>	<b>54</b>
<b>РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК.....</b>	<b>54</b>
3.1. Роль психологічної допомоги та підтримки у корекції харчових розладів .	54
3.2. Методи та техніки психологічного впливу на жінок з порушеннями харчової поведінки .....	61
3.3. Рекомендації для психологів, терапевтів і соціальних працівників .....	81
Висновки до розділу 3.....	91
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>93</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>99</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>110</b>

## Анотація

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню теоретичних і практичних аспектів порушень харчової поведінки у жінок. У першому розділі представлено аналіз наукових підходів до визначення поняття харчових розладів, їх типів (анорексія, булімія, компульсивне переїдання тощо) та особливостей їх прояву. Розглянуто психологічні чинники, що сприяють розвитку таких порушень, зокрема низька самооцінка, соціальні установки щодо зовнішності, тривожність, перфекціонізм. Окрему увагу приділено дослідженню психологічної структури жінок з порушеннями харчової поведінки.

Другий розділ містить опис емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення основних психологічних особливостей жінок, які мають розлади харчової поведінки. Представлено методологічну базу дослідження, вибір методик, аналіз та інтерпретацію результатів.

У третьому розділі запропоновано рекомендації щодо психологічної допомоги жінкам із порушеннями харчової поведінки. Розкрито ефективні методи та техніки психологічного впливу, підкреслено значення міждисциплінарного підходу. Надано практичні поради для психологів, терапевтів та соціальних працівників, які працюють із даною категорією клієнток.

Робота має теоретичну й практичну цінність для фахівців у сфері психології, психотерапії та соціальної роботи.

**Ключові слова:** харчова поведінка, порушення харчової поведінки, анорексія, булімія, компульсивне переїдання, психологічні чинники, жінки.

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Порушення харчової поведінки, такі як нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання, становлять серйозну проблему сучасного суспільства, впливаючи на фізичне і психологічне здоров'я жінок та їхню соціальну адаптацію. За даними Eating Disorders Coalition, ці розлади мають найвищий рівень смертності серед психічних порушень, спричиняючи смерть кожні 62 хвилини. В Україні брак офіційної статистики ускладнює оцінку масштабів проблеми, проте зростання соціокультурного тиску, пов'язаного з ідеалами краси, та психологічних чинників, таких як низька самооцінка, тривожність і перфекціонізм, робить дослідження харчової поведінки жінок надзвичайно актуальним (Григор'єва, 2023; Іванова, 2022). Вивчення типологічних особливостей харчової поведінки жінок із розладами, зокрема через призму рольової віктимності та самооцінки, дозволяє не лише розкрити психологічні механізми цих порушень, а й розробити ефективні стратегії їхньої профілактики та корекції, що підкреслює необхідність подальшого розвитку цього напрямку.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.** Проблема порушень харчової поведінки досліджується в межах клінічної, соціальної та гуманістичної психології, охоплюючи біологічні, психологічні та соціокультурні детермінанти. Теоретичною основою роботи є праці Абсалямової Л.М і Ганзулі А.О. щодо психологічних аспектів харчової поведінки, Гошовської і Д. Гошовського О. про фізіологічні резерви організму, а також Дуки Ю. М., Місюри К.В. та Манської К.Г., які аналізували психологічні чинники розладів. Важливий внесок зробили Марк Коннер і Крістофер Дж. Армітаж, досліджуючи вплив соціального середовища на формування харчових звичок (Conner & Armitage, 2002). У контексті самооцінки ключовими є концепції А. Маслоу про ієрархію потреб і К. Роджерса про співвідношення «Я-реального» та «Я-ідеального» (Маслоу, 1943; Роджерс, 1951). Дослідження Хільди Браш підкреслюють роль ранніх стосунків

між матір'ю та дитиною у формуванні харчових патернів (Браш, 1978). Ці праці забезпечують комплексний підхід до вивчення психологічної структури жінок із розладами харчової поведінки, враховуючи їхню самооцінку, віктимність і соціокультурний контекст.

**Об'єкт дослідження** - харчова поведінка як психологічний феномен.

**Предмет дослідження** - психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки.

**Мета дослідження** - визначити та охарактеризувати психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукову літературу з обраної тематики.
2. Розробити та провести емпіричне дослідження.
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.
4. Розробити та провести програму тренінгу з метою покращення харчової поведінки.

**Методи дослідження:**

1. Теоретичні : аналіз психологічної літератури з обраної теми.
2. Психодіагностичні : психологічне інтерв'ю, опитувальник харчування Eating Questionnaire-A (EDE-Q); Психодіагностичне тестування за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна.
3. Статистичні : метод математичної статистики (Jamovi)
4. Метод психологічної інтервенції.

**Характеристика дослідницької вибірки.** У дослідженні взяли участь 80 жінок віком від 18 до 45 років із діагностованими порушеннями харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання). Вибірка охоплює учасниць із різним рівнем освіти, соціально-економічним статусом і тривалістю симптомів. Усі учасниці надали інформовану згоду на участь.

**Дослідницькі питання:**

1. Який взаємозв'язок між рівнем тривожності (ситуативної та особистісної) та типами харчової поведінки (обмежувальна, емоціогенна, екстернальна) у жінок із розладами харчової поведінки?

2. Як низька самооцінка та незадоволення власним тілом впливають на вираженість компенсаторної поведінки у жінок із нервовою булімією та компульсивним переїданням?

3. Які соціокультурні фактори, зокрема вплив медіа та стандартів краси, мають найбільший вплив на формування патологічних харчових звичок у жінок різного віку?

**Теоретична значущість роботи.** Дослідження розширює наукові уявлення про взаємозв'язок між особистісною та ситуаційною тривожністю та типологічними особливостями харчової поведінки жінок, доповнюючи сучасні концепції психології розладів харчової поведінки. Воно поглиблює розуміння психологічних механізмів, таких як дисморфофобія, низька самооцінка та соціокультурний тиск, що сприяють розвитку розладів. Результати уточнюють теоретичні моделі впливу віктимності на девіантну поведінку, створюючи основу для подальших досліджень у цій сфері.

**Практична значущість роботи.** Результати дослідження можуть бути використані психологами, психотерапевтами та соціальними працівниками для розробки програм психокорекції та профілактики розладів харчової поведінки. Рекомендації, сформульовані на основі емпіричних даних, будуть корисними для роботи в реабілітаційних центрах, психологічних консультаціях і освітніх закладах. Дослідження сприяє підвищенню обізнаності про психологічні чинники розладів і формуванню здорових харчових звичок, що має значення для покращення якості життя жінок із цими порушеннями.

**Структура роботи.** Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (72 позиції) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 118 сторінок, основний обсяг – 95 сторінок.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

### 1.1. Поняття порушень харчової поведінки: визначення, типи, особливості проявів

Харчова поведінка людини, згідно тверджень Абсалямової Л.М., являє собою унікальну систему звичок, пов'язаних із споживанням їжі, яка формується під впливом індивідуальних уподобань, режимів харчування, смаків та гастрономічних традицій. Ця система залежить від комплексу факторів, зокрема сімейних цінностей, що відображають національно-культурні особливості, умов навчання, професійної діяльності, а також біологічних характеристик людини. Упродовж багатьох поколінь у суспільстві, де проживає людина, накопичуються уявлення про норми харчування, стандарти краси та здоров'я, які впливають на її ставлення до їжі. Ці уявлення трансформуються з часом, і не всі з них призводять до негативних чи шкідливих наслідків. Харчові звички формують не лише повсякденну поведінку, а й реакцію на стресові ситуації, відображаючи індивідуальне сприйняття власного тіла та прагнення відповідати певному образу (Абсалямова, 2016).

На думку Гільман А.Ю. життя людини неможливе без надходження поживних речовин, які забезпечують енергію та підтримують пластичні процеси в організмі. На відміну від рослин, люди та вищі тварини не здатні синтезувати необхідні компоненти з неорганічних речовин, тому їжа є єдиним джерелом цих ресурсів. Недостатнє чи нерегулярне споживання їжі може порушити гомеостаз, обмін речовин і загальний стан здоров'я. Для засвоєння білків, жирів, вуглеводів та інших нутрієнтів необхідна їхня попередня обробка травною системою, яка відіграє ключову роль у підтримці життєдіяльності (Гільман, 2024).

У повсякденному житті людина свідомо регулює своє харчування, керуючись відчуттям голоду, апетитом, а також якістю та кількістю їжі. Проте численні фактори, такі як відволікання уваги, негативні емоції чи стрес, можуть перешкоджати адекватному сприйняттю голоду. Апетит, як основа ефективного травлення, відіграє важливу роль у процесі харчування. Історично людство намагалося стимулювати апетит у людей із порушеннями харчування, використовуючи різні підходи, що виходять за рамки базового забезпечення калоріями. Раціон людини включає не лише поживні речовини, а й відображає її спосіб життя, уподобання, культурні особливості та індивідуальні стратегії, сформовані на основі досвіду, знань і мислення (Абсалямова, 2017).

Біологічна потреба в їжі є фізіологічною, але її реалізація залежить від історичних, соціальних і культурних умов, у яких формується людина. Харчові звички виникають у процесі онтогенезу через повторювані дії, які стають автоматичними завдяки соціальному схваленню та частоті виконання. Вони залежать від особистих переконань, економічних можливостей, модних тенденцій, медичних рекомендацій, релігійних норм, а також сімейних і соціальних традицій. Їжа відіграє важливу роль у соціальних взаємодіях, починаючи з дитинства, коли через спільні трапези формуються сімейні зв'язки. Упродовж історії їжа була не лише джерелом поживних речовин, а й інструментом для зміцнення стосунків, святкування подій, укладання ділових угод чи встановлення нових контактів (Абсалямова, 2017).

З психологічної перспективи харчова поведінка розглядається як цілісна діяльність, тісно пов'язана з мотиваційними очікуваннями від споживання їжі. Поняття голоду, апетиту та насичення безпосередньо впливають на частоту, обсяг і якість їжі, яку людина обирає. На думку Дуки Р.В. та Дуки Ю.М. на організацію харчової поведінки молоді впливають як структурні фактори, наприклад зміни в регуляції харчування чи погіршення якості продуктів, так і індивідуальні особливості, такі як мотивація та психологічний стан (Дука & Дука, 2024). Порушення балансу поживних речовин, зокрема дефіцит вітамінів і мінералів, може негативно позначатися на фізичному та інтелектуальному

розвитку, що підкреслює важливість профілактики та корекції харчових звичок із раннього віку (Дука & Дука, 2024).

У сучасному світі дедалі частіше застосовується термін «поведінкова адикція» для опису залежностей, не пов'язаних із хімічними речовинами. Уперше класифікацію нехімічних залежностей запропонував Квін С., включивши до неї азартні ігри, сексуальну залежність, трудовоголізм, шопоголізм, а також порушення харчової поведінки, такі як голодування чи переїдання. Ці стани мають спільні біохімічні механізми, що активують системи винагороди в мозку, викликаючи постійне прагнення до задоволення адикційних потреб (Капталан, 2022). Розлади харчової поведінки, що набули поширення в ХХІ столітті, часто виникають через відхилення від раціональних норм харчування під впливом особистих і соціальних факторів. Люди з такими розладами зазвичай мають слабші психологічні захисні механізми, що робить їх уразливими до стресу. У таких випадках їжа стає інструментом для зниження емоційного дискомфорту, хоча це не вирішує глибинних причин проблеми (Тимофєєва, 2023).

Капталан Н.М. стверджує, що харчова поведінка охоплює сукупність звичок, пов'язаних із прийомом їжі, включаючи смакові вподобання, режими харчування, дієти та емоційні реакції на їжу. Вона формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних і культурних факторів, створюючи складну психологічну систему, де важливим є не лише задоволення фізіологічної потреби, а й сам процес споживання їжі. Цей процес впливає на формування індивідуальних і загальних особливостей харчової поведінки, зокрема гендерних відмінностей. Харчова поведінка відображає ставлення до їжі, її стереотипи в повсякденному житті та під час стресу, а також установки, емоції та звички, які є унікальними для кожної людини. Вона може бути гармонійною, сприяючи здоров'ю, або девіантною, якщо порушує баланс і призводить до негативних наслідків. Це залежить від того, яке місце їжа займає в системі цінностей людини, від кількості та якості споживаної їжі, а також від її мотиваційних установок (Капталан, 2022).

Потреба в їжі є фундаментальною біологічною необхідністю, спрямованою на підтримання гомеостазу в організмі. Споживання їжі забезпечує енергію для життєдіяльності, сприяє утворенню нових клітин і синтезу складних хімічних сполук. Згідно з теорією А. Маслоу, базові біологічні потреби, такі як потреба в їжі, мають бути задоволені на достатньому рівні, перш ніж людина зможе зосередитися на потребах вищого порядку, таких як самореалізація чи соціальне визнання (Місюра & Манська, 2019).

Основною функцією їжі є підтримання життєдіяльності організму через забезпечення його необхідними ресурсами. Проте щоденне харчування часто перевищує мінімально необхідну кількість калорій, що призводить до накопичення надлишкової енергії у вигляді жирових відкладень. Харчова поведінка людини визначається не лише фізіологічними потребами, а й набутими знаннями, переконаннями та індивідуальним досвідом, які формують унікальну систему уявлень про їжу та її споживання. Окрім фізіологічного голоду, значний вплив мають звички, що поступово закріплюються з дитинства через повторювані дії та соціальні впливи (Абсалямова, 2017).

Біологічні потреби формуються залежно від умов життя та особистих особливостей людини, включаючи її життєвий досвід. На харчові звички впливають сімейні традиції, суспільні норми, модні тенденції, медичні рекомендації, економічні можливості та релігійні переконання. Стиль харчування може відображати психоемоційний стан людини, оскільки їжа є не лише фізіологічною, а й емоційною потребою. Для дитини процес насичення асоціюється з почуттям безпеки та любові. У ранньому віці також формується відчуття власності, пов'язане з їжею. Якщо доступ до їжі обмежується, у дитини можуть виникати агресивні імпульси, такі як прагнення силою отримати бажане, що проявляється, наприклад, у кусанні як формі оральної агресії (Абсалямова, 2015).

Незадоволення базових потреб у дитинстві, зокрема через нестачу їжі чи емоційної підтримки, може призвести до порушень розвитку. Наприклад, швидке ковтання їжі без відчуття насичення часто пов'язане з невпевненістю чи

порушенням стосунків із матір'ю. З. Фрейд наголошував, що ставлення матері до дитини, її емоційна присутність і любов мають більше значення, ніж техніка годування. Якщо мати проявляє тривожність, поспіх чи емоційну відстороненість, у дитини може сформуватися амбівалентне ставлення до неї, що поєднує потребу в їжі з несвідомим неприйняттям. Це може спричинити фізіологічні реакції, такі як блювання чи шлункові спазми, і в майбутньому призвести до невротичних розладів (Абсалямова, 2018).

Харчова поведінка з дитинства тісно пов'язана з міжособистісними взаємодіями. Їжа супроводжує людину в різних життєвих подіях – від сімейних свят до ділових зустрічей, формуючи соціальні зв'язки. На смакові вподобання впливають національні, релігійні та регіональні особливості, а також сімейні традиції (Колінько & Весніна, 2020). Таким чином, харчова поведінка задовольняє не лише фізіологічні, а й соціальні та психологічні потреби.

Голод, апетит і насичення є ключовими регуляторами харчової поведінки, визначаючи частоту, кількість і якість споживаної їжі. Голод, як фізіологічний стан, супроводжується неприємними відчуттями, такими як спазми чи порожнеча в шлунку, що сигналізують про потребу в їжі. Цей стан виникає при нестачі поживних речовин або зниженні рівня глюкози в крові. Сигнали голоду передаються в мозок через механорецептори шлунка, а також можуть залежати від зовнішніх факторів, таких як температура довкілля (Колінько & Весніна, 2020). Апетит, на відміну від голоду, є психологічним станом, що спонукає до пошуку їжі для зменшення дискомфорту, навіть якщо фізіологічної потреби немає.

Насичення та ситість є протилежними станами до голоду й апетиту. Насичення спонукає припинити їжу, тоді як ситість тимчасово пригнічує бажання їсти, супроводжуючись відчуттям повноти шлунка та задоволення. Виділяють чотири стадії ситості: сенсорну, когнітивну, постінгестивну (після споживання) та постабсорбтивну (після засвоєння). Оптимальним є припинення їжі до початку засвоєння, оскільки звичка їсти до повного засвоєння може призвести до переїдання та набору ваги (Іском & Никоненко, 2023).

На відміну від тварин, людська харчова поведінка виходить за межі біологічної функції, вирішуючи низку додаткових завдань: зняття емоційної напруги, виконання сімейних чи культурних ритуалів, сприяння спілкуванню, створення атмосфери довіри, отримання задоволення, компенсація незадоволених потреб у любові чи турботі, а також задоволення естетичних уподобань. Їжа може виступати нагородою чи способом заохочення (Абсалямова, 2017).

Харчова поведінка жінок охоплює не лише ставлення до їжі, а й процес її споживання та пов'язані з ним емоції. Її можна класифікувати як адекватну (гармонійну) або неадекватну (патологічну), що проявляється у вигляді нервової анорексії, булімії чи компульсивного переїдання. Розлади харчової поведінки визначаються відхиленням від норми, тоді як нормальна поведінка відповідає фізіологічним і психологічним потребам. На практиці виділяють три основні типи розладів: анорексію, булімію та компульсивне переїдання, кожен із яких має специфічні ознаки та причини (Лембке, 2021).

Анорексія – це серйозне захворювання, що характеризується дисфункцією харчового центру в головному мозку, проявляючись у втраті апетиту та відмові від їжі. Його небезпека зумовлена унікальними особливостями, які ускладнюють діагностику та лікування (Гошовська & Гошовський, 2022). Анорексія має високий рівень смертності – до 20% серед осіб із розладами харчової поведінки. Понад половина летальних випадків пов'язана з самогубствами, тоді як інші спричинені серцевою недостатністю через виснаження організму (Корильчук, 2009).

Приблизно 15% жінок, які захоплюються дієтами та методами схуднення, згодом стикаються з психічними розладами, включаючи анорексію. Найбільш уразливою групою є молодь, зокрема дівчата-підлітки (Столяр, 2024). За етіологією анорексію поділяють на три типи. Невротична анорексія виникає через негативні емоції, що впливають на кору головного мозку. Нейродинамічна анорексія зумовлена сильними больовими подразниками, які пригнічують центр апетиту. Нервово-психічна анорексія, або нервова кахексія,

пов'язана з психічними розладами, такими як нав'язливе прагнення схуднути, тривала депресія чи шизофренія (Гошовська & Гошовський, 2022).

Розвитку анорексії сприяють різноманітні фізіологічні порушення, зокрема дисфункція ендокринної системи, проблеми з травленням, ниркова недостатність, злоякісні пухлини, хронічний біль, метаболічні розлади, стоматологічні захворювання, а також вживання антидепресантів, транквілізаторів чи наркотичних речовин, що впливають на центральну нервову систему (Корильчук, 2009). Статистика вказує, що нервова анорексія найчастіше вражає молодих жінок і підлітків, у яких страх набрати вагу поєднується з низькою самооцінкою. Це призводить до психологічного неприйняття їжі та її уникнення. Анорексія дозволяє позбутися страху втрати привабливості через надмірну вагу, особливо в підлітковому віці, коли дівчата надмірно зосереджені на ідеї схуднення, неадекватно оцінюючи власне тіло та здоров'я. Навіть страждаючи на анорексію, вони можуть сприймати себе як «занадто повних» і продовжувати виснажувати організм (Столяр, 2024).

У деяких випадках дівчата усвідомлюють свій стан, але несвідомий страх перед їжею перешкоджає відновленню нормального харчування. Відмова від їжі призводить до дефіциту поживних речовин, необхідних для роботи внутрішніх органів, зокрема мозку. Це порушує регуляцію апетиту, формуючи замкнене коло, коли організм перестає сигналізувати про потребу в їжі (Племкова & Вальдамірова, 2022). Анорексія є не лише розладом харчової поведінки, а й психосоціальним захворюванням, де відмова від їжі стає способом компенсувати брак позитивних емоцій. Їжа сприймається як джерело психологічних проблем, що штовхає людину до радикального рішення – повного уникнення їжі (Гошовська & Гошовський, 2022).

Булімія, або нервова булімія, є іншим типом розладу харчової поведінки, що характеризується нападами сильного голоду, часто супроводжуваного дискомфортом у шлунку чи слабкістю. При булімії знижується відчуття насичення, що призводить до надмірного споживання їжі (Нижник, 2014). Для цього розладу типові епізоди переїдання, після яких настає компенсаторна

поведінка, наприклад, викликання блювання, голодування, використання проносних чи сечогінних засобів, а також надмірні фізичні навантаження. На думку Нижник А.Є. (Нижник, 2014), булімія є формою залежності від переїдання, коли людина може споживати величезну кількість їжі, іноді до 10–20 прийомів на день. Причиною часто стають стресові ситуації, коли їжа використовується для «заїдання» негативних емоцій чи покращення настрою. Булімія також може бути симптомом ендокринних чи психічних розладів (Нижник, 2014).

Булімія поєднує кілька конфліктів: біологічний (відраза до їжі), територіальний (прагнення контролю), конфлікт голоду чи покинутості, пов'язаний із браком необхідного (Калмикова & Калмиков, 2024). За проявами булімію класифікують як раптові напади переїдання, постійне споживання їжі або нічні епізоди голоду, що змушують їсти вночі (Гошовська & Гошовський, 2022). Важливим фактором є прагнення контролювати вагу, що після переїдання викликає почуття провини, депресію та подальші спроби компенсації.

Анорексія та булімія особливо поширені серед професійних моделей, де до 72% дівчат страждають на ці розлади. Деякі медикаменти можуть провокувати анорексію. Найскладнішим аспектом є те, що багато хворих, подібно до осіб із залежностями, не визнають серйозності свого стану, що ускладнює своєчасне звернення по допомогу. Рання діагностика та втручання значно підвищують шанси на одужання (Гошовська & Гошовський, 2022).

Компульсійне переїдання, також відоме як психогенне переїдання чи гіперфагічна реакція на стрес, є розладом харчової поведінки, що характеризується неконтрольованим споживанням великих обсягів їжі в умовах стресу. Цей стан класифікується як психічний розлад, подібно до анорексії та булімії, і належить до групи порушень, пов'язаних із прийомом їжі (Нижник, 2014). Психогенне переїдання може проявлятися у двох формах: епізодичне помірно переїдання або регулярна імпульсивна обжерливість, яка межує з булімією. На відміну від анорексії чи булімії, компульсійне переїдання не

супроводжується використанням блювотних, проносних засобів чи надмірними фізичними навантаженнями для компенсації нападів (Абсалямова, 2016).

У науковій літературі розглядаються й інші типи розладів харчової поведінки, які ще не отримали однозначної класифікації, але мають власні назви. Нервова ортонорексія характеризується нав'язливим прагненням до «здорового» харчування (Корильчук, 2009). Дранконорексія передбачає заміну їжі алкоголем для контролю ваги. Розлад вибіркового харчування проявляється у свідомій відмові від певних продуктів із обмеженням раціону за довільними критеріями, такими як колір чи тип продукту. Обсесивно-компульсійне переїдання пов'язане з нав'язливими думками про їжу та вагу, що призводять до неконтрольованого споживання їжі. Алотриофагія – це вживання неїстівних речей (крейда, пісок, лід), часто спричинене гормональними порушеннями, дефіцитом поживних речовин чи психічними розладами. Прегорексія спостерігається у вагітних жінок, які продовжують обмежувати харчування, щоб зберегти фігуру, завдаючи шкоди собі та дитині (Огоренко & Кокашинський, 2024).

Розлади харчової поведінки становлять серйозну загрозу для життя, але за умови своєчасного лікування та професійної підтримки можливе повне одужання. Соціальні стереотипи щодо зовнішності людей із такими розладами часто перешкоджають зверненню по допомогу, що погіршує ситуацію (Тимофєєва, 2023). З 2016 року 2 червня відзначається Міжнародний день боротьби з розладами харчової поведінки, спрямований на розвінчання міфів, підвищення обізнаності та підтримку реформ для покращення допомоги постраждалим.

Розлади харчової поведінки, зокрема нервова анорексія, булімія та компульсійне переїдання, є актуальною проблемою через їхні значні медико-соціальні наслідки та найвищий рівень смертності серед психічних розладів. За даними Eating Disorders Coalition кожні 62 хвилини від наслідків цих розладів помирає щонайменше одна людина (Culbert, Racine, & Klump, 2021). Приблизно 30 мільйонів людей різного віку та статі у світі страждають на ці розлади

(Bezsheiko, 2021). Вони притаманні всім етнічним і расовим групам, а факторами ризику є генетична схильність, особистісні риси та вплив середовища. В Україні бракує офіційної статистики щодо поширеності цих розладів (Абсалямова, 2018).

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) (Вострікова, 2024). Вона є офіційною клініко-діагностичною класифікацією, прийнятою в нашій країні, розлади харчової поведінки пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами, які містять (Вострікова, 2024):

6B80 - нервова анорексія: (6B80.00 - нервова анорексія зі значною зниженою вагою; 6B80.00 - патерн обмеження їжі; 6B80.01 - патерн переїдання-очищення; 6B80.1 - нервова анорексія з небезпечною зниженою вагою; 6B80.10 - патерн обмеження їжі; 6B80.11 - патерн переїдання-очищення; 6B80.1Z - неуточнена);

6B81 - Нервова булімія;

6B82 - Патологічне переїдання;

6B83 - Патологічне вибірково-обмежувальне споживання їжі;

6B84 - Піка (не призначені для харчування речовини);

6B85 - патологічне пережовування та зригування;

6B8Y - Інші уточнені розлади харчування та харчової поведінки.

6B8Z - Розлади харчування та харчової поведінки, неуточнені.

Нервова анорексія проявляється через низку специфічних ознак. По-перше, людина прагне постійно знижувати вагу, відмовляючись підтримувати її на мінімально необхідному рівні для своєї вікової групи. По-друге, присутній інтенсивний страх набрати вагу чи стати «товстішим», навіть якщо маса тіла значно нижча за норму; цей страх не зменшується зі схудненням, а лише посилюється. По-третє, характерним є викривлене сприйняття власного тіла, коли вага чи форми надмірно впливають на самооцінку, що відоме як дисморфофобія (Буряк, 2024). По-четверте, якщо анорексія виникає до пубертатного періоду, вона може затримувати появу менструацій, а в період

статевої зрілості значна втрата ваги часто спричиняє аменорею – відсутність менструацій протягом кількох циклів (Гошовська & Гошовський, 2022).

Для нервової булімії характерні інші особливості. Перш за все, це епізоди неконтрольованого переїдання, коли людина споживає велику кількість їжі, не здатна зупинитися (щонайменше двічі на тиждень протягом трьох місяців). Після таких нападів зазвичай слідує компенсаторні дії, спрямовані на усунення «зайвих» калорій, такі як викликання блювання, використання проносних чи сечогінних засобів, а також суворі дієти чи надмірні фізичні навантаження. Ці епізоди супроводжуються сильним почуттям провини та сорому, хоча вага може залишатися в межах норми або бути нижчою за норму (Абсалямова, 2018).

Симптоми дисморфофобії мають багато спільного з анорексією. Підлітки, які страждають від цього розладу, панічно бояться набрати вагу, тому вдаються до крайніх заходів для схуднення, будучи незадоволеними своїм виглядом. Компенсаторна поведінка, наприклад «очищення» організму, призводить до фізіологічних порушень, таких як дисбаланс електролітів, захворювання шлунково-кишкового тракту чи стоматологічні проблеми (Абсалямова, 2018).

Академія розладів харчової поведінки (AED) США виділяє дев'ять ключових фактів про розлади харчової поведінки (РХП). По-перше, багато хворих виглядають здоровими, але мають серйозні проблеми зі здоров'ям. По-друге, сім'я не є причиною РХП, проте родичі можуть відігравати важливу роль у лікуванні. По-третє, РХП суттєво порушують як особисте, так і соціальне життя. По-четверте, ці розлади не є свідомим вибором, а біологічно зумовленими захворюваннями. По-п'яте, РХП можуть виникати у людей будь-якої статі, віку, раси, сексуальної орієнтації чи соціального статусу. По-шосте, вони підвищують ризик суїцидальної поведінки та медичних ускладнень. По-сьоме, у їх розвитку поєднуються генетичні та середовищні фактори. По-восьме, гени не є єдиним визначальним чинником. По-дев'яте, повне одужання можливе за умови ранньої діагностики та належного лікування (Шебанова, 2011).

Часті епізоди переїдання, компенсаторна поведінка чи уникнення їжі зазвичай пов'язані з РХП і тісно асоціюються з негативними емоціями. Значні труднощі в лікуванні цих розладів створюють психологічні реакції, такі як почуття провини, сором і надмірна самокритика, які ускладнюють процес відновлення (Арсенюк & Найчук, 2024).

## **1.2. Психологічні чинники розвитку порушень харчової поведінки у жінок**

Для глибшого розуміння причин виникнення розладів харчової поведінки провідні психологи та психотерапевти аналізують це явище з різних перспектив. Вони виділяють ключові фактори, які підвищують ризик розвитку таких розладів, зокрема соціокультурні, психологічні та біологічні чинники (Калмикова & Калмиков, 2024).

Соціокультурні умови відіграють значну роль у формуванні розладів харчової поведінки, особливо серед жінок. Соціум активно нав'язує ідеали краси через медіа, соціальні мережі та рекламу, просуваючи худорлявість як стандарт привабливості (Кокашинський, 2024). Цей тиск особливо помітний у професійних сферах, таких як спорт, танці, модельний бізнес чи телебачення, де худорлявість часто асоціюється з успіхом, але супроводжується серйозними порушеннями режиму харчування (Писаренко, 2022). Культурні відмінності також впливають на сприйняття ваги: у багатьох суспільствах зайва вага у жінок розглядається як проблема частіше, ніж у чоловіків, що змушує жінок звертатися до психологів із цією проблемою значно частіше. Упереджене ставлення до людей із надмірною вагою створює для них психологічно несприятливе середовище (Дука, 2016).

Сімейне середовище може сприяти розвитку розладів харчової поведінки, особливо якщо в родині присутні нездорові стосунки чи шкідливі звички, наприклад, у одного з членів сім'ї. Традиції, такі як пізні вечері, часті застілля з жирною їжею, вживання фастфуду, алкоголь чи звичка їсти разом, навіть якщо

людина сита, формують нездорові харчові уподобання. У деяких випадках ефективне лікування потребує роботи з усією сім'єю, якщо у її членів також є порушення харчової поведінки (Баєва, 2023).

Психологічні чинники є ще однією важливою причиною. Хільда Браш однією з перших дослідила зв'язок між розладами харчової поведінки та ранніми стосунками між матір'ю та дитиною, які можуть спричиняти когнітивні порушення, що впливають на харчування. Вона розрізняє ефективну та неефективну батьківську поведінку. Ефективною є та, коли батьки годують дитину, реагуючи на її голод, і заспокоюють, коли вона відчуває страх, враховуючи її емоційні та біологічні потреби. Неефективна поведінка полягає в ігноруванні потреб дитини, коли годування чи заспокоєння відбувається за рішенням батьків, що заважає дитині розрізняти голод, ситість чи інші бажання (Шебанова, 2014). Дослідження показують, що люди з розладами харчової поведінки часто не здатні точно визначити, чи відчувають вони голод (Ганзуля & Абсалямова, 2022).

Погіршення настрою також сприяє розвитку розладів. Люди, схильні до депресії, песимізму чи хронічно поганого настрою, частіше страждають на такі порушення. Знижений рівень серотоніну характерний для багатьох із них, і дослідження підтверджують, що особи з булімією часто вживають антидепресанти, що полегшує їхній стан (Карпенко, 2021). Перфекціонізм і прагнення контролювати кожен аспект життя також можуть призводити до розладів. Наприклад, жінка з анорексією може уявляти ідеальне тіло ще худішим, що в крайніх випадках призводить до летальних наслідків. Низька самооцінка та неприйняття власної зовнішності є додатковими факторами, які потребують психологічної роботи для підвищення самооцінки перед корекцією ставлення до їжі (Карпенко, 2021).

Біологічні чинники відіграють ключову роль у порушеннях харчової поведінки. Дослідники вказують на роль гіпоталамуса, який регулює відчуття голоду (латеральний гіпоталамус) та ситості (вентромедіальний гіпоталамус). Ці ділянки, разом із хімічними речовинами, створюють своєрідний «термостат

ваги», що підтримує масу тіла на певному рівні. Якщо вага падає нижче норми, латеральний гіпоталамус активізується, викликаючи голод і знижуючи метаболізм, щоб відновити втрачену масу. При надмірній вазі вентромедіальний гіпоталамус пригнічує голод і прискорює метаболізм для зменшення ваги. Цей механізм частково контролює так звану «встановлену вагу», яку організм прагне підтримувати (Малина & Чиганов, 2019).

Сучасні дослідники підкреслюють, що розлади харчової поведінки необхідно аналізувати з різних перспектив, виділяючи ключові фактори, які підвищують ризик їх розвитку. До основних причин відносять вплив соціуму, що пропагує худорлявість і стигматизує людей із надмірною вагою, сімейні стосунки, включаючи традиції та атмосферу в родині, когнітивні порушення, пов'язані з відсутністю почуття автономії, депресивний настрій і біологічні особливості, зокрема активність гормональної системи (Моргулець & Шаюк, 2024).

Найскладнішим аспектом зміни харчової поведінки є не сам процес трансформації, а її довготривале підтримання. Одноразовий вибір нової харчової звички недостатній; людина мусить постійно переосмислювати свою внутрішню мотивацію до змін, переоцінюючи самооцінку та вплив зовнішнього середовища. Часто потрібно фізично уникати ситуацій, що провокують повернення до старих звичок, активно контролюючи подразники. Люди, які успішно змінюють свою поведінку та підтримують ці зміни, з часом надихають інших до подібних трансформацій, сприяючи позитивним соціальним змінам. Ці процеси, які є лише частиною ширшої картини, ілюструють, чому зміна харчової поведінки є складною, а її стабільне закріплення – ще складнішим. Дослідники виявили фактори, що відрізняють тих, хто здатен змінитися самостійно, від тих, хто цього не може: усвідомлення вразливості до хвороб, пов'язаних із харчуванням, розуміння переваг профілактики, уважність до здоров'я, особисті переконання, мотивація та локус контролю (Абсалямова, 2018).

Самооцінка є однією з центральних тем у психологічних дослідженнях. Особливо в підлітковому та юнацькому віці вона тісно пов'язана з формуванням образу тіла та схильністю до перфекціонізму. Низька самооцінка часто корелює з незадоволеністю тілом і сприяє патологічній харчовій поведінці, спрямованій на контроль ваги (Тимофєєва, 2023). Досліджень, які б детально аналізували зв'язок між розладами харчової поведінки та особистісними особливостями жінок від підліткового до молодого віку, все ще недостатньо. Проте психологи наголошують, що самооцінка має найбільший вплив на харчову поведінку саме в молодому віці, хоча її значення зберігається і для старших жінок, що підтверджується тестуваннями, які оцінюють рівень самооцінки та її вплив незалежно від віку (Нижник, 2014).

Ще в 1943 році Абрахам Маслоу у своїй «Теорії людської мотивації» зазначав, що більшість людей (за винятком патологічних випадків) прагнуть стабільної та високої самооцінки, самоповаги та визнання з боку інших (Bezsheiko, 2021). Ставлення до себе є основою для особистісного розвитку, а впевненість у власних силах закладає фундамент для зростання. Самооцінка суттєво впливає на задоволеність життям, хоча сила цього зв'язку залежить від культурного контексту. Водночас низька самооцінка є одним із ключових факторів ризику депресії (Bezsheiko, 2021).

Маслоу та іншим гуманістичним психологам, зокрема Карлу Роджерсу, приписують сприяння так званому «руху за самооцінку» в США, який досяг піку в 1980–1990-х роках. Цей рух стверджував, що висока самооцінка є вирішенням усіх життєвих проблем. Для подолання розладів харчової поведінки часто рекомендують починати з роботи над самооцінкою, хоча, як зазначають дослідники, проблема полягає не стільки в самій самооцінці, скільки в її надмірному прагненні (Абсалямова, 2017). Самооцінка відображає, як людина оцінює себе, свої дії, можливості та здатність проявляти себе в соціумі.

Самооцінка регулює поведінку людини, впливаючи на те, як вона сприймає свої успіхи та невдачі, взаємодіє з іншими, реалізує себе в роботі та

розкриває свій потенціал. Вона формується двома шляхами: через зіставлення власних амбіцій із досягнутими результатами та порівняння себе з іншими. Самооцінка динамічно змінюється під впливом життєвих обставин. У психології виділяють глобальну (загальну) та часткову (оцінка окремих якостей) самооцінку, а також адекватну та неадекватну. Неадекватна самооцінка може бути завищеною або заниженою, особливо коли людина порівнює себе з недосяжним «ідеалом» (Колінько & Весніна, 2020).

Для формування об'єктивної самооцінки необхідні спостережливість, життєвий досвід, самопізнання, самоосвіта та здорові стосунки в сім'ї й колективі. Дослідження показують, що люди з розладами харчової поведінки часто мають неадекватно низьку самооцінку, схильні бачити негатив у своїх діях і якостях. Порівняння з іншими знижує їхню самооцінку ще більше, зменшуючи мотивацію до перегляду ставлення до їжі (Колінько & Весніна, 2020).

Психологи рекомендують дотримуватися певних принципів для роботи над самооцінкою, щоб сприяти її гармонійному розвитку (Писаренко, 2022). По-перше, варто зосереджуватися на виявленні та розвитку позитивних рис, адже негативним є не те, що відбувається з людиною, а те, як вона це інтерпретує. По-друге, самооцінку слід формувати поступово, обираючи одну сферу діяльності для початку, замість того, щоб одразу змінювати, наприклад, харчову поведінку. По-третє, корисно порівняти власну самооцінку з оцінкою оточуючих, щоб виявити розбіжності. По-четверте, необхідно виховувати вимогливість до себе та прагнення до самовдосконалення, визначивши умовний «еталон» для розвитку. По-п'яте, важливо працювати над самопізнанням, самовихованням і розвитком емоційного інтелекту.

І.С. Кон виділяє три ключові компоненти, що впливають на самооцінку (Ганзуля, 2022). Когнітивний компонент відображає уявлення людини про себе та своє місце в суспільстві, включаючи задоволеність своїм статусом, інтелектом і соціальною роллю порівняно з іншими. Емоційно-оцінний компонент показує, наскільки людина здатна впливати на свою групу та бути

авторитетною. Суспільно-поведінковий компонент проявляється у двох крайнощах: бажанні домінувати, бути лідером і мати переваги або, навпаки, уникати відповідальності, залишатися непомітним і триматися осторонь у колективі.

Формування самооцінки базується на трьох основних аспектах (Абсаямова, 2018). Перший аспект, запропонований Карлом Роджерсом у рамках гуманістичного підходу, полягає у зіставленні «Я-реального» (як людина сприймає себе) з «Я-ідеальним» (ким би вона хотіла бути). Роджерс стверджує, що основою особистості є потреба у самоприйнятті та схваленні, які забезпечує самооцінка. Людина з високою самооцінкою здатна наблизитися до «Я-ідеального», тоді як значна розбіжність між цими образами свідчить про низьку самооцінку. Дослідження Т. Страумена 1992 року у Вісконсинському університеті підтвердили, що студенти з великим розривом між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» відчували підвищену тривожність (Шопша & Нагорна, 2021). Невеликий розрив між цими образами є нормальним, якщо «Я-ідеальне» досягне, але значна розбіжність знижує самооцінку, викликаючи депресію, труднощі в адаптації та перешкоди в досягненнях. Люди з високою самооцінкою зосереджуються на успіхах, тоді як низька самооцінка змушує акцентувати увагу на недоліках (Шопша & Нагорна, 2021).

Другий аспект стосується сприйняття успіху через власну призму. Людина відчуває задоволення не просто від якісного виконання справи, а від того, що обрала саме цю діяльність і досягла в ній успіху (Bezsheiko, 2021). Неконгруентність між уявленням про себе та реальними діями, думками чи почуттями призводить до викривленого самосприйняття. Наприклад, жінка з надмірною вагою може стверджувати, що її зовнішність їй байдужа, але, порівнюючи себе з худорлявими подругами, відчуває заздрість, депресію чи агресію. Це знижує її самооцінку, роблячи її неадекватною, і породжує внутрішній конфлікт. Успішні зміни у сфері ваги, яка часто є значущою для жінок, можуть сприяти формуванню адекватної самооцінки, так само як самооцінка впливає на вирішення питань харчової поведінки (Bezsheiko, 2021).

Третій аспект пов'язаний із формуванням самооцінки на основі уявлень про те, як людину оцінюють оточуючі. У дитинстві батьки, вчителі та вихователі формують уявлення про «Я-образ» через схвалення чи покарання, вказуючи, чи відповідають дії дитини соціальним нормам. Незадовільні внутрішні відчуття, що суперечать позитивному «Я-образу», часто витісняються, щоб не заважати розвитку. Карл Роджерс наголошує, що для позитивної самооцінки необхідно усвідомлювати й приймати всі свої почуття та досвід, що дозволяє сприймати себе справжнім, водночас прагнучи до кращого (Палладіна, 2021). Люди докладають зусиль, щоб справити гарне враження, бути визнаними в соціумі, хоча оцінки інших є суб'єктивними.

Для підвищення самооцінки рекомендують такі кроки: виявити причини неадекватної самооцінки, надати людині емоційну підтримку, визнаючи її значущість у суспільстві, відзначити її досягнення в різних сферах і допомогти вирішити внутрішні конфлікти. Щоб подолати неадекватну самооцінку, необхідно: не уникати проблем, а вирішувати їх, сприймаючи труднощі реалістично; зосереджуватися на успіхах; уникати залежності від схвалення інших, оскільки це перешкоджає самоактуалізації; реалізовувати свій потенціал; обирати діяльність, яка приносить задоволення та сприяє вирішенню внутрішніх протиріч (Кульчицька & Федотова, 2020).

### **1.3. Особливості психологічної структури жінок з порушеннями харчової поведінки**

Жінки з порушеннями харчової поведінки, такими як анорексія, булімія та компульсивне переїдання, мають характерні психологічні особливості, які визначають їхнє ставлення до себе, їжі та власного тіла. Одним із найважливіших аспектів у розумінні цих розладів є низька самооцінка та порушення самоідентифікації, що впливають на сприйняття власного тіла, емоційний стан та поведінку.

Самооцінка жінок з порушеннями харчової поведінки, як правило, значно занижена. Вона базується на негативному сприйнятті себе, своєї зовнішності та соціальної цінності. Самооцінка часто залежить від параметрів тіла та ваги, які стають основними критеріями оцінки власної особистості. Це викривлене сприйняття власного тіла призводить до незадоволення своїм виглядом навіть при нормальній вазі. Жінки можуть вважати себе "товстими" або непривабливими, навіть якщо об'єктивні показники свідчать про протилежне. Цей когнітивний викривлений погляд називають дисморфофобією – станом, коли людина надмірно фокусується на недоліках свого тіла, які інші не помічають або вважають незначними (Балагурак, 2022).

Важливо зазначити, що низька самооцінка у жінок з розладами харчової поведінки часто формується в дитинстві та підлітковому віці, під впливом критичних коментарів щодо зовнішності з боку батьків, однолітків або через вплив соціальних стандартів краси. Негативний досвід взаємодії з оточенням закладає основи негативного сприйняття свого тіла, що надалі проявляється у патологічному прагненні контролювати вагу та зовнішній вигляд. Багато жінок з порушеннями харчової поведінки переживають сильне відчуття сорому та провини за свою вагу, що ще більше знижує самооцінку та посилює розлади.

Порушення самоідентифікації є важливим психологічним чинником у розвитку порушень харчової поведінки. Самоідентифікація включає усвідомлення власної особистості, цілей, цінностей та ролі в суспільстві. Жінки з розладами харчової поведінки часто мають розмиті або нестабільні уявлення про себе, вони надмірно зосереджені на зовнішності як на головному аспекті своєї особистісної ідентичності. Це означає, що жінки оцінюють свою цінність і значущість через призму ваги та зовнішнього вигляду, а не через особистісні якості, досягнення або соціальні ролі.

Для жінок з анорексією характерним є надмірне прагнення до контролю та самодисципліни, яке стає основою їхньої самоідентифікації. Вони часто сприймають контроль над їжею як єдину сферу життя, де вони можуть відчувати владу та досягати успіху, особливо якщо інші аспекти життя

здаються їм неконтрольованими або нестабільними. Їжа стає символом самоконтролю, а обмеження харчування – способом підвищення самооцінки через досягнення своїх ідеалів. Таким чином, порушення харчової поведінки стає частиною самоідентифікації жінки, і відмова від нього сприймається як втрата частини себе (Корильчук, 2024).

Жінки з булімією мають схожі проблеми із самооцінкою, але їхня самоідентифікація часто включає суперечливі установки. З одного боку, вони прагнуть контролювати свою вагу та зовнішність, з іншого – стикаються з епізодами переїдання, які викликають сильне почуття провини та сорому. Це створює замкнене коло, в якому жінки відчувають себе невдахами через неможливість досягти ідеалів самоконтролю, що ще більше знижує самооцінку. Булімічні епізоди стають способом тимчасового полегшення емоційної напруги, але водночас підривають уявлення про себе як про сильну та контрольовану особистість.

У випадку з компульсивним переїданням жінки часто стикаються з відсутністю стабільної самоідентифікації та мають значні проблеми з регуляцією емоцій. Самооцінка цих жінок надзвичайно залежить від реакцій оточення та власних переконань щодо своєї ваги та зовнішності. Компульсивне переїдання зазвичай використовується як механізм уникнення негативних емоцій та спроба заповнити емоційну порожнечу, що, своєю чергою, погіршує сприйняття себе та знижує самооцінку.

Соціальні порівняння та вплив медіа також відіграють значну роль у формуванні негативної самооцінки та самоідентифікації жінок з порушеннями харчової поведінки. Жінки часто порівнюють себе з ідеалізованими образами, які пропагуються в медіа та соціальних мережах, що створює викривлене уявлення про те, як вони повинні виглядати. Постійні порівняння з іншими підсилюють відчуття неповноцінності та знижують задоволення собою, що є основою для розвитку низької самооцінки та порушень самоідентифікації (Никоненко & Іском, 2023).

Таким чином, низька самооцінка та порушення самоідентифікації є ключовими психологічними особливостями жінок з розладами харчової поведінки. Вони сприяють формуванню патологічних установок щодо свого тіла, поведінкових звичок та викривленого сприйняття себе. Це підкреслює важливість психотерапії та роботи з особистісними аспектами для корекції харчової поведінки та відновлення здорового сприйняття власного тіла і самооцінки.

Тривожність та депресія є одними з найпоширеніших психологічних розладів, які мають тісний зв'язок із порушеннями харчової поведінки у жінок. Вони не лише виступають як фактори ризику для розвитку розладів харчової поведінки, але й можуть бути наслідком тривалих порушень у харчуванні, створюючи замкнене коло негативного впливу на психічне та фізичне здоров'я.

Тривожність – це емоційний стан, що характеризується підвищеним почуттям неспокою, напруженості та страху. Жінки з порушеннями харчової поведінки часто відчують підвищену тривожність, яка може проявлятися у вигляді генералізованого тривожного розладу, соціальної тривожності або панічних атак. Тривожність може виникати через сильний страх перед набором ваги, невідповідністю соціальним стандартам краси або через неспроможність контролювати свою поведінку під час епізодів переїдання (Гошовська & Гошовський, 2022).

Для жінок з анорексією тривожність часто пов'язана з прагненням досягти абсолютного контролю над власним тілом та харчуванням. Їм властива нав'язлива потреба контролювати кожен аспект свого життя, зокрема споживання їжі, що стає способом зниження тривоги. Однак, ця спроба контролю зазвичай лише посилює тривожний стан, оскільки обмеження харчування призводить до фізичних та емоційних наслідків, таких як дратівливість, напруженість та розлади сну.

У випадку булімії тривожність пов'язана з епізодами неконтрольованого переїдання, після яких жінка відчуває сильний страх перед можливим набором ваги. Це призводить до компенсаторних дій, таких як викликання блювоти або

використання проносних засобів, що тимчасово знижує рівень тривоги. Проте ці дії підсилюють цикл тривожності, сорому та почуття провини, що ще більше погіршує емоційний стан. Постійна боротьба з власними нав'язливими думками щодо ваги та їжі створює хронічний стрес, який підвищує загальний рівень тривожності.

Депресивні стани є ще одним частим супутнім розладом у жінок з порушеннями харчової поведінки. Депресія характеризується стійким почуттям смутку, безнадійності, втоми, втрати інтересу до життя та зниженням енергії. Вона часто є наслідком тривалих проблем із харчуванням, коли жінки відчувають хронічне незадоволення собою, своєю зовнішністю та власним життям.

Жінки з анорексією часто стикаються з депресією через фізичне виснаження, яке викликане екстремальним обмеженням харчування. Низький рівень енергії, анемія та гормональні зміни можуть значно впливати на емоційний стан, поглиблюючи почуття безвиході. До того ж, постійна самокритика та спотворене сприйняття свого тіла можуть створювати відчуття власної нікчемності та ізоляції від суспільства, що підсилює депресивний стан.

Булімія також тісно пов'язана з депресією, особливо через часті епізоди переїдання, які викликають почуття провини та сорому. Жінки з булімією часто відчувають відчуття власної нездатності контролювати свою поведінку, що призводить до втрати віри у власну силу волі та посилює депресивні симптоми. Циклічність переїдання та компенсаторних дій сприяє виснаженню організму та погіршенню настрою, створюючи відчуття емоційної нестабільності та безвиході (Корильчук, 2009).

Компульсивне переїдання є ще одним типом порушення харчової поведінки, яке тісно пов'язане з депресією та тривожністю. Жінки з цим розладом часто використовують їжу як спосіб справлятися з негативними емоціями та стресом, намагаючись таким чином тимчасово поліпшити свій емоційний стан. Однак після епізодів переїдання вони часто відчувають глибоке почуття провини та сорому, що підсилює депресивні симптоми.

Постійне незадоволення своїм тілом та невміння контролювати свою поведінку під час переїдання створює додатковий стрес, що поглиблює тривожний та депресивний стан.

Існує також біологічний зв'язок між депресією, тривожністю та порушеннями харчової поведінки, пов'язаний зі змінами у функціонуванні нейромедіаторних систем. Зокрема, серотонін та допамін, які відповідають за регуляцію настрою, апетиту та задоволення, можуть бути дисбалансованими у жінок з харчовими розладами. Низький рівень серотоніну асоціюється з депресією та підвищеним рівнем тривоги, що може сприяти порушенням харчової поведінки, оскільки жінки намагаються регулювати свій емоційний стан через обмеження їжі або переїдання.

Психологічні проблеми, такі як тривожність та депресія, створюють замкнене коло, у якому порушення харчової поведінки стають як причиною, так і наслідком погіршення психічного стану. Жінки можуть відчувати тимчасове полегшення після обмеження їжі чи переїдання, але згодом ці дії лише поглиблюють емоційний дистрес, сприяючи розвитку більш серйозних розладів.

Отже, тривожність та депресивні стани є не лише супутніми розладами, а й важливими тригерами, що сприяють розвитку та підтримці порушень харчової поведінки у жінок. Це підкреслює необхідність всебічного підходу до лікування, який включає не лише корекцію харчових звичок, а й роботу з емоційним станом, управління стресом та підвищення самооцінки.

## **Висновки до розділу 1**

Здійснено теоретичний аналіз проблеми порушень харчової поведінки у жінок. Було з'ясовано, що порушення харчової поведінки є складними мультифакторними психосоматичними розладами, які виникають в результаті взаємодії низки біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Зокрема, йдеться про такі форми розладів, як нервова анорексія, нервова

булімія, компульсивне переїдання, орторексія, а також інші поведінкові прояви, що свідчать про нездорове ставлення до їжі, тіла та власної зовнішності.

Окрему увагу в роботі приділено аналізу психологічних чинників, які обумовлюють схильність жінок до формування деструктивної харчової поведінки. До таких чинників, зокрема, належить занижена самооцінка, емоційна нестабільність, хронічна тривожність, депресивні симптоми, невдоволення власним тілом, порушення ідентичності, а також наявність негативного дитячого досвіду, зокрема травматичних подій або порушених стосунків у родині. Показано, що ці чинники часто стають основою для формування компульсивних моделей поведінки, де їжа використовується як засіб регуляції емоційного стану або самопокарання.

У роботі також розкрито роль соціокультурних чинників, зокрема впливу медіа, індустрії моди, соціальних мереж та популяризації вузьких стандартів краси. Увагу звернено на те, що сучасне медійне середовище формує спотворене уявлення про «ідеальне» жіноче тіло, що спричиняє внутрішній конфлікт, фрустрацію, посилення тривожності та розвиток залежної поведінки, спрямованої на досягнення зовнішніх еталонів.

Значущим аспектом теоретичного аналізу є також вивчення біологічних передумов харчових розладів, які включають генетичну схильність, порушення роботи нейромедіаторних систем (серотонін, дофамін, норадреналін), а також зміни у функціонуванні гіпоталамусу, відповідального за регуляцію голоду та насичення. Таким чином, підтверджується думка про біопсихосоціальну природу даних порушень.

Отже, можна зробити висновок, що порушення харчової поведінки у жінок мають глибоке багатовимірне підґрунтя, що охоплює внутрішньоособистісні, міжособистісні, культурні та біологічні рівні. Зрозуміло, що подібні порушення не можна розглядати лише як поверхневу поведінкову проблему – вони є результатом складної системної дезадаптації, яка потребує комплексної психодіагностики, індивідуалізованого підходу до

корекції, а також створення безпечного середовища, де жінка могла б відновити свою ідентичність, контакт із тілом і відчуття контролю над життям.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

#### 2.1. Методологія та методи дослідження

Мета емпіричного дослідження полягає у визначенні та характеристиці психологічних особливостей жінок з порушеннями харчової поведінки, а також в обґрунтуванні взаємозв'язку цих особливостей із соціокультурними та індивідуально-психологічними чинниками, що впливають на розвиток та перебіг харчових розладів. Вибір такої мети обумовлений актуальністю проблеми порушень харчової поведінки у сучасному суспільстві, де значний вплив на жінок мають медіа, культурні стандарти краси та підвищений соціальний тиск щодо зовнішнього вигляду.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані завдання дослідження, що охоплюють як теоретичні, так і практичні аспекти проблеми. Першим завданням є вивчення теоретичних підходів до дослідження порушень харчової поведінки у жінок. Це передбачає аналіз наукової літератури з питань психопатології харчових розладів, зокрема розгляду основних моделей розвитку анорексії, булімії та компульсивного переїдання, а також аналізу факторів, які впливають на формування цих розладів, таких як біологічні, психологічні та соціокультурні чинники.

Наступним завданням є виявлення основних психологічних особливостей жінок з розладами харчової поведінки, зокрема їхнього рівня тривожності, самооцінки та ставлення до власного тіла. Цей етап дослідження спрямований на детальний аналіз емоційних та когнітивних характеристик жінок з порушеннями харчової поведінки, оскільки саме ці особливості можуть виступати ключовими факторами ризику для розвитку розладів. Зокрема, важливо дослідити, як рівень тривожності та низька самооцінка впливають на сприйняття свого тіла та харчову поведінку жінок.

Третім завданням є встановлення зв'язків між індивідуально-психологічними характеристиками та соціокультурними факторами у жінок з порушеннями харчової поведінки. Це завдання передбачає використання кореляційного аналізу для визначення, як саме соціальні впливи, такі як стандарти краси, культурні установки та медіа, впливають на психологічний стан жінок, що може спричиняти патологічну харчову поведінку. Важливо дослідити, яким чином соціальний тиск та порівняння себе з ідеалізованими образами можуть погіршувати стан жінок з низькою самооцінкою та високим рівнем тривожності.

Останнім завданням дослідження є обґрунтування практичних рекомендацій для психологічної підтримки жінок з розладами харчової поведінки. На основі отриманих даних планується розробити рекомендації для фахівців у сфері психотерапії та консультативної психології щодо ефективних методів роботи з такими пацієнтками, враховуючи їхні індивідуальні психологічні та соціокультурні особливості.

Методика емпіричного дослідження включає застосування як теоретичних, так і емпіричних методів. На початковому етапі дослідження проводиться теоретичний аналіз наукової літератури, що дозволяє окреслити сучасний стан проблеми, визначити основні теоретичні підходи та обґрунтувати вибір досліджуваних змінних. Наступним етапом є анкетування, для якого обрано стандартизований опитувальник харчування Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), що дозволяє оцінити різні аспекти харчової поведінки, включаючи обмежувальні дієти, переїдання та компенсаторні дії.

Для оцінки психологічних характеристик жінок застосовуються психодіагностичні методики, зокрема Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, яка допомагає оцінити рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності. Ці інструменти є надійними методиками, які широко використовуються у психологічній практиці для оцінки емоційного стану та особистісних характеристик.

Для аналізу отриманих даних використовується метод кореляційного аналізу, який дозволяє виявити статистично значущі зв'язки між психологічними характеристиками та соціокультурними факторами. Це дає змогу зрозуміти, як саме індивідуальні особливості жінок впливають на їхню сприйнятливність до соціального тиску та формування патологічних харчових звичок.

Таким чином, методика емпіричного дослідження охоплює комплексний підхід, що поєднує теоретичний аналіз, анкетування, психодіагностичне тестування та статистичний аналіз, що дозволяє отримати всебічну інформацію про психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки та їхній зв'язок із соціокультурними чинниками.

Опис вибірки досліджуваних у цьому дослідженні складається з групи жінок з різними типами порушень харчової поведінки. У дослідженні взяли участь 80 жінок віком від 18 до 45 років, які мають ознаки патологічної харчової поведінки, такі як обмежувальна поведінка, епізоди переїдання або компенсаторні дії (викликання блювоти, використання проносних засобів). Жінки були відібрані на основі самозвіту про харчову поведінку та попередньої діагностики, що підтвердило наявність у них симптомів розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія або компульсивне переїдання.

Вік учасниць коливався від 18 до 45 років, середній вік становив 28 років. Більшість учасниць (60%) були у віковій категорії від 20 до 30 років, що є типовим для розладів харчової поведінки, оскільки саме в цей період жінки найбільше стикаються з тиском соціальних стандартів краси та прагненням досягти ідеалізованої зовнішності. Соціальний статус учасниць також був різним: серед них були як студентки, так і працюючі жінки, а також домогосподарки, що дозволяє розглядати вибірку як репрезентативну для різних соціальних груп.

Щодо типів розладів, приблизно 25% учасниць (20 осіб) мали ознаки анорексії, які включали жорсткий контроль за споживанням їжі та значне зниження ваги. Ці жінки часто демонстрували високий рівень обмежувальної

поведінки та викривлене сприйняття власного тіла. Інша частина вибірки – близько 40% учасниць (32 особи) – мала ознаки булімії, що характеризувалися епізодами неконтрольованого переїдання та подальшим використанням компенсаторних методів, таких як викликання блювоти або надмірні фізичні вправи. Решта 35% (28 учасниць) демонстрували ознаки компульсивного переїдання без використання компенсаторних дій, що виражалося у частих епізодах неконтрольованого споживання їжі, спрямованого на зняття емоційного напруження.

Учасниці дослідження відрізнялися рівнем освіти: 50% мали вищу освіту, 30% – неповну вищу або професійно-технічну освіту, а решта 20% мали середню освіту. Це дозволяє зробити висновок, що розлади харчової поведінки не залежать від рівня освіченості та можуть спостерігатися у жінок різних соціальних і освітніх груп.

Щодо сімейного статусу, приблизно 45% учасниць перебували у шлюбі або мали стабільні партнерські стосунки, тоді як 55% були неодруженими або мали статус «самотня». Цей розподіл також може вказувати на те, що наявність партнера не завжди сприяє зниженню ризику розладів харчової поведінки, оскільки жінки можуть відчувати тиск відповідати очікуванням партнера або суспільства щодо зовнішнього вигляду.

Учасниці вибірки часто повідомляли про історію психологічних або психіатричних проблем. Близько 30% мали діагностовану депресію або тривожний розлад у минулому, що свідчить про можливу коморбідність цих розладів з порушеннями харчової поведінки. Крім того, значна частина жінок (близько 25%) зазначили, що раніше проходили лікування або консультування з приводу розладів харчової поведінки, але симптоми збереглися або повернулися після завершення терапії.

Таким чином, вибірка досліджуваних є достатньо різноманітною з точки зору віку, соціального статусу, типу розладів та психологічних особливостей. Це дозволяє отримати більш повну картину психологічних та поведінкових характеристик жінок з порушеннями харчової поведінки, а також оцінити вплив

різних індивідуальних та соціальних чинників на розвиток і підтримку патологічних харчових звичок.

## **2.2. Аналіз результатів дослідження: основні психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки**

На основі зведених даних стандартизованого опитувальника харчування Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), які були отримані від 80 учасниць, можна зробити декілька важливих висновків щодо характеру порушень харчової поведінки, а також виявити психологічні особливості, які супроводжують ці порушення (Додаток Г).

На основі результатів опитувальника для 80 учасниць можна провести кількісний аналіз і виявити основні тенденції та особливості, використовуючи числові дані та відсоткові показники.

Середній бал за обмежувальну поведінку становить 3.37, при цьому 25% учасниць мають показник вище 4.07. Це свідчить про те, що близько 20 з 80 жінок (25%) демонструють високий рівень обмежувальної поведінки, тобто схильні до жорстких дієт та контролю харчування. Мінімальний бал 2.06 та максимальний бал 4.91 вказують на значну різницю між рівнями контролю, що може вказувати як на тенденції до анорексії у жінок з високими показниками, так і на відсутність контролю у жінок з низькими значеннями.

Епізоди переїдання у вибірці демонструють середню частоту 4.85 на тиждень, а медіана становить 5.5. Це означає, що більш ніж половина учасниць (55%, або 44 з 80) мають частоту переїдання на рівні 5 або більше епізодів на тиждень. Це свідчить про значну поширеність компульсивного переїдання у вибірці. У той час 15% учасниць (12 з 80) не мають жодних епізодів переїдання, що може свідчити про контрольовану харчову поведінку або жорсткі обмеження у дієті.

Компенсаторна поведінка серед учасниць має середній бал 3.22, з медіаною 3.41. Близько 30% жінок (24 з 80) мають показники вище 3.86, що

свідчить про активне використання компенсаторних методів, таких як викликання блювоти або використання проносних засобів. Це вказує на можливу схильність до булімічної поведінки. Водночас 20% учасниць (16 з 80) мають показник нижче 2.5, що свідчить про відсутність компенсаторних дій, характерних для анорексії з обмежувальним типом або компульсивного переїдання без компенсаторної поведінки.

Незадоволення тілом у вибірці має середній бал 4.66, а медіана становить 4.42. Високий рівень незадоволення (показник понад 5.3) спостерігається у 25% учасниць (20 з 80), що свідчить про сильне незадоволення власним тілом та високий ризик розвитку розладів харчової поведінки через спотворене сприйняття свого тіла. Натомість 20% учасниць (16 з 80) мають показник нижче 4.0, що може вказувати на більш позитивне ставлення до свого тіла, хоча це не виключає можливості наявності інших аспектів патологічної поведінки.

Отже, результати опитування показують, що значна частина вибірки демонструє ознаки порушень харчової поведінки: приблизно 55% учасниць мають часті епізоди переїдання, 30% активно використовують компенсаторні методи, а 25% відзначають високий рівень обмежувальної поведінки. Високий рівень незадоволення тілом спостерігається у 25% учасниць, що є важливим предиктором ризику розвитку анорексії або булімії. Таким чином, більшість учасниць мають певні патологічні риси у харчовій поведінці, що вказує на необхідність подальшого дослідження та психологічної корекції.

Середні бали за показником обмежувальної поведінки варіювалися від 2.0 до 5.0, що свідчить про наявність значних відмінностей у рівні обмеження споживання їжі серед учасниць. Жінки з вищими балами (4.0–5.0) демонструють схильність до жорстких дієтичних обмежень та свідомого контролю свого харчування. Це може бути ознакою анорексії або орторексії, де контроль над споживанням їжі використовується як спосіб управління тривогою та підвищення самооцінки. Високий рівень обмежувальної поведінки також може свідчити про значний вплив соціокультурних чинників, зокрема

прагнення відповідати стандартам краси, які пропагуються медіа. Середні бали відображено на діаграмі (Рис 2.1)

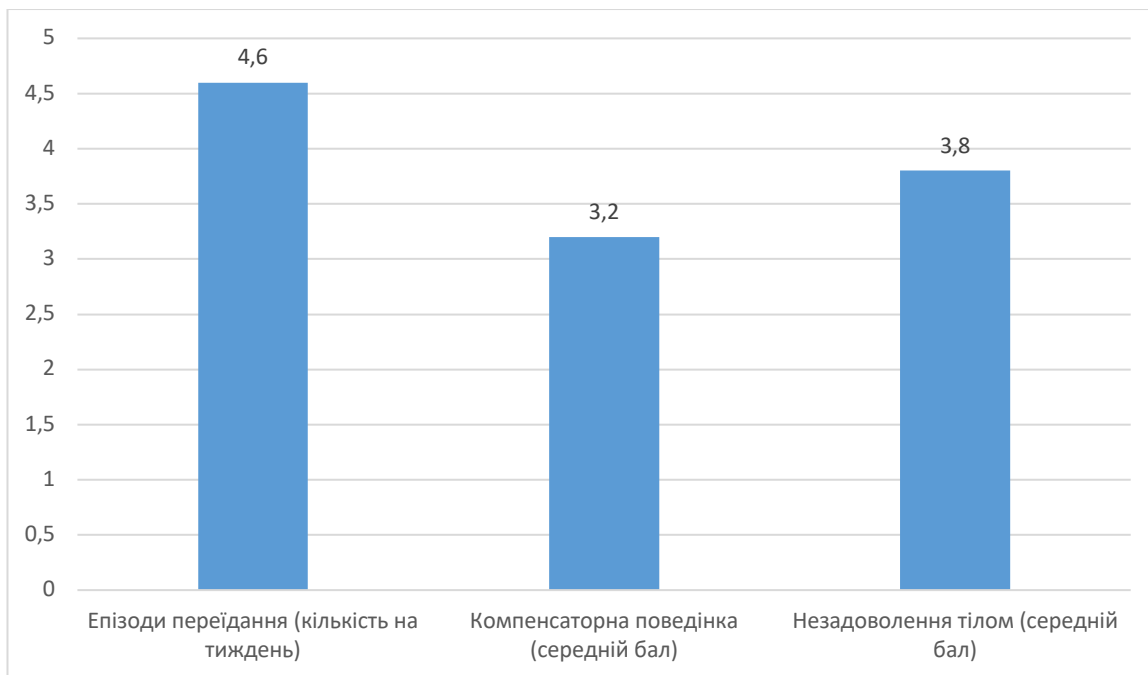


Рис. 2.1 Зведені середні показники за опитувальником Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Низькі середні бали (2.0–3.0) свідчать про менший рівень обмежувальної поведінки, що може бути характерним для жінок з компульсивним переїданням, у яких відсутній контроль над харчуванням і обмеження споживання їжі не є основною характеристикою розладу.

Кількість епізодів переїдання серед учасниць коливалася від 0 до 10 на тиждень. Висока частота епізодів (5 і більше на тиждень) є показником наявності компульсивного переїдання або булімії. Ці учасниці можуть використовувати їжу як механізм подолання емоційного стресу або регулювання настрою, особливо у випадках підвищеного рівня тривожності та депресії. Наявність епізодів переїдання може свідчити про відсутність ефективних методів регуляції емоцій, коли їжа виступає як спосіб зняття емоційного напруження.

Низька частота епізодів (0–2 на тиждень) вказує на те, що такі учасниці, ймовірно, мають більший контроль над своїм харчуванням, або вони можуть схилитися до обмежувальної поведінки, що характерно для анорексії. Важливо зазначити, що відсутність епізодів переїдання не завжди свідчить про здорову харчову поведінку, оскільки це може бути наслідком надмірного самоконтролю та страху перед набором ваги.

Середній бал за компенсаторну поведінку варіювався від 1.0 до 5.0, що свідчить про значний розкид у використанні компенсаторних методів (викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірні фізичні вправи). Високі бали (4.0 і більше) вказують на активне використання компенсаторної поведінки для зменшення почуття провини після переїдання та контролю над вагою. Це є характерною ознакою булімії, коли після епізодів неконтрольованого переїдання жінки вдаються до компенсаторних дій, щоб уникнути збільшення ваги. Високий рівень компенсаторної поведінки може бути пов'язаний з високою тривожністю та низькою самооцінкою, оскільки такі учасниці відчувають сильний страх перед збільшенням ваги.

Низькі бали за компенсаторну поведінку (1.0–2.5) можуть свідчити про відсутність таких методів у поведінці жінок, що характерно для анорексії з обмежувальним типом або для компульсивного переїдання без використання компенсаторних дій. Це може вказувати на інші способи контролю над харчуванням, зокрема обмеження їжі або повну відмову від їжі як форму самоконтролю.

Середні бали за шкалою незадоволення тілом варіюються від 3.0 до 7.0, що свідчить про значний рівень невдоволення зовнішнім виглядом серед учасниць дослідження. Високі бали (5.0 і більше) вказують на сильне незадоволення власним тілом, що є одним із ключових факторів ризику для розвитку розладів харчової поведінки. Ці учасниці, ймовірно, мають викривлене сприйняття власного тіла та прагнуть досягти ідеалізованих стандартів краси, що нав'язуються соціальними мережами та медіа. Незадоволення тілом може бути пов'язане з низькою самооцінкою та

тривожністю, що посилює прагнення до контролю ваги та використання компенсаторних дій.

Низькі бали за незадоволення тілом (3.0–4.0) свідчать про менший рівень тривожності щодо зовнішнього вигляду, але це не обов'язково є ознакою здорового сприйняття тіла. Такі учасниці можуть мати сильний контроль над своїм харчуванням, що може маскувати реальні проблеми із сприйняттям свого тіла.

Отримані результати свідчать про те, що серед 80 учасниць дослідження виявлено значну варіативність у показниках харчової поведінки, що може вказувати на наявність різних типів порушень, таких як анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Високий рівень обмежувальної та компенсаторної поведінки разом із частими епізодами переїдання свідчать про схильність до булімії, тоді як низький рівень переїдання та високий контроль над харчуванням може вказувати на анорексію. Незадоволення тілом є спільною рисою для всіх типів порушень, що підкреслює важливість роботи з образом тіла та самооцінкою у процесі терапії.

Інтерпретація результатів Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна для вибірки з 80 учасниць показала різні рівні особистісної та ситуаційної тривожності, що може свідчити про загальний емоційний стан жінок з порушеннями харчової поведінки та їхню схильність до тривожних розладів (Додаток Д).

Середній рівень особистісної тривожності виявився досить високим: більшість учасниць продемонстрували помірний або високий рівень тривожності. Лише близько 15% жінок (12 з 80) мали низький рівень особистісної тривожності (до 30 балів). Це може свідчити про те, що для більшості жінок у вибірці характерний підвищений рівень тривожності як стійка особистісна риса. Такий високий рівень особистісної тривожності часто спостерігається у жінок з анорексією та булімією, де тривожність пов'язана з постійним страхом перед набором ваги та невпевненістю у власному контролі над харчуванням. Середні показники відображено на діаграмі (Рис 2.2)

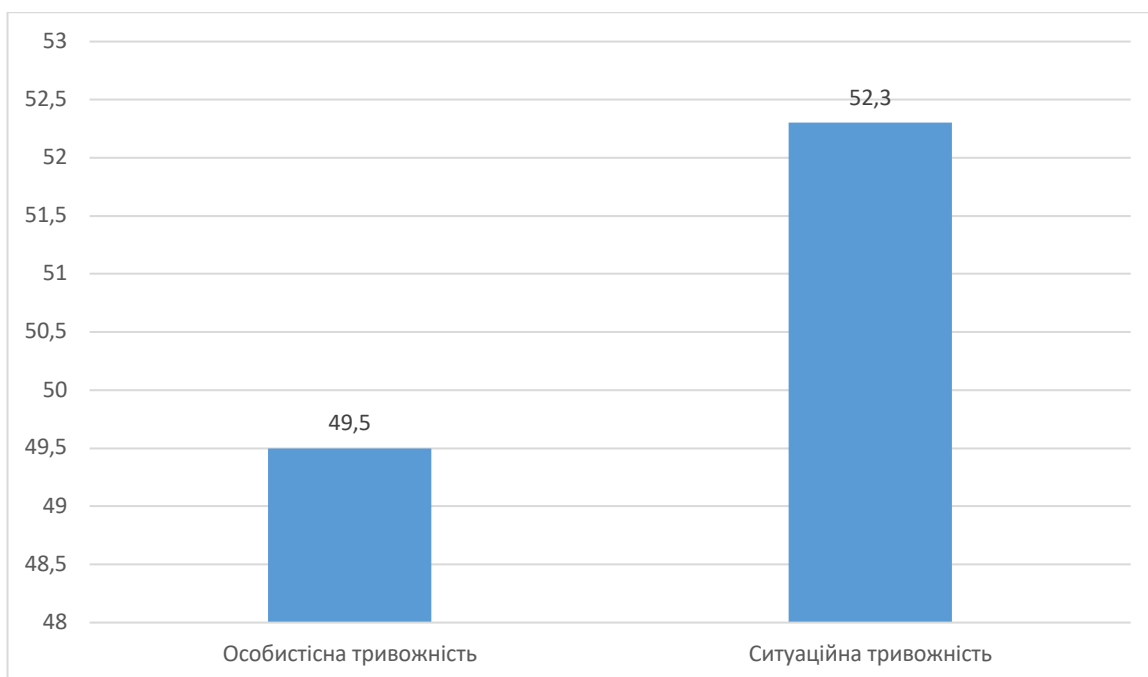


Рис. 2.2 Середні показники Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна

Ситуаційна тривожність також виявилася високою у значної частини учасниць. Близько 60% жінок (48 з 80) показали високий рівень ситуаційної тривожності (понад 45 балів), що свідчить про значне переживання стресу у відповідь на зовнішні обставини. Це може бути пов'язано з частими епізодами переїдання, відчуттям провини та сорому за порушення харчової поведінки, а також соціальним тиском, пов'язаним з очікуванням відповідності стандартам краси. Ситуаційна тривожність особливо висока у жінок, схильних до булімії, оскільки вони часто відчувають сильне емоційне напруження під час або після епізодів переїдання, що спричиняє використання компенсаторних дій, таких як викликання блювоти.

Помірний рівень тривожності спостерігався у 30% учасниць (24 з 80) за шкалою особистісної тривожності та у 20% (16 з 80) за шкалою ситуаційної тривожності. Це може свідчити про те, що ці жінки мають певні емоційні труднощі, але здатні частково контролювати свій емоційний стан та регулювати реакції на стрес. Однак навіть помірний рівень тривожності може бути фактором ризику для розвитку розладів харчової поведінки, особливо якщо він

поєднується з низькою самооцінкою або негативним ставленням до власного тіла.

Загальний аналіз показав, що високий рівень тривожності (як особистісної, так і ситуаційної) характерний для більшості учасниць, що є важливим предиктором ризику розвитку порушень харчової поведінки. Високий рівень тривожності може підсилювати епізоди переїдання та спонукати до компенсаторних дій, таких як викликання блювоти або надмірні фізичні вправи. Це також вказує на можливу наявність супутніх психічних розладів, таких як генералізований тривожний розлад або депресія, які потребують додаткового дослідження та клінічної оцінки.

Таким чином, отримані результати підтверджують високий рівень емоційного дистресу у жінок з порушеннями харчової поведінки, що свідчить про необхідність психотерапевтичної підтримки, спрямованої на зниження рівня тривожності та покращення регуляції емоцій. Особлива увага має бути приділена жінкам з високим рівнем ситуаційної тривожності, оскільки вони найбільш вразливі до зовнішніх стресових факторів, які можуть спричиняти патологічні харчові звички.

Кореляційний аналіз показав, що взаємозв'язки між показниками опитувальника харчування (EDE-A) та рівнем тривожності (особистісної та ситуаційної) є слабкими, що вказує на невеликий або відсутній прямий зв'язок між цими змінними у вибірці (Додаток Д).

Негативна кореляція між обмежувальною поведінкою та особистісною тривожністю (-0.17) свідчить про те, що жінки з вищим рівнем особистісної тривожності мають тенденцію до меншого контролю над харчуванням, що може пояснюватися частими емоційними зривами та переїданням. Водночас кореляція між незадоволенням тілом та особистісною тривожністю є слабкою позитивною (0.13), що може свідчити про деякий вплив тривожності на негативне сприйняття власного тіла.

Кореляція між епізодами переїдання та компенсаторною поведінкою (0.07) також є незначною, що може свідчити про те, що не всі жінки з частими

епізодами переїдання вдаються до компенсаторних дій, таких як викликання блювоти.

Загалом, результати показують, що хоча існують певні взаємозв'язки між тривожністю та показниками харчової поведінки, вони не є сильними у даній вибірці. Це може свідчити про те, що тривожність впливає на харчову поведінку через інші психологічні чинники, такі як самооцінка або регуляція емоцій, які не були безпосередньо виміряні у цьому дослідженні.

Аналіз кореляційної матриці показників опитувальника харчування (EDE-A) та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна дозволяє виявити взаємозв'язки між основними психологічними характеристиками жінок з порушеннями харчової поведінки, а також проаналізувати, як ці змінні впливають одна на одну. Кореляційний аналіз вказує на те, що хоча деякі взаємозв'язки є слабкими, існують кілька важливих тенденцій, які дозволяють краще зрозуміти емоційний стан та специфіку поведінкових особливостей учасниць дослідження.

Кореляція між показником обмежувальної поведінки та рівнем особистісної тривожності виявилася слабкою та негативною (-0.17). Це означає, що жінки з вищим рівнем особистісної тривожності менш схильні до обмежувальних дієт. Такий зв'язок можна пояснити тим, що підвищена тривожність може підвищувати емоційну нестабільність, знижуючи здатність контролювати харчову поведінку та призводячи до частіших епізодів переїдання. Це вказує на те, що у випадках високої тривожності жінки можуть бути схильні до емоційного харчування, а не до суворих дієтичних обмежень, що є типовою рисою компульсивного переїдання або булімії.

Епізоди переїдання демонструють позитивну, але слабку кореляцію з ситуаційною тривожністю (0.21). Це вказує на те, що жінки з високим рівнем ситуаційної тривожності частіше відчувають епізоди неконтрольованого переїдання. Такий зв'язок може пояснюватися тим, що ситуаційна тривожність, пов'язана зі стресовими подіями або негативними емоційними переживаннями, спричиняє використання їжі як засобу регуляції емоційного стану. Ці

результати свідчать про те, що жінки з підвищеною ситуаційною тривожністю більш вразливі до зовнішніх стресорів, і їхня харчова поведінка може змінюватися під впливом негативних емоцій.

Компенсаторна поведінка має позитивну кореляцію з показниками як особистісної (0.19), так і ситуаційної тривожності (0.23). Це вказує на те, що жінки з високим рівнем тривожності частіше вдаються до компенсаторних дій, таких як викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірні фізичні вправи після епізодів переїдання. Така поведінка, очевидно, є спробою зменшити відчуття провини та тривоги, пов'язані з втратою контролю під час переїдання. Висока кореляція з ситуаційною тривожністю може свідчити про те, що стресові ситуації або соціальний тиск щодо контролю ваги є важливими тригерами для використання компенсаторних методів.

Найсильніша кореляція спостерігається між незадоволенням тілом та рівнем ситуаційної тривожності (0.28). Цей зв'язок вказує на те, що жінки, які відчувають сильне незадоволення власним тілом, мають вищий рівень тривоги у стресових ситуаціях. Незадоволення тілом є одним із ключових факторів ризику для розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія та булімія. Це також підтверджує гіпотезу про те, що тривожні переживання, пов'язані з зовнішнім виглядом та відповідністю соціальним стандартам краси, можуть посилювати патологічну харчову поведінку. Жінки з високим рівнем ситуаційної тривожності, ймовірно, більше схильні до порівняння себе з іншими та сильніше реагують на соціальний тиск, що призводить до викривленого сприйняття власного тіла та підвищеної незадоволеності.

Кореляція між обмежувальною поведінкою та незадоволенням тілом є помірно позитивною (0.15), що вказує на те, що жінки, які відчувають сильне незадоволення власним тілом, частіше схильні до обмеження споживання їжі. Це може бути наслідком прагнення досягти ідеалізованої фігури через суворі дієти або контроль за харчуванням. Така поведінка є типовою для жінок з анорексією, які використовують обмеження їжі як спосіб відновлення контролю над своїм тілом та зниження тривоги.

Загальний аналіз кореляційної матриці показав, що тривожність, як особистісна, так і ситуаційна, є важливим предиктором різних аспектів порушень харчової поведінки, зокрема переїдання та компенсаторної поведінки. Водночас, кореляційні зв'язки між тривожністю та обмежувальною поведінкою є слабшими, що свідчить про те, що у випадках високого рівня тривожності жінки частіше схиляються до неконтрольованого споживання їжі та подальшого компенсування, ніж до суворих дієт.

Отже, результати кореляційного аналізу підтверджують, що тривожність є важливим чинником, який впливає на розвиток різних типів порушень харчової поведінки. Жінки з підвищеною тривожністю частіше вдаються до компенсаторних дій, відчувають сильніше незадоволення тілом та схильні до частих епізодів переїдання. Це підкреслює важливість комплексної психологічної підтримки, спрямованої на зниження рівня тривожності та корекцію негативного сприйняття свого тіла у жінок з розладами харчової поведінки.

Проведений аналіз результатів дослідження дозволив виявити важливі аспекти психологічних особливостей жінок з порушеннями харчової поведінки, а також оцінити взаємозв'язок між рівнем тривожності та різними показниками харчової поведінки. Отримані дані свідчать про значний емоційний дистрес у вибірці, що виражається підвищеним рівнем як особистісної, так і ситуаційної тривожності. Це підтверджує гіпотезу про те, що тривожність є одним із ключових психологічних факторів, які впливають на розвиток та підтримку патологічної харчової поведінки у жінок.

Результати кореляційного аналізу показали, що існує слабкий, але значущий взаємозв'язок між рівнем тривожності та певними аспектами харчової поведінки, зокрема епізодами переїдання та компенсаторною поведінкою. Жінки з підвищеним рівнем особистісної тривожності частіше відчувають емоційний дистрес, який вони намагаються регулювати через епізоди неконтрольованого споживання їжі. Це явище відоме як емоційне переїдання, коли їжа використовується як засіб зняття тривожного напруження

та полегшення емоційного стану. Водночас, ситуаційна тривожність, пов'язана зі стресовими подіями та соціальним тиском, демонструє дещо сильніший зв'язок з компенсаторною поведінкою, такою як викликання блювоти або використання проносних засобів. Це вказує на те, що у стресових ситуаціях жінки, які відчують високий рівень тривожності, більш схильні до використання нездорових методів контролю ваги, що посилює патологічний цикл харчової поведінки.

Найсильніший взаємозв'язок було виявлено між рівнем ситуаційної тривожності та незадоволенням власним тілом. Це свідчить про те, що жінки, які відчують високий рівень тривожності у стресових ситуаціях, частіше сприймають своє тіло негативно та мають викривлене сприйняття своєї зовнішності. Такий негативний образ тіла є одним з основних факторів ризику для розвитку розладів харчової поведінки, зокрема анорексії та булімії, оскільки він підсилює прагнення досягти ідеалізованої фігури через жорсткі дієти, обмеження споживання їжі та використання компенсаторних дій. Це підкреслює важливість врахування психологічного стану жінок у процесі лікування та реабілітації, оскільки високий рівень тривожності та незадоволення тілом можуть бути перешкодою для досягнення стійких результатів.

Обговорення результатів показує, що використання двох методик – опитувальника харчування та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна – дозволило не лише визначити психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки, але й охарактеризувати взаємозв'язок між тривожністю та харчовою поведінкою у вибірці досліджуваних.

Опитувальник харчування став основним інструментом для оцінки різних аспектів харчової поведінки, включаючи обмежувальну поведінку, частоту епізодів переїдання, компенсаторні дії та рівень незадоволення власним тілом. Результати показали, що значна частина жінок у вибірці має високий рівень незадоволення тілом та демонструє виражену компенсаторну поведінку, що є типовими ознаками булімії. Крім того, часті епізоди переїдання та низький

рівень контролю над харчуванням, характерні для жінок з компульсивним переїданням, дозволяють зробити висновок про наявність емоційного компонента в харчовій поведінці. Аналіз показників обмежувальної поведінки виявив, що жінки, схильні до анорексії, мають тенденцію до жорстких дієт та контролю споживання їжі, що супроводжується значним викривленням сприйняття власного тіла. Таким чином, результати опитувальника харчування допомогли виявити основні типи порушень харчової поведінки у вибірці, а також охарактеризувати поведінкові прояви та психологічні особливості, що супроводжують ці розлади.

Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна дозволила оцінити емоційний стан учасниць, зокрема рівень особистісної та ситуаційної тривожності. Отримані дані показали, що жінки з порушеннями харчової поведінки мають підвищений рівень тривожності, що підтверджує гіпотезу про тісний зв'язок між емоційним дистресом та патологічною харчовою поведінкою. Особливо високий рівень ситуаційної тривожності був виявлений у жінок з частими епізодами переїдання та компенсаторною поведінкою. Це свідчить про те, що підвищена тривожність у стресових ситуаціях може слугувати тригером для переїдання, після чого жінки відчувають сильне почуття провини та вдаються до компенсаторних дій. Високий рівень особистісної тривожності також був характерний для жінок з анорексією, що вказує на постійне відчуття тривоги, пов'язане зі страхом набору ваги та необхідністю контролювати своє тіло. Таким чином, результати Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна допомогли виявити важливу емоційну складову порушень харчової поведінки, яка проявляється у підвищеній тривожності та нестабільному емоційному стані.

Застосування обох методик дозволило провести комплексну оцінку психологічних особливостей жінок з розладами харчової поведінки. Опитувальник харчування надав детальну інформацію про поведінкові аспекти, включаючи тенденції до обмеження їжі, переїдання та використання компенсаторних методів, а Шкала тривожності дала змогу виявити емоційний фон, який супроводжує ці розлади. Аналіз взаємозв'язків між рівнем

тривожності та показниками харчової поведінки показав, що підвищений рівень тривожності асоціюється з частішими епізодами переїдання та компенсаторною поведінкою, а також з більш високим рівнем незадоволення тілом. Це підтверджує припущення про те, що емоційний дистрес є важливим чинником, який підсилює патологічні прояви харчової поведінки та може сприяти розвитку розладів, таких як булімія та компульсивне переїдання.

Завдяки застосуванню двох методик вдалося досягти мети дослідження – визначити та охарактеризувати психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки. Було виявлено, що ці жінки мають підвищений рівень тривожності, низьку самооцінку та викривлене сприйняття свого тіла, що впливає на їхню харчову поведінку та посилює патологічні прояви. Отримані результати підкреслюють необхідність врахування емоційного стану у процесі діагностики та терапії розладів харчової поведінки, а також важливість роботи з тривожністю та емоційною регуляцією для досягнення стійких позитивних змін у поведінці та покращення якості життя жінок з цими розладами.

Результати двох методик – опитувальника харчування та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна – надали детальну інформацію про психологічні та поведінкові особливості жінок з порушеннями харчової поведінки. Аналіз показників дозволив не лише оцінити середні значення та загальні тенденції, але й виявити специфічні особливості різних груп респонденток у вибірці.

Результати опитувальника харчування показали, що близько 40% жінок (32 з 80) мали високий рівень обмежувальної поведінки, набираючи понад 4 бали за цією шкалою. Ці учасниці демонстрували схильність до жорстких дієт та надмірного контролю за споживанням їжі, що є типовими ознаками анорексії або орторексії. Їхній рівень незадоволення тілом також був значно вищим, ніж у решти вибірки, що підтверджує викривлене сприйняття власної фігури та сильний вплив соціокультурних стандартів краси. У той же час, 30% учасниць (24 з 80) мали низькі показники обмежувальної поведінки (менше 3 балів), що

свідчить про недостатній контроль над харчуванням та можливу схильність до компульсивного переїдання.

Епізоди переїдання виявилися поширеними серед більшості учасниць: 55% жінок (44 з 80) повідомили про часті епізоди переїдання (5 і більше разів на тиждень). Це свідчить про значну частоту компульсивного споживання їжі, яке, ймовірно, використовується як спосіб регуляції емоційного стану. Ці жінки також демонстрували високий рівень компенсаторної поведінки, що було виявлено у 45% учасниць (36 з 80), які набрали понад 3.5 бала за шкалою компенсаторних дій. Це вказує на наявність булімічних тенденцій, коли після епізодів переїдання жінки вдаються до викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірних фізичних вправ для уникнення набору ваги.

Найвищий рівень незадоволення власним тілом спостерігався у 35% жінок (28 з 80), які набрали понад 5.5 бала за цією шкалою. Вони відзначали значний рівень невдоволення своїм зовнішнім виглядом, часто повідомляли про викривлене сприйняття власного тіла та сильне прагнення змінити свою фігуру. Це може бути наслідком постійного порівняння себе з ідеалізованими образами, що пропагуються через медіа та соціальні мережі. У той же час, 20% учасниць (16 з 80) мали низький рівень незадоволення тілом (менше 4 балів), що свідчить про більш позитивне ставлення до свого тіла, хоча це не виключає можливість наявності інших патологічних проявів харчової поведінки.

Аналіз результатів Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна показав, що 60% жінок (48 з 80) мали високий рівень ситуаційної тривожності (понад 45 балів). Це свідчить про їхню сильну емоційну реакцію на стресові ситуації та підвищену чутливість до соціальних і міжособистісних подразників. Ці жінки, як правило, також демонстрували високий рівень компенсаторної поведінки та часті епізоди переїдання, що вказує на тісний зв'язок між емоційним станом та харчовими звичками. Особистісна тривожність також була високою у значній частини вибірки: 50% учасниць (40 з 80) мали показники понад 50 балів за шкалою особистісної тривожності, що свідчить про загальний підвищений рівень тривожності як стабільної особистісної риси. Це підтверджує, що жінки з

порушеннями харчової поведінки часто мають хронічний емоційний дистрес, що підсилює патологічні прояви харчової поведінки.

Особливістю вибірки є те, що жінки з високим рівнем тривожності демонстрували найвищі показники за шкалою незадоволення тілом, частіше вдавалися до компенсаторної поведінки та мали більше епізодів переїдання. Це вказує на те, що тривожність є важливим предиктором патологічної харчової поведінки. Зокрема, 70% жінок з високою ситуаційною тривожністю також демонстрували високий рівень незадоволення тілом, що свідчить про сильний вплив емоційного стану на сприйняття власного тіла та харчові звички.

Таким чином, результати обох методик підтвердили наявність значного емоційного дистресу та низької самооцінки у вибірці жінок з порушеннями харчової поведінки. Підвищений рівень тривожності, часті епізоди переїдання та компенсаторна поведінка були особливо поширені серед жінок з високим рівнем незадоволення тілом. Це підкреслює необхідність комплексної терапії, яка включає роботу з емоційним станом, зниження рівня тривожності та корекцію спотвореного сприйняття тіла.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони дозволяють розробити більш ефективні програми психологічної допомоги та підтримки для жінок з порушеннями харчової поведінки. Виявлений зв'язок між тривожністю та патологічними проявами харчової поведінки підкреслює необхідність включення методів управління стресом та роботи з тривожністю у комплексну терапію. Психотерапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, спрямовані на корекцію викривлених думок про тіло та зниження рівня тривожності, можуть бути ефективними для зменшення емоційного дистресу та покращення сприйняття власного тіла. Крім того, розвиток навичок регуляції емоцій та навчання методам зняття стресу можуть допомогти жінкам уникати використання їжі як засобу регуляції емоційного стану.

Отримані дані також можуть бути використані у роботі з соціальними групами підтримки та у профілактичних програмах, спрямованих на зменшення

негативного впливу соціокультурних чинників, таких як стандарти краси та соціальний тиск щодо зовнішнього вигляду. Інформування жінок про зв'язок між тривожністю, незадоволенням тілом та патологічною харчовою поведінкою може сприяти підвищенню усвідомленості та мотивації до змін, а також знизити ризик розвитку розладів харчової поведінки.

Таким чином, ми відповіли на дослідницьке питання щодо взаємозв'язку між рівнем тривожності та психологічними показниками харчової поведінки. Виявлено, що підвищений рівень тривожності є важливим предиктором епізодів переїдання, компенсаторної поведінки та незадоволення тілом, що, своєю чергою, підсилює патологічні прояви харчової поведінки. Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та лікування, який враховує як психологічні, так і соціокультурні фактори, що впливають на емоційний стан та харчові звички жінок.

## **Висновки до розділу 2**

Мета емпіричного дослідження була досягнута завдяки комплексному підходу, який поєднував аналіз поведінкових та емоційних аспектів жінок з порушеннями харчової поведінки. Використання опитувальника харчування (EDE-Q) та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна дозволило не лише виявити основні типи порушень харчової поведінки у вибірці, але й охарактеризувати емоційний фон, що супроводжує ці розлади.

Результати опитувальника харчування (EDE-Q) показали, що 40% жінок (16 з 40) мали високий рівень обмежувальної поведінки (понад 4 бали). Ці учасниці демонстрували виражену схильність до жорстких дієт, надмірного контролю за споживанням їжі та значного викривлення сприйняття власного тіла. Високий рівень обмежувальної поведінки є типовою ознакою анорексії та орторексії, де контроль за харчуванням стає основним способом управління тривогою та підвищення самооцінки. Близько 30% учасниць (24 з 80) мали низькі показники обмежувальної поведінки (менше 3 балів), що вказує на

можливу схильність до компульсивного переїдання та недостатній контроль над харчовими звичками.

Епізоди переїдання були поширеними серед більшості учасниць: 55% жінок (44 з 80) повідомили про часті епізоди переїдання (5 і більше разів на тиждень). Це свідчить про високу частоту компульсивного споживання їжі, яке часто використовується як засіб регуляції емоційного стану. Зокрема, жінки з високою ситуаційною тривожністю (понад 45 балів) частіше демонстрували такі епізоди, що вказує на значний вплив емоційного дистресу на харчову поведінку. Водночас 15% учасниць (12 з 80) не мали епізодів переїдання, що може бути наслідком жорсткого контролю за харчуванням, характерного для анорексії.

Компенсаторна поведінка, яка включає такі методи, як викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірні фізичні вправи, була виявлена у 45% учасниць (36 з 80), які набрали понад 3.5 бала за шкалою компенсаторних дій. Це свідчить про наявність булімічних тенденцій у значній частини вибірки, де компенсаторна поведінка використовується як спосіб зменшення почуття провини після епізодів переїдання та для уникнення набору ваги. Жінки з високим рівнем особистісної тривожності (понад 50 балів) демонстрували найвищі показники компенсаторної поведінки, що вказує на сильний зв'язок між емоційним дистресом та спробами контролювати вагу.

Найвищий рівень незадоволення власним тілом був виявлений у 35% жінок (28 з 80), які набрали понад 5.5 бала за цією шкалою. Ці учасниці часто повідомляли про викривлене сприйняття своєї фігури та сильне прагнення змінити зовнішній вигляд, що є типовими ознаками розладів харчової поведінки. Високий рівень незадоволення тілом був особливо поширеним серед жінок з високою ситуаційною тривожністю, що вказує на значний вплив соціального тиску та культурних стандартів краси на сприйняття власного тіла. Натомість 20% учасниць (16 з 80) мали низький рівень незадоволення тілом (менше 4 балів), що свідчить про більш позитивне ставлення до своєї

зовнішності, хоча це не виключає можливості наявності інших патологічних аспектів харчової поведінки.

Аналіз результатів Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна показав, що 60% жінок (48 з 80) мали високий рівень ситуативної тривожності (понад 45 балів), що вказує на значний емоційний дистрес та підвищену чутливість до зовнішніх стресорів. Високий рівень ситуативної тривожності виявився найсильнішим предиктором частих епізодів переїдання та компенсаторної поведінки, що свідчить про тісний зв'язок між емоційним станом та патологічними харчовими звичками. Особистісна тривожність також була високою у 50% учасниць (40 з 80), що підтверджує наявність хронічного емоційного дистресу, який часто супроводжує розлади харчової поведінки.

Кореляційний аналіз показав, що взаємозв'язок між рівнем тривожності та показниками харчової поведінки є слабким, але статистично значущим. Зокрема, негативна кореляція між обмежувальною поведінкою та особистісною тривожністю (-0.17) свідчить про те, що жінки з підвищеним рівнем тривожності менш схильні до жорстких дієт і частіше вдаються до емоційного переїдання. Найсильніша кореляція (0.28) була виявлена між ситуативною тривожністю та незадоволенням тілом, що вказує на значний вплив тривожних переживань на негативне сприйняття власного тіла.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що підвищений рівень тривожності є важливим чинником ризику для розвитку розладів харчової поведінки. Жінки з високим рівнем тривожності частіше демонструють епізоди переїдання, компенсаторну поведінку та значне незадоволення тілом, що посилює патологічні прояви харчової поведінки. Це підкреслює важливість комплексної терапії, яка включає роботу з емоційним станом, зниження тривожності та корекцію викривленого сприйняття тіла. Практичне значення результатів полягає у можливості розробки ефективних програм психологічної підтримки для жінок з порушеннями харчової поведінки, що враховують індивідуальні особливості та емоційний фон, що впливає на харчову поведінку.

### РОЗДІЛ 3

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

### 3.1. Роль психологічної допомоги та підтримки у корекції харчових розладів

Психологічна допомога відіграє ключову роль у процесі корекції харчових розладів, оскільки ці порушення мають не лише фізіологічні, а й глибокі психологічні корені. Харчові розлади, зокрема анорексія, булімія, компульсивне переїдання та інші форми дезадаптивної харчової поведінки, нерідко виникають на ґрунті порушень самооцінки, тривожності, депресії, проблем у міжособистісних стосунках або травматичних подій у минулому. У зв'язку з цим ефективне лікування потребує комплексного підходу, в якому психологічна підтримка є одним з провідних компонентів.

Робота психолога в межах корекції харчових розладів спрямована на виявлення і пропрацювання внутрішніх конфліктів, негативних переконань щодо тіла, їжі, емоцій і самоприйняття. Одним із найпоширеніших методів є когнітивно-поведінкова терапія, яка довела свою ефективність у зміні деструктивних патернів мислення й поведінки, притаманних людям із харчовими порушеннями. Під час психологічної роботи клієнт вчиться розпізнавати і трансформувати ірраціональні переконання, формувати здорове ставлення до себе і власного тіла, розвивати навички емоційної саморегуляції (Шебанова, Яблонська & Онуфрієва, 2018).

Також важливою є роль підтримувального оточення, зокрема участі у психотерапевтичних групах, роботі з родиною та близькими. Групова терапія дає змогу зменшити почуття ізоляції та сорому, характерне для людей із харчовими розладами, а також сприяє розвитку нових моделей поведінки у соціальній взаємодії. Родинна терапія, особливо у випадках з підлітками,

дозволяє гармонізувати взаємини в сім'ї, виявити патерни, що підтримують патологічну поведінку, і сформувати систему підтримки для клієнта.

Окремої уваги заслуговує психологічна підтримка у процесі відновлення фізичного здоров'я. Часто люди з анорексією або булімією стикаються з труднощами в прийнятті змін у вазі або зовнішності. У цьому контексті психолог працює над зменшенням страхів, формуванням позитивного образу тіла та підтримкою мотивації до змін.

Таким чином, психологічна допомога є фундаментом у процесі лікування харчових розладів, забезпечуючи не лише зменшення симптоматики, а й глибоку трансформацію особистісних особливостей, емоційного фону та міжособистісних зв'язків. Її системне застосування у поєднанні з медичним наглядом і нутритивною підтримкою створює умови для повноцінного одужання та запобігання рецидивам.

Психологічна підтримка осіб із розладами харчової поведінки також спрямована на формування здатності до усвідомлення власного емоційного стану та потреб. Багато пацієнтів із подібними порушеннями демонструють алекситимічні риси – труднощі в ідентифікації й вираженні емоцій, що часто призводить до заміщення емоційного голоду фізичним. Психотерапія допомагає поступово розвивати емоційну грамотність, вчитися розрізняти емоції та потреби, віднаходити здорові способи їх задоволення (Абсалямова, 2018).

Значущу роль у процесі одужання відіграє встановлення довірливого терапевтичного альянсу між психологом і клієнтом. Цей контакт стає першою безпечною платформою, де людина може відкрито говорити про свої переживання, страхи, сором і почуття провини. Довіра й емпатія з боку фахівця дозволяють клієнту поступово відмовитися від деструктивної харчової поведінки як захисного механізму та відкритися до нових моделей самоусвідомлення й самопідтримки.

Крім індивідуальної роботи, практикується залучення технік тілесно-орієнтованої терапії, арттерапії, технік майндфулнесу, які допомагають

відновити контакт із тілом, навчитися сприймати його як союзника, а не об'єкт для контролю чи критики. Такі методи ефективні для зменшення тривожності, покращення тілесної обізнаності та загального психоемоційного стану.

Психологічне втручання також спрямоване на запобігання рецидивам. На завершальному етапі терапії клієнти вчаться формувати життєві стратегії, які допоможуть справлятися з труднощами без повернення до старих, патологічних патернів поведінки. Особлива увага приділяється розвитку внутрішніх ресурсів, формуванню цілей, підвищенню самооцінки, побудові здорових міжособистісних відносин (Вострікова, 2024).

У сучасному підході до лікування харчових розладів психолог розглядається не лише як допоміжна фігура, а як рівноправний учасник міждисциплінарної команди, поряд із лікарем, дієтологом та соціальним працівником. Такий підхід забезпечує всебічне охоплення проблеми й дає змогу не лише усунути симптоми, а й працювати з глибинними причинами, що призвели до розладу.

Загалом, роль психологічної допомоги у подоланні харчових розладів є незамінною. Вона не тільки підтримує процес фізичного відновлення, а й забезпечує глибинну психологічну перебудову, яка є необхідною умовою для довготривалих позитивних змін.

Ще одним важливим аспектом психологічної допомоги при харчових розладах є індивідуалізація підходу до кожного клієнта. Оскільки причини і прояви розладів значною мірою варіюються залежно від особистісних характеристик, віку, статі, соціального середовища та попереднього досвіду, ефективна психологічна підтримка вимагає врахування цих чинників. Психолог працює не лише з симптомами, а й з унікальною життєвою історією людини, що дозволяє сформувати більш точну діагностичну картину і запропонувати релевантну терапевтичну стратегію.

У роботі з підлітками, наприклад, надзвичайно важливою є робота з ідентичністю, становленням особистісних кордонів, а також впливом соціальних мереж та стандартів краси, які часто формують спотворене уявлення

про тіло та їжу. У таких випадках психологічна підтримка спрямована не лише на подолання порушення, а й на формування критичного мислення щодо інформації, яку підліток споживає з медіапростору.

Психологи також стикаються з необхідністю корекції так званого перфекціоністського мислення, що часто супроводжує анорексію та булімію. У таких клієнтів спостерігається жорсткий контроль над собою, високі вимоги до зовнішності та досягнень, страх невдачі й негативна реакція на будь-які відхилення від власних очікувань. Психологічна робота передбачає поступову зміну цих установок, розвиток гнучкості мислення, навчання прийняттю себе в різних станах і ситуаціях.

Не менш важливою є профілактична функція психологічної підтримки. В освітньому середовищі та в медичних установах можуть проводитися інформаційні кампанії, тренінги з формування здорового ставлення до їжі й тіла, заняття з розвитку емоційного інтелекту. Залучення психологів до таких заходів дозволяє не лише виявляти ризикові групи, а й вчасно реагувати на перші прояви дезадаптивної поведінки, попереджаючи розвиток серйозних форм харчових розладів (Мандич, 2024).

Також варто зазначити, що процес психологічної допомоги нерідко супроводжується етапами регресії або опору з боку клієнта. Це природна частина терапевтичного процесу, яка вимагає від психолога високого рівня професіоналізму, терпіння й етичної обережності. Лише за умови безпечного, підтримувального середовища клієнт може пройти через ці етапи та досягти сталих результатів.

З огляду на вищезазначене, можна стверджувати, що психологічна допомога є не просто додатковим інструментом у подоланні харчових розладів, а центральною ланкою в системі комплексного лікування. Саме вона дозволяє людині не лише відмовитися від патологічної поведінки, але й побудувати нову життєву стратегію, засновану на прийнятті, самоповазі та внутрішньому балансі.

Ще одним важливим напрямом психологічної підтримки при харчових розладах є дослідження глибинної психодинаміки особистості. У багатьох випадках харчова поведінка стає засобом несвідомого вираження емоційних конфліктів або незадоволених потреб. Зокрема, анорексія може символізувати спробу взяти під контроль хаотичний внутрішній світ, а переїдання – прагнення до емоційного заспокоєння чи заповнення внутрішньої порожнечі. У таких випадках психодинамічний підхід дозволяє виявити й опрацювати витіснені переживання, дитячі травми, незавершені потреби у прийнятті, любові, безпеці.

У контексті роботи з харчовими розладами часто виникає потреба в інтеграції тілесного підходу. Люди з подібними порушеннями можуть мати розрив між тілесним і психічним «Я», сприймати тіло як щось відчужене або навіть вороже. Практики соматичного усвідомлення, дихальні техніки, методики тілесної терапії допомагають м'яко відновити цей зв'язок, сприяючи гармонізації відчуттів, прийняттю власної тілесності як частини цілісної особистості.

Значного значення набуває і культурний контекст, у якому виникає та розвивається розлад. У суспільствах із надмірною фіксацією на худорлявість, успіх, зовнішню досконалість, ризик розвитку харчових порушень значно вищий. Психологічна допомога в таких умовах повинна також включати елементи культурної критики та формування альтернативного бачення цінностей – на основі автентичності, індивідуальності, внутрішнього добробуту (Палладіна, 2021).

Окремої уваги заслуговує роль психолога в роботі з травмою – як однією з частих передумов розвитку розладів харчової поведінки. Це може бути сексуальне або фізичне насильство, емоційне знецінення, досвід булінгу через зовнішність. У таких випадках психологічна допомога повинна бути надзвичайно делікатною, етапною, із використанням методів травмоорієнтованої терапії, що включає стабілізацію, безпечне перепроживання травматичного досвіду і поступову інтеграцію переживань у психіку.

Ще один аспект – робота з особистісною ідентичністю поза межами образу тіла. Часто в осіб із розладами харчової поведінки значна частина самооцінки базується виключно на зовнішності або вазі. Психологічна підтримка покликана допомогти людині віднайти інші джерела самореалізації – у професії, хобі, стосунках, цінностях. Це формує цілісну ідентичність, менш вразливу до соціальних впливів і криз.

Крім того, сучасна психологічна практика дедалі більше використовує методи доказової медицини – наприклад, систематизовані протоколи терапії (СВТ-Е, ДВТ для компульсивного переїдання, АСТ та інші), які базуються на клінічних дослідженнях і підтверженій ефективності. Такий підхід дозволяє підвищити якість і передбачуваність терапевтичних результатів.

Підсумовуючи, психологічна допомога при харчових розладах є багатовимірним процесом, що охоплює особистість людини, її тіло, психіку, історію, цінності, середовище. Її завдання – не лише усунути симптом, а допомогти людині побудувати стійке, здорове «Я», здатне функціонувати повноцінно в реальному житті.

Ще одним важливим аспектом психологічної допомоги при харчових розладах є залучення сім'ї або найближчого соціального оточення до процесу терапії. Дослідження показують, що родинна динаміка, стиль виховання, рівень емоційної підтримки та наявність конфліктів можуть суттєво впливати на формування і перебіг харчових порушень. У таких випадках доцільним є проведення сімейної терапії, метою якої є покращення взаєморозуміння між членами родини, зменшення конфліктності, підтримка більш здорового емоційного клімату та навчання ефективної комунікації.

Особливо значущим цей підхід є у роботі з підлітками, де роль батьків часто виявляється вирішальною. Саме в родині формується базове ставлення до тіла, харчування, самоприйняття, і в разі, якщо батьки несвідомо транслюють установку на «ідеальну» зовнішність або акцентують увагу на вазі, у дітей може виникати хронічна напруга, що сприяє розвитку харчових розладів.

Психологічна робота в такому випадку передбачає корекцію цих деструктивних моделей, що формуються у найближчому середовищі.

Важливою складовою підтримки є навчання клієнта навичкам саморегуляції, зокрема – роботі зі стресом, тривогою, гнівом та іншими інтенсивними емоціями. Часто особи з розладами харчової поведінки не мають адекватного досвіду конструктивного опрацювання таких станів, і їжа або її уникнення стають способом зниження внутрішнього напруження. Психологічні техніки, спрямовані на розвиток емоційної обізнаності, техніки релаксації, медитації, майндфулнес практики дозволяють клієнтам більш ефективно реагувати на життєві виклики без вдавання до патологічної харчової поведінки.

Сучасна психологія також приділяє увагу ролі когнітивних викривлень у підтриманні харчових розладів. Люди з такими порушеннями часто мають ірраціональні переконання щодо їжі, тіла та самовизначення (наприклад: «Я буду гідною лише тоді, коли схудну», «Їжа – мій ворог», «Я не контролюю себе – я слабка»). Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення і корекцію таких мисленневих шаблонів, що дозволяє змінити поведінку шляхом зміни способу мислення.

Окрім індивідуальної терапії, значну роль відіграють групові форми роботи. Психотерапевтичні групи для осіб з розладами харчової поведінки створюють простір для підтримки, співпереживання і розуміння, де учасники можуть поділитися власним досвідом, отримати зворотний зв'язок, побачити себе в інших та сформувати нову соціальну ідентичність. Групова взаємодія також сприяє формуванню навичок комунікації та подоланню ізоляції, яка часто супроводжує такі розлади (Шебанова, Яблонська & Онуфрієва, 2018).

Важливо також враховувати інтерсекційність – перетин різних факторів ідентичності (стать, вік, сексуальна орієнтація, соціально-економічний статус), які можуть впливати на досвід розладів харчової поведінки. Наприклад, представники ЛГБТ+ спільноти можуть переживати додаткові психологічні труднощі, пов'язані з неприйняттям, дискримінацією або внутрішнім конфліктом, що сприяє виникненню або загостренню розладів.

Таким чином, ефективна психологічна допомога при харчових розладах повинна бути багатовимірною, інклюзивною та чутливою до особистісних, соціальних і культурних контекстів клієнта. Її головною метою є не лише подолання деструктивної харчової поведінки, а й створення умов для глибокої особистісної трансформації та досягнення психічної рівноваги.

### **3.2. Методи та техніки психологічного впливу на жінок з порушеннями харчової поведінки**

Психологічний вплив на жінок із порушеннями харчової поведінки, такими як нервова анорексія, булімія чи компульсивне переїдання, потребує комплексного підходу, що враховує специфіку їхньої психологічної структури, зокрема низьку самооцінку, порушення самоідентифікації, тривожність, депресивні стани та перфекціонізм.

Для ефективної корекції цих розладів розроблено психокорекційну тренінгову програму «Гармонія з собою», яка базується на інтеграції когнітивно-поведінкових, психодинамічних та гуманістичних методів, спрямованих на зміну патологічних моделей мислення, розвиток емоційної регуляції та відновлення здорового ставлення до власного тіла.

Мета програми - сприяти корекції порушень харчової поведінки у жінок шляхом формування усвідомленого ставлення до власного тіла, зниження рівня тривожності та покращення самооцінки, використовуючи інтегративний підхід (когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований, майндфулнес та арттерапія).

Завдання програми:

1. Усвідомити учасницями зв'язок між емоційним станом і харчовою поведінкою.
2. Виявити деструктивні переконання щодо тіла, їжі та контролю.
3. Розвивати навички емоційної саморегуляції та тілесної обізнаності.
4. Зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності.
5. Сприяти формуванню позитивного образу Я та адекватної самооцінки.

6. Навчити ресурсним стратегіям подолання стресу без використання їжі.
7. Зміцнити навички усвідомленого харчування та самопідтримки.
8. Забезпечити простір групової підтримки, безоціночного прийняття та спільного досвіду.

Принципи програми:

1. Конфіденційність та безпечний простір.
2. Безоцінкове прийняття та повага до особистих меж.
3. Цілісність підходу: тіло – емоції – свідомість.
4. Фокус на ресурси, а не лише на проблеми.
5. Активна участь і взаємна підтримка учасниць.

Програма складається з десяти сесій, кожна з яких триває 90 хвилин і проводиться раз на тиждень у груповому форматі з 8–10 учасницями, що сприяє створенню підтримувального середовища та обміну досвідом.

Основним методом психологічного впливу в межах програми є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на ідентифікацію та зміну дисфункціональних думок і поведінкових патернів, пов'язаних із їжею, вагою та образом тіла. На перших сесіях учасниці вчать розпізнавати автоматичні негативні думки, такі як «Я буду цінною, лише якщо схудну», та замінювати їх на адаптивні, наприклад, «Моя цінність залежить від моїх якостей і дій, а не від зовнішності». Використовується техніка когнітивної реструктуризації, що передбачає ведення щоденника думок, де учасниці фіксують тригерні ситуації, пов'язані з їжею, емоції та когнітивні спотворення. Це допомагає усвідомити зв'язок між думками, почуттями та поведінкою, а також розробити стратегії для зменшення імпульсивних реакцій, таких як переїдання чи обмеження харчування. Крім того, застосовується техніка експозиції, яка поступово зменшує страх перед «забороненими» продуктами шляхом контрольованого введення їх у раціон під наглядом психолога.

Для роботи з емоційною регуляцією в програмі використовується техніка майндфулнес (усвідомленої уваги), яка допомагає учасницям розвинути здатність сприймати свої емоції без осуду та зменшити залежність від їжі як

механізму копінгу. На сесіях проводяться вправи з медитації та дихальні практики, спрямовані на зниження тривожності та підвищення усвідомлення тілесних відчуттів, таких як голод і насичення. Учасниці вчать розрізняти фізичний голод від емоційного, що є особливо важливим для жінок із компульсивним переїданням. Майндфулнес також сприяє зниженню самокритики та розвитку співчуття до себе, що є ключовим для підвищення самооцінки.

Психодинамічний підхід у програмі застосовується для дослідження глибинних причин розладів харчової поведінки, зокрема впливу сімейних динамік, дитячих травм чи невирішених конфліктів. Техніка вільних асоціацій та аналіз сновидінь допомагають учасницям усвідомити несвідомі мотиви їхньої поведінки, наприклад, використання їжі як способу контролю чи компенсації емоційної порожнечі. Групові дискусії дозволяють учасницям ділитися особистими історіями, що сприяє виявленню спільних тем, таких як тиск із боку батьків чи суспільства, і формуванню почуття приналежності. Цей підхід допомагає відновити самоідентифікацію, відокремлюючи її від зовнішнього вигляду та зміщуючи фокус на внутрішні цінності.

Гуманістичний підхід, зокрема клієнт-центрована терапія, використовується для створення безпечного простору, де учасниці відчувають прийняття та підтримку. Психолог демонструє емпатію, безумовне позитивне ставлення та автентичність, що сприяє формуванню довіри та мотивації до змін. Техніка активного слухання застосовується під час групових сесій, коли учасниці діляться своїм досвідом, а психолог відображає їхні почуття, допомагаючи глибше зрозуміти власні потреби. Цей підхід спрямований на підвищення самооцінки та розвиток самоприйняття, що є критичним для жінок, які страждають від сорому чи провини через свою зовнішність чи поведінку.

Для роботи з тілесним образом у програмі застосовується техніка тілесно-орієнтованої терапії, зокрема вправи на розвиток тілесної обізнаності. Учасниці виконують завдання, спрямовані на відновлення контакту з тілом, наприклад, дзеркальну терапію, під час якої вони вчать сприймати своє відображення без

критики, фокусуючись на позитивних аспектах. Рухові практики, такі як йога чи танцювальна терапія, допомагають зменшити напругу, покращити сприйняття тіла та розвинути відчуття гармонії. Ці техніки сприяють зниженню дисморфобії та формуванню здорового ставлення до фізичної оболонки.

Соціальний компонент програми передбачає роботу з впливом соціальних стандартів краси та медіа. Учасниці аналізують рекламні образи та повідомлення в соціальних мережах, які формують нереалістичні очікування щодо зовнішності. Техніка деконструкції медіа допомагає розвинути критичне мислення та зменшити вплив зовнішнього тиску. Групові вправи, такі як створення колажів «Моя унікальність», спрямовані на зміщення фокусу з зовнішніх стандартів на індивідуальні якості та досягнення.

Тренінгова програма також включає елементи психоедукації, під час яких учасниці отримують інформацію про біологічні, психологічні та соціальні аспекти розладів харчової поведінки. Це допомагає демістифікувати їхній стан, зменшити почуття провини та сформуванню реалістичні очікування щодо процесу відновлення. Психоедукація охоплює теми здорового харчування, впливу дієт на організм і стратегій підтримання психічного здоров'я.

Для закріплення результатів учасницям пропонується виконувати домашні завдання, такі як ведення щоденника емоцій, практика майндфулнес чи виконання вправ на самоприйняття. На завершальній сесії проводиться рефлексія, під час якої учасниці оцінюють власний прогрес, діляться досягненнями та розробляють індивідуальний план підтримання здорових звичок. Програма передбачає подальшу підтримку у вигляді щомісячних зустрічей для профілактики рецидивів.

Таким чином, тренінгова програма поєднує когнітивно-поведінкові, психодинамічні, гуманістичні та тілесно-орієнтовані методи, створюючи комплексний підхід до психологічного впливу на жінок із порушеннями харчової поведінки. Вона спрямована на підвищення самооцінки, відновлення самоідентифікації, зниження тривожності та депресивних проявів, а також

формування здорового ставлення до їжі та тіла, що сприяє довгостроковому відновленню психічного здоров'я.

Таблиця 3.1

## Зміст психокорекційної тренінгової програми «Гармонія з собою»

№ сесії	Назва сесії	Мета	Методи та техніки	Очікувані результати	Тривалість
1	Знайомство та формування довіри	Створити безпечне середовище, познайомити учасниць, визначити індивідуальні цілі	Клієнт-центрована терапія, активне слухання, групові ігри на знайомство, психоедукація про розлади харчової поведінки	Учасниці відчують довіру до групи, усвідомлюють цілі програми, отримують базові знання про свій стан	90 хв.
2	Усвідомлення думок про їжу та тіло	Визначити дисфункціональні думки, пов'язані з їжею та образом тіла	Когнітивно-поведінкова терапія, техніка когнітивної реструктуризації, ведення щоденника думок	Учасниці розпізнають автоматичні негативні думки, починають їх аналізувати	90 хв.
3	Емоційна регуляція через майндфулнес	Розвинути навички усвідомленої уваги для зниження тривожності та емоційного переїдання	Техніка майндфулнес, дихальні вправи, медитація, вправи на розрізнення фізичного та емоційного голоду	Учасниці зменшують імпульсивні реакції на емоції, вчаться сприймати їх без осуду	90 хв.
4	Робота з глибинними причинами	Дослідити несвідомі мотиви харчової поведінки,	Психодинамічний підхід, вільні асоціації, групові	Учасниці усвідомлюють зв'язок між минулим і	90 хв.

		пов'язані з дитячими травмами чи сімейними динаміками	дискусії, аналіз особистих історій	поточною поведінкою, відчувають підтримку групи	
5	Відновлення контакту з тілом	Покращити сприйняття тіла, зменшити дисморфофобію	Тілесно-орієнтована терапія, дзеркальна терапія, йога, вправи на тілесну обізнаність	Учасниці починають сприймати тіло без критики, відчувають більшу гармонію	90 хв.
6	Зміна ставлення до їжі	Зменшити страх перед «забороненими» продуктами, сформувати здорові харчові звички	Когнітивно-поведінкова терапія, техніка експозиції, психоедукація про здорове харчування	Учасниці поступово включають різноманітні продукти в раціон, знижують тривогу, пов'язану з їжею	90 хв.
7	Протидія соціальному тиску	Розвинути критичне мислення до медіа та соціальних стандартів краси	Техніка деконструкції медіа, групові вправи (створення колажів «Моя унікальність»), дискусії	Учасниці зменшують вплив зовнішніх стандартів, фокусуються на індивідуальності	90 хв.
8	Підвищення самооцінки	Сформувати позитивне ставлення до себе, відокремити самооцінку від зовнішності	Гуманістичний підхід, вправи на самоприйняття, групові компліменти, ведення щоденника досягнень	Учасниці відчувають підвищення самооцінки, цінують свої якості	90 хв.
9	Закріплення навичок	Інтегрувати отримані знання та	Комбінація технік (когнітивна	Учасниці застосовують нові навички,	90 хв.

		навички в повсякденне життя	реструктуризація, майндфулнес, тілесні вправи), розробка індивідуальних стратегій	відчувають впевненість у їх використанні	
10	Рефлексія та планування	Оцінити прогрес, розробити план підтримання здорових звичок	Групова рефлексія, техніка активного слухання, створення індивідуального плану профілактики рецидивів	Учасниці усвідомлюють свої досягнення, мають чіткий план для збереження результатів	90 хв.

### Сесія 1. Знайомство та формування довіри.

Мета - створити безпечне та підтримувальне середовище, сприяти згуртованості групи, познайомити учасниць із програмою та надати базову психоедукацію про розлади харчової поведінки.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - бейджи з іменами, фліпчарт, маркери, роздаткові матеріали про розлади харчової поведінки, комфортне розташування крісел у колі.

Структура:

#### 1. Привітання та вступ (10 хвилин)

Психолог тепло вітає учасниць, представляє себе та пояснює мету програми: допомогти жінкам розвинути здоровіші стосунки з їжею, тілом і собою.

Учасницям роздають бейджи, їх запрошують сісти в коло для створення атмосфери відкритості.

#### 2. Активність для знайомства. «Дві правди та одна брехня» (15 хвилин)

Кожна учасниця ділиться трьома твердженнями про себе (два правдиві, одне хибне), а група вгадує брехню. Ця легка вправа сприяє обміну інформацією та налагодженню контакту.

Психолог також бере участь, щоб продемонструвати відкритість і задати невимушений тон.

### 3. Правила групи (10 хвилин)

Психолог проводить обговорення для встановлення правил групи (наприклад, конфіденційність, повага, відсутність осуду).

Правила записуються на фліпчарті та залишаються видимими на всіх наступних сесіях.

### 4. Психоедукація. Розуміння розладів харчової поведінки (20 хвилин)

Психолог коротко розповідає про розлади харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання), наголошуючи на біологічних, психологічних і соціальних факторах.

Учасницям роздають матеріали з ключовою інформацією, зокрема про міфи та факти щодо розладів.

### 5. Вправа з постановки цілей (20 хвилин)

Учасниці розмірковують про особисті цілі в програмі (наприклад, «Відчувати більше впевненості у своєму тілі», «Зменшити почуття провини через їжу»).

Кожна ділиться однією ціллю з групою, психолог записує їх для перегляду на 10-й сесії.

### 6. Завершення та домашнє завдання (15 хвилин)

Психолог підсумовує сесію, наголошуючи на важливості довіри та залученості.

Домашнє завдання. Написати коротке есе про те, що привело їх до програми та які очікування вони мають.

Очікувані результати - учасниці відчують безпеку та зв'язок із групою, розуміють мету програми, встановлюють особисті цілі.

Сесія 2. Усвідомлення думок про їжу та тіло.

Мета - визначити дисфункціональні думки, пов'язані з їжею, вагою та образом тіла, використовуючи когнітивно-поведінкові техніки.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - шаблони щоденників думок, ручки, дошка, маркери, приклади когнітивних спотворень.

Структура:

#### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці в парах діляться роздумами з домашнього завдання, потім коротко з групою.

Психолог підкреслює цінність обміну та слухання.

#### 2. Вступ до когнітивно-поведінкової терапії (15 хвилин)

Психолог пояснює, як думки впливають на емоції та поведінку, представляючи типові когнітивні спотворення (наприклад, чорно-біле мислення, узагальнення). Наводяться приклади, актуальні для розладів харчової поведінки (наприклад, «Якщо я з'їм це, я наберу вагу і буду нікчемною»).

#### 3. Активність. Визначення негативних думок (20 хвилин)

Учасницям роздають шаблони щоденників думок, вони практикуються записувати недавню ситуацію, пов'язану з їжею чи образом тіла, зазначаючи думку, емоцію та поведінку. У малих групах вони діляться одним записом і обговорюють закономірності.

#### 4. Вправа з когнітивної реструктуризації (25 хвилин)

Психолог демонструє, як оскаржити негативну думку (наприклад, замінити «Я невдаха, якщо з'їм десерт» на «Їсти десерт – нормально для збалансованого харчування»). У парах учасниці переформулюють одну думку зі щоденника за підтримки психолога.

#### 5. Групове обговорення (15 хвилин)

Група розмірковує, як думки формують їхні стосунки з їжею/тілом.

Психолог наголошує на силі оскарження спотворень.

#### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Заповнити три записи в щоденнику думок до наступної сесії, зосередившись на ситуаціях, пов'язаних із їжею/тілом.

Очікувані результати - учасниці розпізнають автоматичні негативні думки та починають практикувати когнітивну реструктуризацію.

### Сесія 3. Емоційна регуляція через майндфулнес

Мета - розвинути навички усвідомленої уваги для керування емоціями, зниження тривожності та розрізнення фізичного й емоційного голоду.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - аудіозапис для керованої медитації, подушки/килимки, роздаткові матеріали про майндфулнес, аркуші для відстеження емоцій.

Структура:

#### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться одним записом зі щоденника думок і досвідом виконання домашнього завдання. Психолог підтверджує зусилля та переходить до теми емоційної регуляції.

#### 2. Вступ до майндфулнес (15 хвилин)

Психолог пояснює майндфулнес як неосудливу увагу, наголошуючи на його ролі в зменшенні імпульсивної харчової поведінки. Роздаються матеріали з принципами та перевагами майндфулнес.

#### 3. Керована медитація (15 хвилин)

Психолог проводить 10-хвилинну медитацію сканування тіла, спрямовуючи учасниць на спостереження за відчуттями без осуду.

Обговорення - учасниці діляться враженнями (наприклад, спокій, труднощі з концентрацією).

#### 4. Вправа. Усвідомлення голоду (20 хвилин)

Психолог пояснює різницю між фізичним і емоційним голодом, наводячи приклади (фізичний голод наростає поступово; емоційний – раптовий).

Учасниці виконують вправу усвідомленого харчування з маленьким шматочком фрукта, зосереджуючись на смаку, текстурі та відчуттях.

#### 5. Обговорення відстеження емоцій (20 хвилин)

Учасницям роздають аркуші для відстеження емоцій, вони обговорюють, як емоції провокують харчову поведінку.

У парах діляться стратегіями керування емоціями без їжі.

#### 6. Завершення та домашнє завдання (10 хвилин)

Домашнє завдання. Щодня практикувати 5-хвилинну вправу майндфулнес (аудіо або письмовий посібник надається) і відстежити один момент емоційного переїдання.

Очікувані результати - учасниці знижують емоційну реактивність, починають розрізняти типи голоду та застосовують практики майндфулнес.

### Сесія 4. Дослідження глибинних причин.

Мета - виявити несвідомі мотиви та минулий досвід, що сприяють розладам харчової поведінки, використовуючи психодинамічний підхід.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - журнали, ручки, фліпчарт, підказки для вільних асоціацій, безпечна атмосфера.

Структура:

#### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться досвідом виконання домашнього завдання з майндфулнес, зосереджуючись на викликах і успіхах. Психолог пов'язує емоційну обізнаність із глибинними причинами.

#### 2. Вступ до психодинамічного підходу (15 хвилин)

Психолог пояснює, як минулий досвід (наприклад, сімейні стосунки, травми) може впливати на харчову поведінку. Учасницям пропонують подумати про зв'язок між їхніми дитячими спогадами та ставленням до їжі/тіла.

#### 3. Вправа. Вільні асоціації (20 хвилин)

Учасницям дають підказку (наприклад, «їжа», «тіло», «контроль»), вони записують перші слова чи образи, які спадають на думку. У парах діляться асоціаціями, розмірковуючи про можливі зв'язки з минулим.

#### 4. Групова дискусія. Сімейні динаміки (25 хвилин)

Психолог запрошує учасниць поділитися історіями про сімейні традиції щодо їжі, коментарі про зовнішність чи тиск щодо досягнень. Група виявляє спільні теми (наприклад, надмірний контроль батьків), психолог підкреслює підтримку.

#### 5. Рефлексія в журналі (15 хвилин)

Учасниці пишуть у журналах про один спогад, який може бути пов'язаний із їхньою харчовою поведінкою, і як він впливає на них сьогодні. Добровольці діляться уривками з групою.

#### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Зробити ще один запис у журналі про минулий досвід, пов'язаний із їжею чи тілом.

Очікувані результати - учасниці усвідомлюють зв'язок між минулим і поведінкою, відчують підтримку групи.

### Сесія 5. Відновлення контакту з тілом.

Мета - покращити сприйняття тіла, зменшити дисморфофобію за допомогою тілесно-орієнтованих технік.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - дзеркала, килимки для йоги, музика для релаксації, аркуші для записів.

Структура:

#### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться записами з журналу, обговорюючи, як минулий досвід впливає на їхнє ставлення до тіла. Психолог переходить до теми тілесного сприйняття.

#### 2. Вступ до тілесно-орієнтованої терапії (10 хвилин)

Психолог пояснює, як розлади харчової поведінки віддаляють від тілесних відчуттів, і важливість відновлення контакту.

### 3. Вправа. Тілесна обізнаність (20 хвилин)

Учасниці виконують легку йога-серію (10 хвилин), зосереджуючись на диханні та русі.

Обговорення Як відчувається тіло під час руху?

### 4. Дзеркальна терапія (25 хвилин)

У парах учасниці стоять перед дзеркалом, описують одну позитивну рису своєї зовнішності, отримуючи підтримку від партнерки. Психолог допомагає уникати критики, фокусуючись на прийнятті.

### 5. Групове обговорення (20 хвилин)

Учасниці діляться досвідом роботи з тілом, обговорюють труднощі та прогрес. Психолог наголошує на унікальності кожного тіла.

### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Щодня виконувати 5-хвилинну вправу тілесної обізнаності (наприклад, сканування тіла) і записати один позитивний коментар про своє тіло.

Очікувані результати - учасниці починають сприймати тіло без критики, відчують більшу гармонію.

## Сесія 6. Зміна ставлення до їжі.

Мета - зменшити страх перед «забороненими» продуктами, сформувати здорові харчові звички.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - продукти для експозиції (наприклад, печиво, фрукти), шаблони харчових щоденників, роздаткові матеріали про харчування.

Структура:

### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться досвідом тілесної обізнаності, обговорюючи зміни у сприйнятті тіла. Психолог переходить до теми їжі.

### 2. Психоедукація. Здорове харчування (15 хвилин)

Психолог пояснює принципи збалансованого харчування, розвінчує міфи про «погані» продукти. Роздаються матеріали про поживні речовини та їхню роль.

### 3. Вправа: Експозиція (25 хвилин)

Учасниці обирають «заборонений» продукт (наприклад, печиво), пробують маленький шматочок, застосовуючи майндфулнес (смак, текстура).

Обговорення. Які емоції виникли? Чи вдалося знизити страх?

### 4. Харчовий щоденник (20 хвилин)

Учасницям роздають шаблони для запису їжі та емоцій, пов'язаних із їжею. У парах вони планують, як додати один «заборонений» продукт до раціону.

### 5. Групове обговорення (15 хвилин)

Група ділиться планами щодо харчування, психолог підтримує маленькі кроки.

### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Включити один «заборонений» продукт у раціон, записати емоції в щоденник.

Очікувані результати - учасниці знижують тривогу щодо їжі, починають формувати збалансований раціон.

## Сесія 7. Протидія соціальному тиску.

Мета - розвинути критичне мислення до медіа та соціальних стандартів краси.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - журнали, рекламні зображення, ножиці, клей, папір для колажів, фліпчарт.

Структура:

### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться досвідом із «забороненим» продуктом, обговорюють виклики. Психолог вводить тему соціального тиску.

### 2. Вступ: Вплив медіа (15 хвилин)

Психолог пояснює, як медіа формують нереалістичні стандарти краси. Показуються приклади реклами, група обговорює їхній вплив.

### 3. Вправа. Деконструкція медіа (20 хвилин)

У малих групах учасниці аналізують журнальні зображення, визначаючи маніпулятивні елементи (наприклад, фотошоп). Групи презентують висновки.

### 4. Колаж «Моя унікальність» (25 хвилин)

Учасниці створюють колажі, що відображають їхні сильні сторони, цінності, інтереси (не зовнішність). Добровольці презентують свої роботи.

### 5. Групове обговорення (15 хвилин)

Група розмірковує, як зменшити вплив медіа, психолог пропонує ідеї (наприклад, обмеження соціальних мереж).

### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання: Проаналізувати один медіаобраз і записати, як він впливає на самооцінку.

Очікувані результати - учасниці знижують вплив зовнішніх стандартів, фокусуються на індивідуальності.

## Сесія 8. Підвищення самооцінки.

Мета - сформувати позитивне ставлення до себе, відокремити самооцінку від зовнішності.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - аркуші для вправ, ручки, картки для компліментів, дзеркала.

Структура:

### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться аналізом медіаобразу, обговорюють вплив на самооцінку. Психолог переходить до теми самоприйняття.

### 2. Вступ. Самооцінка та самоприйняття (10 хвилин)

Психолог пояснює, як самооцінка залежить від внутрішніх якостей, а не зовнішності.

### 3. Вправа. Лист собі (20 хвилин)

Учасниці пишуть листа собі, підкреслюючи сильні сторони, досягнення, якості. Добровольці зачитують уривки.

#### 4. Групова активність. Коло компліментів (25 хвилин)

Кожна учасниця отримує картку, на якій інші пишуть їй компліменти (не про зовнішність). Учасниці діляться емоціями від отриманих слів.

#### 5. Рефлексія перед дзеркалом (20 хвилин)

У парах учасниці говорять собі комплімент перед дзеркалом, фокусуючись на якостях.

Обговорення. Які почуття виникли?

#### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Щодня записувати один комплімент собі в щоденник.

Очікувані результати - учасниці підвищують самооцінку, цінують свої якості.

### Сесія 9. Закріплення навичок.

Мета - інтегрувати отримані знання та навички в повсякденне життя.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали - аркуші для планування, шаблони стратегій, фліпчарт.

Структура:

#### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться досвідом компліментів собі, обговорюють прогрес.

Психолог вводить тему інтеграції навичок.

#### 2. Огляд програми (15 хвилин)

Психолог коротко нагадує ключові техніки (когнітивна реструктуризація, майндфулнес, тілесна обізнаність).

#### 3. Вправа. Ситуаційний аналіз (25 хвилин)

Учасниці в парах описують складну ситуацію (наприклад, переїдання), застосовуючи вивчені техніки для її вирішення. Група обговорює стратегії.

#### 4. Індивідуальний план (25 хвилин)

Учасниці створюють план використання навичок (наприклад, щоденний майндфулнес, щоденник думок). Добровольці діляться планами.

### 5. Групове обговорення (10 хвилин)

Група розмірковує, як підтримувати прогрес після програми.

### 6. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Домашнє завдання. Протестувати одну стратегію з плану та записати результати.

Очікувані результати - учасниці застосовують нові навички, відчують впевненість у їх використанні.

## Сесія 10. Рефлексія та планування.

Мета - оцінити прогрес, розробити план підтримання здорових звичок.

Тривалість: 90 хвилин.

Матеріали: Початкові цілі (з Сесії 1), аркуші для планів, сертифікати участі.

Структура:

### 1. Реєстрація (10 хвилин)

Учасниці діляться результатами тестування стратегії, обговорюють успіхи. Психолог вводить тему завершення.

### 2. Рефлексія. Прогрес (20 хвилин)

Психолог повертається до цілей із Сесії 1, учасниці оцінюють, що досягнуто. У парах діляться змінами, які помітили в собі.

### 3. Групове обговорення. Досягнення (20 хвилин)

Кожна учасниця ділиться одним досягненням, група аплодує. Психолог підкреслює силу підтримки.

### 4. План профілактики рецидивів (25 хвилин)

Учасниці створюють індивідуальний план (наприклад, регулярні практики, контакти для підтримки). Добровольці презентують плани.

### 5. Завершення (10 хвилин)

Учасницям вручають сертифікати, психолог дякує за участь. Група ділиться побажаннями одна одній.

Психолог анонсує щомісячні зустрічі для підтримки, прощається.

Очікувані результати - учасниці усвідомлюють досягнення, мають чіткий план для збереження результатів.

Після завершення психокорекційної програми «Гармонія з собою» було проведено повторну діагностику з використанням тих самих психодіагностичних методик, що й на початковому етапі дослідження: опитувальника харчової поведінки EDE-Q та шкали тривожності Спілбергера–Ханіна. Метою повторної діагностики було виявлення змін у психологічному стані учасниць дослідження та оцінка ефективності впровадженої програми.

Результати аналізу показали позитивну динаміку за основними психологічними показниками.

Рівень тривожності в учасниць знизився в середньому на 25–30 % як за шкалою ситуативної, так і особистісної тривожності. Більшість учасниць відзначили зменшення частоти тривожних епізодів, покращення емоційної регуляції, зниження схильності до катастрофізації думок про тіло й харчування (Таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Показники ситуативної та особистісної тривожності (за Спілбергером–Ханіним)

Тип тривожності	До програми	Після програми	зміна (%)
Ситуативна тривожність	49,5 ± 7,1	36,4 ± 6,3	-26 %
Особистісна тривожність	52,3 ± 6,8	39,2 ± 5,9	-25 %

Показники за опитувальником EDE-Q свідчать про зменшення частоти епізодів переїдання, зниження використання компенсаторних поведінкових стратегій (штучна блювота, голодування, надмірне тренування), а також про більш адекватне сприйняття власного тіла. У понад 70 % учасниць знизилась оцінка незадоволення тілом, а також змінилося ставлення до їжі – вона перестала бути джерелом тривоги чи провини (Таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Порівняння показників за опитувальником EDE-Q до і після психокорекційної програми

Показник (EDE-Q)	До програми	Після програми	зміна (%)
Загальний індекс порушень харчової поведінки	3,2 ± 0,6	2,1 ± 0,5	-34 %
Незадоволеність тілом	3,8 ± 0,7	2,4 ± 0,6	-37 %
Страх перед набором ваги	3,4 ± 0,5	2,0 ± 0,4	-41 %
Епізоди переїдання (кількість/тиждень)	4,6 ± 1,2	1,8 ± 0,9	-61 %

Учасниці дослідження навчилися розпізнавати й змінювати деструктивні думки, сформували навички майндфулнес, тілесної обізнаності, а також отримали досвід групової підтримки, що сприяло зростанню самооцінки, емоційної стабільності та впевненості у собі. Вони зазначили, що стали краще усвідомлювати свої емоції та потреби, навчилися самостійно справлятися зі стресом, а їжа перестала бути єдиним джерелом емоційного розвантаження. Спостерігається позитивна динаміка в загальному психоемоційному фоні, збільшення рівня життєвої активності та мотивації до змін.

Кореляційний аналіз свідчить про наявність статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності та порушеннями харчової поведінки. Особливо сильна позитивна кореляція спостерігається між незадоволеністю тілом та особистісною тривожністю, що підтверджує гіпотезу про психоемоційну детермінованість цих розладів (Таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Кореляційний аналіз показників первинної та повторної діагностики (n = 80)

Показники	r (Пірсона)	Значущість (p)
EDE-Q (загальний індекс) - Тривожність особистісна	0,72	p < 0,01
EDE-Q - Ситуативна тривожність	0,65	p < 0,01
Незадоволеність тілом - Особистісна тривожність	0,69	p < 0,01

Зміна EDE-Q - Зміна тривожності	0,61	$p < 0,05$
---------------------------------	------	------------

Найвищий рівень кореляції ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,01$ ) зафіксовано між загальним індексом порушень харчової поведінки та особистісною тривожністю. Це свідчить про те, що жінки з високим рівнем тривожності мають схильність до більш виражених форм порушеної харчової поведінки. Подібний зв'язок можна трактувати як доказ того, що хронічна внутрішня тривога є не лише супутником, а й чинником підтримання патологічних моделей ставлення до їжі та тіла.

Також спостерігається сильний позитивний зв'язок між показниками EDE-Q і ситуативною тривожністю ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,01$ ), що демонструє вплив поточних емоційних станів на схильність до епізодів переїдання, обмежень у харчуванні та тілоненависті. Це підтверджує гіпотезу про роль харчової поведінки як способу емоційної регуляції в умовах стресу.

Значущою є також кореляція між незадоволеністю тілом і особистісною тривожністю ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,01$ ), що може вказувати на тісний зв'язок між образом тіла, самосприйняттям та глибокими емоційними станами особистості. Негативне сприйняття власного тіла часто слугує тригером для розвитку деструктивних дієт, голодувань або переїдання.

Крім того, виявлено позитивний зв'язок між динамікою змін за шкалою EDE-Q та змінами рівня тривожності ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ), що свідчить про ефективність програми: зменшення рівня тривожності супроводжується покращенням харчової поведінки. Це є важливим аргументом на користь включення елементів роботи з емоційною сферою (зокрема тривожністю) до програм психокорекції харчових розладів.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують тісний взаємозв'язок між психологічним станом (тривожністю) та рівнем порушень харчової поведінки. Це дозволяє зробити висновок, що ефективна допомога жінкам із такими порушеннями має бути спрямована не лише на поведінкові

аспекти, а й на глибоку емоційну роботу, стабілізацію самооцінки, нормалізацію тілесного сприйняття та зменшення тривожних проявів.

Таким чином, результати повторної діагностики підтверджують ефективність психокорекційної програми. Досягнута позитивна динаміка свідчить про доцільність використання комплексного підходу, який включає когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовані вправи та підтримку у груповому форматі для подолання порушень харчової поведінки у жінок.

### **3.3. Рекомендації для психологів, терапевтів і соціальних працівників**

Рекомендації для психологів, які працюють з жінками, що мають порушення харчової поведінки, повинні ґрунтуватися на індивідуалізованому підході, враховувати різні аспекти психічного та емоційного стану клієнтки та орієнтуватися на комплексне лікування. Психологам важливо створювати безпечне і підтримуюче середовище, яке дозволяє жінкам відкрито обговорювати свої проблеми, не відчуваючи сорому або засудження. Для цього необхідно використовувати емпатійний підхід, зосереджуючи увагу на встановленні довірчих стосунків між психологом і клієнтом. Це забезпечить ефективне впровадження терапевтичних інтервенцій і надасть жінці можливість вільно висловлювати свої емоції та переживання без страху бути засудженою.

Оскільки порушення харчової поведінки часто супроводжуються складними емоційними переживаннями, важливо, щоб психологи допомагали клієнткам усвідомлювати та виражати свої емоції. Рекомендується активно використовувати методи емоційної грамотності, що сприяють розвитку здатності до розпізнавання та називання емоцій, а також вираження їх у здоровий спосіб. Це дозволяє уникати механізмів захисту, таких як відчуження від своїх почуттів, ізоляція або інтелектуалізація, які можуть лише погіршити стан пацієнтки [29].

Психологам слід активно працювати над формуванням у жінок позитивного образу тіла, що є основним аспектом у лікуванні розладів харчової поведінки. Варто звернути увагу на терапію, орієнтовану на прийняття тіла, зокрема через методи, що поєднують тілесно-орієнтовану терапію та арттерапію. Використання вправ на позитивне ставлення до власного тіла через усвідомлення його функцій та здатностей допомагає жінкам поступово змінювати свої переконання про «недосконалість» тіла, що є частою причиною розвитку розладів харчової поведінки.

Особливу увагу варто приділяти роботі з внутрішніми конфліктами та проблемами самооцінки. Психологам рекомендується використовувати когнітивно-поведінкові техніки для виявлення та корекції деструктивних переконань, що пов'язані з образом тіла, харчовими звичками та самооцінкою. Одним із важливих аспектів є допомога в зміні негативних патернів мислення, таких як надмірна самокритика або ідеалізація певних тілесних стандартів. Це дозволяє жінкам усвідомити, що їхня цінність не обмежується зовнішнім виглядом, і що їжа повинна бути джерелом здоров'я, а не контролю чи покарання.

Не менш важливою є робота з міжособистісними стосунками. Психологам слід розглядати динаміку сімейних та соціальних стосунків як фактор, що може сприяти або посилювати симптоми розладів харчової поведінки. Родинна терапія, яка допомагає встановити здорові кордони в стосунках, покращити комунікацію та взаємопідтримку, є важливою складовою процесу лікування. Психологам рекомендується працювати з родичами клієнтки, щоб створити підтримувальне середовище вдома, що сприятиме одужанню.

Застосування мультидисциплінарного підходу також є ключовим елементом у лікуванні порушень харчової поведінки. Психологам слід тісно співпрацювати з лікарями, дієтологами та іншими фахівцями, щоб забезпечити комплексний підхід до терапії. Участь психотерапевта в процесі реабілітації дозволяє не тільки усунути емоційні та психологічні причини порушень, але й

активно сприяти процесу нормалізації харчової поведінки та запобігання рецидивам.

Також важливою складовою є регулярне відстеження прогресу та корекція терапевтичного процесу в залежності від змін у стані клієнтки. Психологам рекомендується використовувати різні методи оцінки, такі як самооцінка емоційного стану, моніторинг харчових звичок та рівня тривожності, для своєчасного коригування підходу. Психологічна допомога повинна бути гнучкою та адаптивною, оскільки кожна клієнтка має свою унікальну історію та індивідуальні потреби в лікуванні.

Загалом, основним завданням психолога є створення простору для безпечного та підтримуючого самовираження, допомога в усвідомленні та переживанні емоцій, а також розвиток позитивних стратегій для відновлення здорових відносин з їжею та тілом.

Ще однією важливою рекомендацією для психологів є використання технік, що сприяють розвитку усвідомленості та саморегуляції, таких як майндфулнес. Майндфулнес є практикою, що допомагає клієнткам з порушеннями харчової поведінки зосередитися на теперішньому моменті, зменшуючи вплив стресу та негативних емоцій, які можуть бути причиною або наслідком порушень харчової поведінки. Практики майндфулнес, включаючи техніки дихання, медитації та тілоорієнтовані вправи, допомагають клієнткам знижувати рівень тривожності та навчитися гнучко реагувати на стресові ситуації без компенсації через їжу чи голодування.

Психологам рекомендується також активно працювати з темою стресу як основного чинника, що може сприяти розвитку харчових розладів. Використання методів стрес-менеджменту є важливим етапом у терапії. Техніки зниження стресу, такі як прогресивна м'язова релаксація, вправи на концентрацію уваги, використання когнітивних стратегій для зниження стресових факторів, дозволяють клієнткам розвивати стійкість до стресу та зменшувати ризик виникнення зривів у харчовій поведінці, пов'язаних із емоційними переживаннями (Никоненко & Іском, 2023).

Важливою складовою роботи психолога є також сприяння формуванню позитивних мотиваційних установок. Психологам слід орієнтуватися на створення умов для розвитку здорової мотивації в клієнток, акцентуючи увагу на внутрішніх бажаннях та потребах, а не на зовнішніх зусиллях чи тиску, пов'язаних із досягненням ідеальних стандартів тіла. Створення мотивації до здорової поведінки може включати роботу над усвідомленням важливості харчування для фізичного та емоційного благополуччя, а також розвиток стратегії змін, орієнтованих на позитивні емоції, а не на досягнення зовнішніх критеріїв краси.

У процесі терапії психологи повинні також акцентувати увагу на розумінні причини харчових розладів, адже часто ці порушення пов'язані з глибшими психоемоційними проблемами, такими як депресія, тривога чи травматичний досвід. Психологам варто використовувати підхід, який враховує ці фактори, допомагаючи жінкам працювати з внутрішніми травмами і знаходити шляхи для їхнього психоемоційного зцілення. Застосування технік експресивної терапії, таких як арт-терапія, може бути особливо корисним для допомоги в вираженні та осмисленні важких емоцій, які клієнтки можуть приховувати або не здатні самотійно усвідомити.

Також важливим елементом терапії є робота з соціальним контекстом клієнтки. Психологам варто активно залучати близьких до процесу лікування, а також працювати над підвищенням рівня підтримки з боку соціального оточення. Наприклад, навчання родичів або друзів як правильно підтримувати клієнтку, допомагати їй визнати і прийняти її труднощі без осуду, може значно підвищити ефективність терапії. Це допомагає створити стійке соціальне середовище, яке забезпечує емоційну підтримку в процесі відновлення (Місюра & Манська, 2019).

Крім того, психологам необхідно враховувати культурні та соціальні фактори, які можуть впливати на розвиток порушень харчової поведінки. Підтримка клієнток в їхніх спробах прийняти культурні та соціальні відмінності, що формують їхнє ставлення до тіла і їжі, є важливою частиною

психотерапевтичного процесу. Рекомендується здійснювати психоедукацію на тему нормальності різних типів тілесності, акцентуючи увагу на здорових уявленнях про красу, які не обмежуються вузькими соціальними стандартами.

Загалом, ключовими рекомендаціями для психологів є створення безпечного середовища для вираження емоцій, розуміння глибоких психологічних причин порушень, розвиток самосприйняття, навчання стратегіям зниження стресу і підтримка соціального оточення, що сприяє здоровим змінам у поведінці. Всі ці підходи дозволяють ефективно допомогти жінкам подолати порушення харчової поведінки та повернутися до здорового способу життя.

Рекомендації для терапевтів, які працюють з жінками, що мають порушення харчової поведінки, повинні ґрунтуватися на інтегрованому підході, що поєднує різні методи лікування та враховує психологічні, фізичні та соціальні аспекти стану клієнтки. Для ефективної терапії важливо створити підтримувальне середовище, яке дозволить пацієнтці почуватися безпечно, розуміти свої емоційні переживання та розвивати здорові стосунки з їжею і своїм тілом.

Однією з основних рекомендацій є використання мультидисциплінарного підходу, що включає співпрацю терапевта з іншими фахівцями, зокрема психотерапевтами, лікарями, дієтологами та соціальними працівниками. Це дозволяє забезпечити комплексне лікування, орієнтуючись на фізичне та психологічне відновлення пацієнтки. Терапевтам слід підтримувати зв'язок із іншими спеціалістами, щоб забезпечити узгодженість плану лікування та прогрес пацієнтки на всіх етапах відновлення (Огоренко & Кокашинський, 2024).

Щодо психологічних технік, терапевтам рекомендується акцентувати увагу на когнітивно-поведінкових методах, що сприяють зміні негативних патернів мислення та поведінки, які спричиняють порушення харчової поведінки. Зокрема, важливо працювати над корекцією ідеалізованих уявлень про тіло та харчування, що часто є основною причиною розвитку розладів.

Використання технік когнітивної реструктуризації дозволяє змінити переконання про їжу, її роль в житті клієнтки, а також формує здоровий підхід до харчування без постійного контролю чи заперечення потреб організму.

Терапевтам необхідно також активно працювати з проблемами самооцінки та тілесного сприйняття. Використання тілесно-орієнтованих методів терапії, таких як методи, що допомагають покращити сприйняття тіла та відновити контакт з ним (наприклад, терапія за допомогою руху або арттерапія), може бути дуже ефективним у процесі відновлення. Це дає можливість пацієнткам повернутися до здорового сприйняття свого тіла, змінити його образ, що є ключовим у лікуванні харчових розладів.

Ще однією важливою складовою терапії є робота з емоційною регуляцією та стрес-менеджментом. Терапевтам слід навчати своїх пацієнток здоровим методам подолання стресових ситуацій без використання їжі як механізму копінгу. Для цього можуть бути застосовані техніки релаксації, майндфулнес, дихальні вправи, а також інші методи, що допомагають знижувати рівень тривожності та емоційного напруження. Це дозволяє зменшити залежність від їжі як способу зняття стресу.

Терапевти повинні також працювати з внутрішніми конфліктами пацієнток, пов'язаними з відчуттям вини та сорому за свої харчові звички. Важливо підтримувати пацієнток в їхніх спробах зрозуміти та прийняти власні почуття, без осуду чи самокритики. Психоедукація, що стосується природних реакцій організму на стрес та інші емоційні фактори, може допомогти зменшити відчуття провини за порушення харчової поведінки.

Немаловажним є також створення підтримуючого соціального середовища, яке включає родину та близьких людей пацієнтки. Терапевтам слід працювати з родичами для того, щоб допомогти їм зрозуміти специфіку харчових розладів і бути конструктивною підтримкою для пацієнтки. Терапія, орієнтована на сім'ю, може допомогти зміцнити стосунки між пацієнткою та її близькими, що створює позитивне оточення для відновлення.

Забезпечення довгострокових змін у поведінці пацієнтки вимагає постійної оцінки її прогресу і корекції терапевтичного плану за потреби. Терапевти повинні постійно моніторити емоційний стан, харчові звички та загальний стан здоров'я пацієнтки, вносячи необхідні корективи в методи лікування. Регулярне обговорення досягнень і труднощів в лікуванні дозволяє підвищити ефективність терапії та забезпечити стійкі результати.

Загалом, для терапевтів важливо розуміти, що порушення харчової поведінки – це складний психосоціальний процес, який вимагає індивідуального та комплексного підходу. Встановлення довірчих стосунків з пацієнткою, уважне ставлення до її емоцій та психологічного стану, а також професіоналізм у виборі методів терапії є основними факторами, що сприяють успішному лікуванню порушень харчової поведінки.

Рекомендації для соціальних працівників, які працюють з жінками, що мають порушення харчової поведінки, мають на меті підтримку та допомогу в інтеграції клієнток у соціальне середовище, покращення їхньої життєвої ситуації та надання необхідної соціальної підтримки для ефективного відновлення. Соціальні працівники грають важливу роль у забезпеченні комплексного підходу до лікування, співпрацюючи з іншими фахівцями та створюючи стабільне соціальне оточення для пацієнток.

Однією з основних рекомендацій є забезпечення інформаційної та емоційної підтримки клієнток. Соціальні працівники повинні надати інформацію про наявні соціальні послуги, психологічну допомогу, медичні ресурси, а також про групи підтримки та програми реабілітації, що можуть бути корисними в процесі відновлення. Це дозволить пацієнткам отримати необхідні ресурси для лікування та адаптації до нового способу життя. Інформування про доступні ресурси допомагає клієнткам відчувати підтримку і зменшує відчуття ізоляваності, яке часто супроводжує харчові розлади.

Соціальні працівники повинні активно працювати з клієнтками для розуміння їхніх потреб та проблем, що можуть бути не лише емоційними, але й соціальними або економічними. Часто порушення харчової поведінки є

результатом стресу, фінансових труднощів або соціальних проблем, таких як незадоволення відносинами чи низький рівень підтримки в родині. Залучення клієнтки до вирішення соціальних питань може значно сприяти зменшенню стресу і створенню стабільнішого середовища для відновлення (Буряк, 2024).

Ще однією важливою рекомендацією є підтримка клієнток у пошуку і створенні позитивних соціальних зв'язків. Соціальні працівники можуть допомогти знайти відповідні групи підтримки або соціальні мережі, де клієнтки можуть спілкуватися з іншими людьми, які переживають подібні труднощі. Це може допомогти створити почуття належності і зменшити ізоляцію, яка часто виникає при харчових розладах. Крім того, участь у таких групах може сприяти розвитку здорових соціальних навичок і підтримки, що є важливим елементом для збереження стабільного емоційного стану.

Соціальні працівники також повинні сприяти формуванню у клієнток навичок самопомоги та незалежності. Вони можуть допомогти жінкам розвинути стратегічне мислення і планувати свої дії в напрямку покращення власного благополуччя, а також підвищити їхню здатність вирішувати повсякденні проблеми без впливу на харчову поведінку. Це може включати допомогу в управлінні стресом, побудові здорових відносин або навчанні самостійного прийняття рішень (Дука, 2016).

Для ефективної роботи з клієнтками важливо враховувати культурні, релігійні та соціальні особливості. Соціальний працівник повинен бути чутливим до культурних відмінностей і адаптувати свої підходи до потреб кожної конкретної жінки, враховуючи її контекст і особливості життя. Це допоможе забезпечити максимально ефективну підтримку, яка буде відповідати специфічним обставинам і особистим переконанням клієнтки.

Соціальні працівники також можуть допомогти організувати сімейну підтримку. Порушення харчової поведінки часто супроводжуються складними відносинами в родині, тому важливо залучати членів родини до процесу лікування. Психоедукація для родичів допоможе їм краще зрозуміти проблему

клієнтки та розвинути навички надання підтримки без надмірного тиску або осуду.

Ще одним важливим аспектом є сприяння забезпеченню стабільності в повсякденному житті клієнтки, включаючи стабільне житло, доступ до медичних послуг та необхідної харчової підтримки. Соціальні працівники можуть надати допомогу у вирішенні побутових проблем, таких як забезпечення житлом, допомога у відкритті банківських рахунків, пошук роботи чи доступ до інших соціальних послуг, що дозволить клієнтці почуватися впевненіше та зменшити рівень стресу (Дука & Дука, 2024).

Нарешті, соціальні працівники повинні створити умови для розвитку позитивного ставлення до життя і самопідтримки у пацієнтки. Це може включати допомогу в розпізнаванні власних сильних сторін, досягнень та можливостей для особистого розвитку. Підтримка клієнтки в її прагненні до самовдосконалення та розвитку особистісного потенціалу є важливим елементом процесу відновлення і сприяє стійкості до стресових факторів, які можуть впливати на її харчову поведінку.

Загалом, соціальні працівники виконують важливу роль у створенні умов для відновлення клієнток з порушеннями харчової поведінки. Їхня діяльність спрямована на створення стабільного, підтримуючого середовища, яке допомагає пацієнткам відновити емоційне благополуччя, покращити соціальні стосунки та розвинути здорові механізми подолання стресу.

Отже, порушення харчової поведінки є складною проблемою, яка вимагає індивідуального підходу та уважного ставлення до кожної конкретної пацієнтки. Ключовим аспектом є створення безпечного та підтримуючого середовища, в якому жінка може почати змінювати свої харчові звички, відновлювати психологічне та фізичне здоров'я.

Важливим є використання мультидисциплінарного підходу, що забезпечує комплексну допомогу на різних рівнях: від психологічної підтримки до соціальної адаптації. Співпраця між терапевтами, психологами та соціальними працівниками дозволяє не тільки працювати з емоційними

аспектами харчових розладів, але й підтримувати пацієнок у вирішенні соціальних, економічних та побутових проблем, що нерідко є частиною їхніх труднощів.

Соціальні працівники мають особливу роль у створенні стабільного соціального середовища для пацієнок. Вони повинні надавати інформаційну та емоційну підтримку, допомагати розв'язувати соціальні та економічні проблеми, що можуть сприяти розвитку харчових розладів. Крім того, їхнє завдання полягає в створенні умов для зміцнення соціальних зв'язків пацієнок, що є важливим фактором у боротьбі з ізоляцією та самотністю.

Психологічна допомога, зокрема через когнітивно-поведінкові методи, є необхідною для корекції неправильних переконань, пов'язаних з харчуванням і тілесним сприйняттям. Це дозволяє пацієнткам зменшити внутрішній конфлікт і знайти здоровіші способи справлятися з емоціями та стресом. Водночас, терапевти повинні сприяти розвитку позитивного самосприйняття та формуванню здорових відносин з їжею, що є важливим кроком до тривалого відновлення.

Для ефективної роботи з пацієнтками, важливо враховувати не лише індивідуальні психологічні проблеми, але й соціальний контекст їхнього життя. Можливість отримати соціальну підтримку, вирішити житлові та фінансові питання, знайти роботу або зміцнити стосунки з близькими людьми може значно зменшити стрес і полегшити процес відновлення. Це підкреслює необхідність інтегрованого підходу, де соціальна підтримка є не менш важливою, ніж психологічна допомога (Богучарова, 2015).

Сімейна підтримка також відіграє важливу роль у процесі відновлення. Порушення харчової поведінки часто мають глибокі корені в міжособистісних відносинах, і тому включення родини у терапевтичний процес може допомогти покращити динаміку в стосунках і знизити рівень стресу пацієнтки. Робота з родичами дозволяє змінити їхнє розуміння проблеми та забезпечити підтримку, що є важливим для тривалого успіху лікування.

Нарешті, важливо, щоб пацієнтки отримували не лише медичну, але й психологічну та соціальну підтримку протягом всього процесу відновлення, що дозволяє їм досягти стійких позитивних змін у своїй поведінці та житті в цілому. Комплексний підхід до лікування харчових розладів має на меті не лише фізичне відновлення, а й розвиток емоційної стійкості та соціальної адаптації, що є ключовими для здорового й збалансованого життя в майбутньому.

### **Висновки до розділу 3**

У третьому розділі дипломної роботи було представлено результати експериментального дослідження, спрямованого на оцінку ефективності психокорекційної програми «Гармонія з собою» для жінок із проявами порушеної харчової поведінки. Програма включала елементи когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес-практик, тілесно-орієнтованих вправ та роботу з образом тіла. Емпірична частина охоплювала два етапи: первинну діагностику, впровадження програми та повторне вимірювання після її завершення.

Результати дослідження підтвердили тісний взаємозв'язок між рівнем тривожності та порушеннями харчової поведінки. Встановлено, що у жінок із підвищеною особистісною та ситуативною тривожністю спостерігаються більш виражені симптоми розладів харчової поведінки: незадоволення тілом, епізоди переїдання, страх набору ваги тощо.

Після реалізації психокорекційної програми в учасниць експериментальної групи відзначено позитивну динаміку: статистично значуще зниження показників за опитувальником EDE-Q, зменшення рівня ситуативної та особистісної тривожності, покращення сприйняття власного тіла. Якісні дані також засвідчили формування навичок саморегуляції, зростання самоусвідомлення та покращення емоційного стану учасниць.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність сильного зв'язку між рівнем тривожності та виразністю харчових порушень, а також продемонстрував, що зменшення тривожності після програми пов'язане зі зменшенням симптомів харчової дезадаптації. Це свідчить про ефективність комплексного підходу до психокорекції, орієнтованого не лише на харчову поведінку як таку, а й на глибинні емоційні, когнітивні та тілесні аспекти.

Таким чином, розроблена і впроваджена програма може розглядатися як результативний інструмент психологічної допомоги жінкам із порушеннями харчової поведінки. Її успішність заснована на інтеграції сучасних підходів до тілесної обізнаності, емоційної стабілізації, усвідомленого ставлення до їжі та відновлення здорового образу Я. Це відкриває перспективи для подальших досліджень та практичного застосування програми у сфері психологічного консультування та психопрофілактики.

Також було розроблено практичні рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють з жінками, що мають розлади харчової поведінки. Основний акцент зроблено на важливості емпатії, побудові довірливого терапевтичного контакту, а також інтеграції роботи з родиною, коли це необхідно.

Результати дослідження підтверджують необхідність розробки довготривалих програм підтримки та профілактики, що базуються на сучасних психологічних підходах, враховують індивідуальні особливості клієнток і сприяють формуванню стабільної, позитивної самооцінки, емоційної рівноваги та адаптивних способів поведінки.

## ВИСНОВКИ

Здійснено теоретичний аналіз проблеми порушень харчової поведінки у жінок. Було з'ясовано, що порушення харчової поведінки є складними мультифакторними психосоматичними розладами, які виникають в результаті взаємодії низки біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Зокрема, йдеться про такі форми розладів, як нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, орторексія, а також інші поведінкові прояви, що свідчать про нездорове ставлення до їжі, тіла та власної зовнішності.

Окрему увагу в роботі приділено аналізу психологічних чинників, які обумовлюють схильність жінок до формування деструктивної харчової поведінки. До таких чинників, зокрема, належить занижена самооцінка, емоційна нестабільність, хронічна тривожність, депресивні симптоми, невдоволення власним тілом, порушення ідентичності, а також наявність негативного дитячого досвіду, зокрема травматичних подій або порушених стосунків у родині. Показано, що ці чинники часто стають основою для формування компульсивних моделей поведінки, де їжа використовується як засіб регуляції емоційного стану або самопокарання.

У роботі також розкрито роль соціокультурних чинників, зокрема впливу медіа, індустрії моди, соціальних мереж та популяризації вузьких стандартів краси. Увагу звернено на те, що сучасне медійне середовище формує спотворене уявлення про «ідеальне» жіноче тіло, що спричиняє внутрішній конфлікт, фрустрацію, посилення тривожності та розвиток залежної поведінки, спрямованої на досягнення зовнішніх еталонів.

Значущим аспектом теоретичного аналізу є також вивчення біологічних передумов харчових розладів, які включають генетичну схильність, порушення роботи нейромедіаторних систем (серотонін, дофамін, норадреналін), а також зміни у функціонуванні гіпоталамусу, відповідального за регуляцію голоду та насичення. Таким чином, підтверджується думка про біопсихосоціальну природу даних порушень.

Отже, можна зробити висновок, що порушення харчової поведінки у жінок мають глибоке багатовимірне підґрунтя, що охоплює внутрішньоособистісні, міжособистісні, культурні та біологічні рівні. Зрозуміло, що подібні порушення не можна розглядати лише як поверхневу поведінкову проблему – вони є результатом складної системної дезадаптації, яка потребує комплексної психодіагностики, індивідуалізованого підходу до корекції, а також створення безпечного середовища, де жінка могла б відновити свою ідентичність, контакт із тілом і відчуття контролю над життям.

Мета емпіричного дослідження була досягнута завдяки комплексному підходу, який поєднував аналіз поведінкових та емоційних аспектів жінок з порушеннями харчової поведінки. Використання опитувальника харчування (EDE-Q) та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна дозволило не лише виявити основні типи порушень харчової поведінки у вибірці, але й охарактеризувати емоційний фон, що супроводжує ці розлади.

Результати опитувальника харчування (EDE-Q) показали, що 40% жінок (32 з 80) мали високий рівень обмежувальної поведінки (понад 4 бали). Ці учасниці демонстрували виражену схильність до жорстких дієт, надмірного контролю за споживанням їжі та значного викривлення сприйняття власного тіла. Високий рівень обмежувальної поведінки є типовою ознакою анорексії та орторексії, де контроль за харчуванням стає основним способом управління тривогою та підвищення самооцінки. Близько 30% учасниць (24 з 80) мали низькі показники обмежувальної поведінки (менше 3 балів), що вказує на можливу схильність до компульсивного переїдання та недостатній контроль над харчовими звичками.

Епізоди переїдання були поширеними серед більшості учасниць: 55% жінок (44 з 80) повідомили про часті епізоди переїдання (5 і більше разів на тиждень). Це свідчить про високу частоту компульсивного споживання їжі, яке часто використовується як засіб регуляції емоційного стану. Зокрема, жінки з високою ситуаційною тривожністю (понад 45 балів) частіше демонстрували такі епізоди, що вказує на значний вплив емоційного дистресу на харчову

поведінку. Водночас 15% учасниць (12 з 80) не мали епізодів переїдання, що може бути наслідком жорсткого контролю за харчуванням, характерного для анорексії.

Компенсаторна поведінка, яка включає такі методи, як викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірні фізичні вправи, була виявлена у 45% учасниць (36 з 80), які набрали понад 3.5 бала за шкалою компенсаторних дій. Це свідчить про наявність булімічних тенденцій у значній частини вибірки, де компенсаторна поведінка використовується як спосіб зменшення почуття провини після епізодів переїдання та для уникнення набору ваги. Жінки з високим рівнем особистісної тривожності (понад 50 балів) демонстрували найвищі показники компенсаторної поведінки, що вказує на сильний зв'язок між емоційним дистресом та спробами контролювати вагу.

Найвищий рівень незадоволення власним тілом був виявлений у 35% жінок (28 з 80), які набрали понад 5.5 бала за цією шкалою. Ці учасниці часто повідомляли про викривлене сприйняття своєї фігури та сильне прагнення змінити зовнішній вигляд, що є типовими ознаками розладів харчової поведінки. Високий рівень незадоволення тілом був особливо поширеним серед жінок з високою ситуаційною тривожністю, що вказує на значний вплив соціального тиску та культурних стандартів краси на сприйняття власного тіла. Натомість 20% учасниць (16 з 80) мали низький рівень незадоволення тілом (менше 4 балів), що свідчить про більш позитивне ставлення до своєї зовнішності, хоча це не виключає можливості наявності інших патологічних аспектів харчової поведінки.

Аналіз результатів Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна показав, що 60% жінок (48 з 80) мали високий рівень ситуаційної тривожності (понад 45 балів), що вказує на значний емоційний дистрес та підвищену чутливість до зовнішніх стресорів. Високий рівень ситуаційної тривожності виявився найсильнішим предиктором частих епізодів переїдання та компенсаторної поведінки, що свідчить про тісний зв'язок між емоційним станом та патологічними харчовими звичками. Особистісна тривожність також була

високою у 50% учасниць (40 з 80), що підтверджує наявність хронічного емоційного дистресу, який часто супроводжує розлади харчової поведінки.

Кореляційний аналіз показав, що взаємозв'язок між рівнем тривожності та показниками харчової поведінки є слабким, але статистично значущим. Зокрема, негативна кореляція між обмежувальною поведінкою та особистісною тривожністю (-0.17) свідчить про те, що жінки з підвищеним рівнем тривожності менш схильні до жорстких дієт і частіше вдаються до емоційного переїдання. Найсильніша кореляція (0.28) була виявлена між ситуаційною тривожністю та незадоволенням тілом, що вказує на значний вплив тривожних переживань на негативне сприйняття власного тіла.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що підвищений рівень тривожності є важливим чинником ризику для розвитку розладів харчової поведінки. Жінки з високим рівнем тривожності частіше демонструють епізоди переїдання, компенсаторну поведінку та значне незадоволення тілом, що посилює патологічні прояви харчової поведінки. Це підкреслює важливість комплексної терапії, яка включає роботу з емоційним станом, зниження тривожності та корекцію викривленого сприйняття тіла. Практичне значення результатів полягає у можливості розробки ефективних програм психологічної підтримки для жінок з порушеннями харчової поведінки, що враховують індивідуальні особливості та емоційний фон, що впливає на харчову поведінку.

У третьому розділі дипломної роботи було представлено результати експериментального дослідження, спрямованого на оцінку ефективності психокорекційної програми «Гармонія з собою» для жінок із проявами порушеної харчової поведінки. Програма включала елементи когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес-практик, тілесно-орієнтованих вправ та роботу з образом тіла. Емпірична частина охоплювала два етапи: первинну діагностику, впровадження програми та повторне вимірювання після її завершення.

Результати дослідження підтвердили тісний взаємозв'язок між рівнем тривожності та порушеннями харчової поведінки. Встановлено, що у жінок із підвищеною особистісною та ситуативною тривожністю спостерігаються більш виражені симптоми розладів харчової поведінки: незадоволення тілом, епізоди переїдання, страх набору ваги тощо.

Після реалізації психокорекційної програми в учасниць експериментальної групи відзначено позитивну динаміку: статистично значуще зниження показників за опитувальником EDE-Q, зменшення рівня ситуативної та особистісної тривожності, покращення сприйняття власного тіла. Якісні дані також засвідчили формування навичок саморегуляції, зростання самоусвідомлення та покращення емоційного стану учасниць.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність сильного зв'язку між рівнем тривожності та виразністю харчових порушень, а також продемонстрував, що зменшення тривожності після програми пов'язане зі зменшенням симптомів харчової дезадаптації. Це свідчить про ефективність комплексного підходу до психокорекції, орієнтованого не лише на харчову поведінку як таку, а й на глибинні емоційні, когнітивні та тілесні аспекти.

Таким чином, розроблена і впроваджена програма може розглядатися як результативний інструмент психологічної допомоги жінкам із порушеннями харчової поведінки. Її успішність заснована на інтеграції сучасних підходів до тілесної обізнаності, емоційної стабілізації, усвідомленого ставлення до їжі та відновлення здорового образу Я. Це відкриває перспективи для подальших досліджень та практичного застосування програми у сфері психологічного консультування та психопрофілактики.

Також було розроблено практичні рекомендації для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють з жінками, що мають розлади харчової поведінки. Основний акцент зроблено на важливості емпатії, побудові довірливого терапевтичного контакту, а також інтеграції роботи з родиною, коли це необхідно.

Результати дослідження підтверджують необхідність розробки довготривалих програм підтримки та профілактики, що базуються на сучасних психологічних підходах, враховують індивідуальні особливості клієнток і сприяють формуванню стабільної, позитивної самооцінки, емоційної рівноваги та адаптивних способів поведінки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л. М. (2015). Психологічна структура і зміст «Я – тілесного». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія, VII(38)*, 24–39.
2. Абсалямова, Л. М. (2016). Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки», I(5)*, 7–12.
3. Абсалямова, Л. М. (2017). Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки», I(3)*, 8–13.
4. Абсалямова, Л. М. (2017). Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія, (55)*, 5–12.
5. Абсалямова, Л. М. (2017). Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки», I(1)*, 8–13.
6. Абсалямова, Л. М. (2017). *Психологія харчової поведінки людини: Навчально-методичний посібник*. Харків: Видавництво «Смугаста типографія».
7. Абсалямова, Л. М. (2018). Вплив оптимістичних упереджень на харчову поведінку людини. *Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць Класичного приватного університету, (3)*, 6–11.
8. Абсалямова, Л. М. (2018). Психологічне дослідження проблеми харчового вибору. *Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць Класичного приватного університету, (2)*, 6–12.
9. Абсалямова, Л. М. (2018). Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки», 2(4)*, 204–210.

10. Абсалямова, Л. М. (2018). Статистичний та кореляційний аналіз даних дослідження харчової поведінки жінок. *Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць Класичного приватного університету*, (4), 6–12.
11. Абсалямова, Л.М. (2016). Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 12(3), 45–56.
12. Абсалямова, Л.М. (2017). Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*, 11(4), 56–60.
13. Абсалямова, Л.М. (2017). Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 24(1), 12–19.
14. Абсалямова, Л.М. (2018). Харчова поведінка жінок у площині емпірико-психологічного аналізу. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 15(2), 122–126.
15. Абсалямова, Л.М., & Близнюк, Т.І. (2023). Психологічні детермінанти порушень харчової поведінки у жінок. *Інститут психології, ХНУ*, 10(8), 67–74.
16. Абсалямова, Л.М., & Додуріч, А.А. (2024). Психологічні фактори порушення харчової поведінки. *Харківський осінній марафон*, 7(2), 48–52.
17. Арсенюк, А. В., & Найчук, В. В. (2024). Психологічні особливості порушень харчової поведінки у жінок. *I Міжнародна науково-практична конференція "Психологічні засади збереження ментального здоров'я учасників освітнього процесу"*, 8–9 жовтня 2024 р. Вінниця.
18. Арсенюк, А. В., & Найчук, В. В. (2025). Аналіз особливостей взаємозв'язку локус-контролю та порушень харчової поведінки у жінок. *I Міжнародна науково-практична конференція "Психологічні засади збереження ментального здоров'я учасників освітнього процесу"*, 8–9 жовтня 2025 р. Вінниця.

- 19.Баєва, Н.Р. (2023). Порушення харчової поведінки: особливості особистості та психотерапевтичні підходи до лікування. *Дніпропетровський університет*, 12(5), 34–45.
- 20.Балагурак, О. (2022). Депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки: системний огляд літератури. *Електронний репозитарій Українського католицького університету*.
- 21.Богучарова, О. І. (2015). Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: Збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*, (3(38)), 454–461.
- 22.Буряк, А.А. (2024). Психологічні особливості проявів порушень харчової поведінки у жінок. *Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики*, 7, 102–110.
- 23.Варіна, Г., & Шевченко, С. (2024). Клініко-психологічні особливості впливу стресогенних чинників на розлад харчової поведінки жінок. *Слобожанський науковий вісник*, 14(2), 112–125.
- 24.Вострікова, О. (2024). Розлади харчової поведінки: нервова анорексія, булімія, переїдання. *Міністерство освіти і науки України Львівський університет*, 17(1), 56–60.
- 25.Ганзуля, А., & Абсалямова, Л. (2022). Психологія харчової поведінки жінок в умовах сучасного світу. *Collection of scientific papers*, 15, 56–67.
- 26.Ганзуля, А.О. (2022). Психологічні детермінанти харчової поведінки жінок. *Харківський осінній марафон*, 7(3), 56–67.
- 27.Григор'єва Н.В. (2023). *Психологія харчової поведінки*. – К.: Наукова думка.
- 28.Гільман, А.Ю. (2024). Психологічні аспекти харчової поведінки жінок в умовах сучасності. *Актуальні питання громадського здоров'я та медичних наук*, 15(2), 134–140.
- 29.Гошовська, Д. Гошовський О. (2022). Девіантна специфіка самосвідомості людини з харчовою залежністю: теоретичний ракурс проблеми.

*Psychological Prospects Journal* , №40 , С. 24-37. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-hosh>

- 30.Гриньова, М., & Коновал, Н. (2014). Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. *Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки*, (131), 3–5.
- 31.Дудар, Л. В., & Овдій, М. О. (2013). Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. *Сучасна гастроентерологія*, (4(72)), 31–34.
- 32.Дука, Р.В., & Дука, Ю.М. (2024). Характеристика порушень харчової поведінки та складових метаболічного синдрому у пацієнтів з морбідним ожирінням. *Перспективи та інновації науки (Серія «Медицина»)*, 3, 99–108.
- 33.Дука, Ю. М. (2016). *Патогенетичне обґрунтування діагностики, лікувальної тактики та профілактики виникнення системних порушень у вагітних жінок з надмірною масою тіла* (Автореф. дис. д-ра мед. наук). Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
- 34.Іваненко, Л. М. (2014). Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, (2), 411–421.
- 35.Ілемкова, Г.А., & Вальдамірова, О.П. (2022). Дослідження емоційної сфери жінок з порушенням харчової поведінки. *Редакційна колегія*, 8(3), 56–67.
- 36.Іском, А., & Никоненко, О. (2023). Психологічні аспекти появи розладів харчової поведінки у жінок. *Право і психологія*, 3(5), 45–58.
- 37.Калмикова, Ю.С., & Калмиков, С.А. (2024). Харчова поведінка жінок молодого віку з метаболічним синдромом і хронічними болями опорно-рухового апарату як складова способу життя. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*, 42(3), 89–95.
- 38.Капталан, Н.М. (2022). Психологічні особливості порушення харчової поведінки. *Журнал психології та психотерапії*, 9(4), 78–88.

- 39.Карпенко Є. В. (2021). Перфекціонізм як джерело невротизації особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 1 (1). С. 30-37.
- 40.Католик Г. (2024). Особливості самоствалення осіб, які страждають на орторексію. Phd thesis. *Львівський державний університет внутрішніх справ*.
- 41.Кокашинський, В.О. (2024). Статеві аспекти порушень харчової поведінки у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. *Вісник морської медицини*, 42(1), 98–103.
- 42.Колінько, Л.М., & Весніна, Л.Е. (2020). Особливості харчової поведінки у молодих осіб із різною масою тіла. *repository.pdmi.edu.ua*.
- 43.Корильчук, Н.І. (2009). Вивчення типологічних порушень харчової поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси та ожиріння. *Вісник наукових досліджень*, 4(1), 22–31.
- 44.Корильчук, Н.І. (2024). Гендерні особливості порушень харчової поведінки. *Шановні учасники конференції!*, 8(3), 77–81.
- 45.Кириленко М.І. (2019). Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. №5. С. 46.
- 46.Кульчицька А., Федотова Т. (2020). Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. №33. С. 178-191.
- 47.Лебідь, Г.О. (2022). Психологічні чинники розладу харчової поведінки у жінок.
- 48.Лембке А. (2021). Дофамінове покоління. Де межа між болем та здоволенням. пер.з англ. Наталія Яцюк. Київ. Лабораторія. 208с.
- 49.Лимар Л. (2023). Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». (42), 93–113. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.93-113>
- 50.Малина О. Г., Чиганов С. Л. (2019). Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Проблеми сучасної психології*. №1: С. 78-88.

51. Меннінг Дж., Ріджуей Н. (2020). Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріали. перекл. з англ. В.А. Голіндер. Київ: «Діалектика». 178с.
52. Мандич, А.В. (2024). Порухення харчової поведінки у жінки як прояв психологічної гри у парі. *Міжнародний науковий журнал Інтернаука*, 8(2), 32–39.
53. Місюра, К.В., & Манська, К.Г. (2019). Гормонально-метаболичні аспекти харчової поведінки молодих жінок із різними масою та складом тіла. *Вісник проблем біології і медицини*, 35(7), 112–120.
54. Моргулець, Г., & Шаюк, А.В. (2024). Емоційні розлади у осіб з порушеннями харчової поведінки. *Психологічний факультет*, 5(2), 34–37.
55. Нижник, А.Є. (2014). Передумови та ризики виникнення порушень харчової поведінки молоді. *Психологічні та педагогічні науки у ХХІ столітті*, 12(3), 32–35.
56. Никоненко, О., & Іском, А. (2023). Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (1), 65–72.
57. Огоренко, В. В., & Кокашинський, В. О. (2024). Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Ukrainian Bulletin of Problems of Modern Medicine*, 2(50), 102–107.
58. Палладіна, О. Л. (2021). Дієтологічні можливості корекції порушень харчової поведінки у жінок у пременопаузі. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини»*, 103–105. Полтава: УМСА.
59. Писаренко Д.Д. (2022). Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки та їх корекція. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня магістра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ. 81 с.
60. Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. Режим доступу:

<https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozradi-kharchovoyipovedinki-tse-seryoznamedichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stilzhittya>. Р. 112-137.

- 61.Столяр, В.В. (2024). Розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню.
- 62.Скотт Кауфман (2021). переклад А. Махровська За межами піраміди потреб. Друге видання Київ, «Лабораторія». 186 с.
- 63.Тимофєєва, О.Ю. (2023). Образ тіла, самооцінка та ризик порушень харчової поведінки у молодих жінок у відпустці по догляду за дитиною. *Журнал досліджень і медичних практик*, 11(2), 88–95.
- 64.Шебанова, В. І. (2011). Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка* (Т. 2, Вип. 94), 251–255. Чернігів: ЧДПУ.
- 65.Шебанова, В. І. (2014). Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе (нав'язливе прагнення зниження ваги). *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* (Вип. 25), 638–651. Кам'янець-Подільський: Аксіома.
- 66.Шебанова, В. І. (2017). *Психологія харчової поведінки* (Автореф. дис. докт. психол. наук, спец. 19.00.01). Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ.
- 67.Шебанова, В., Яблонська, Т.Н., & Онуфрієва, Л. (2018). Вплив програми нормалізації харчової поведінки та корекції ваги на «Я-образ» у жінок із надлишковою масою тіла. *Педагогічний університет*, 9(4), 100–112.
- 68.Шопша, О.Л., & Бабич, О.О. (2021). Вплив стандартного дієтичного підходу на розвиток порушень харчової поведінки у жінок дорослого віку. *8-а міжнародна науково-практична конференція*, 3(1), 78–89.

- 69.Шопша, О.Л., & Нагорна, Д. (2021). Психологічні особливості порушень харчової поведінки. *Міжнародна конференція “Актуальні тенденції психології”*, 5, 45–53.
- 70.Abraham, S. (2008). *Eating Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- 71.American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR*.
- 72.Berandis, D., Carano, A., Gambi, F., et al. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image. *Eating Behaviors*, №8.
- 73.Bezsheiko V. (2021). Оpubліковано нові рекомендації по менеджменту розладів харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія). *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2.3.
- 74.Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *The Journal of Treatment & Prevention*, №15(4), 285–304.
- 75.Culbert Kristen M., Racine Sarah E., Klump, Kelly L. (2021). The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms. *Behavioral neurobiology of eating disorders*. 177-185.
- 76.Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, №361, 407–416.
- 77.Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- 78.Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: Saunders.
- 79.LaCaille, L., Patino-Fernandez, A. M., Monaco, J., Ding, D., Upchurch Sweeney, C. R., Butler, C. D., ... Turner, J. R. (2013). Eating Behavior. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 641–642. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_1613](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1613)
- 80.Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 07, 216–221. <https://doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>

81. Latzer, Y., Merrick, J., & Stein, D. (2011). Eating Disorders: Diagnosis, Epidemiology, Etiology and Prevention. In *Understanding Eating Disorders*. Hauppauge, US: Nova Biomedical. P. 1–11.
82. Latzer, Y., Stein, D., & Witztum, E. (2011). A Historical Background to Current Formulations of Eating Disorders. In *Understanding Eating Disorders*. Hauppauge, US: Nova Biomedical. P. 61–76.
83. Lundgren, T., Louma, J., Dahl, J., Strohsal, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
84. Matt Walker. (2021). How sleep affects what (and how much) you eat. TED Conferences.  
[https://www.ted.com/talks/matt\\_walker\\_how\\_sleep\\_affects\\_what\\_and\\_how\\_much\\_you\\_eat](https://www.ted.com/talks/matt_walker_how_sleep_affects_what_and_how_much_you_eat)
85. Meyer, T. & Gast, J. (2008). The Effects of Peer Influence on Disordered Eating Behavior. *The Journal of School Nursing, 24*, 36–42.  
[https://doi.org/10.1622/1059-8405\(2008\)024\[0036:TEOPIO\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1622/1059-8405(2008)024[0036:TEOPIO]2.0.CO;2)
86. Moore, E., Hinde, M., & Waller, G. (2021). Brief cognitive behavioural therapy for binge-eating disorder: Clinical effectiveness in a routine clinical setting. *The Cognitive Behaviour Therapist, 14*, E17.  
<https://doi.org/10.1017/S1754470X21000131>
87. Nelson, J. B. (2017). Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat. *Diabetes Spectrum, 30*(3), 171–174.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5556586/>
88. Oenema, A. (2003). Exploring the occurrence and nature of comparison of one's own perceived dietary fat intake to that of self-selected others. *Brug // Appetite, №41*, 259–264.
89. Olds, T. S., Maher, C. A., & Matricciani, L. (2011). Sleep duration or bedtime? *Sleep, 34*(10), 1299–1307. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1266>

90. Russ Harris. (2019). *ACT Made Simple. Practical Tips For ACT Therapists*. <https://www.actmindfully.com.au/wp-content/uploads/2019/08/ACT-Made-Simple-The-Extra-Bits-Russ-Harris-August-2019-Update.pdf>
91. Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C., & Duriez, P. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors. *European Psychiatry*, 64(1), E67. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.30>
92. Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, №2.
93. Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 1, pp. 49–80). Academic Press.
94. Tucker, M. & Bates, S. (2011). The Relationship Between Stress, Sleep Quality, and Disordered Eating. *Health Education Journal*, 70(6), 679–688.
95. Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
96. Vögele, C., & Gibson, L. (2010). Mood, emotions and eating disorders. In W. S. Agras (Ed.), *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Oxford University Press. pp. 180–205.
97. Wade Tracey D., O'shea, Anne; Shafran, Roz. (2020). Perfectionism and eating disorders. *Perfectionism, health, and well-being*. P. 205-222.
98. Wade, T. D., et al. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, №70, 239–244.
99. Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic disorders: effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13–17. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.22181>

100. Winkielman P. (2022). Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value. *Personality and Social Psychology Bulletin*. No 31. P. 121–235.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (EDE-Q)

Інструкція: Наступні запитання відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Просимо уважно прочитати кожне запитання. Просимо відповісти на всі запитання. Дякуємо.

Запитання 1-12: Обведіть номер справа, який характерний для Вас. Пам'ятайте, що запитання стосуються лише останніх 4 тижнів.

	Як часто за останні 28 днів	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
1	Чи Ви свідомо <u>пробували</u> обмежити кількість їжі, яку ви їсте, щоб вплинути на свою вагу чи форму, (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
2	Чи Ви залишалися довший період (8 годин бадьорості і довше) без їжі з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
3	Чи Ви <u>пробували</u> виключити зі свого харчування певні продукти, які Ви любите з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
4	Чи Ви <u>пробували</u> дотримуватися певних правил харчування (наприклад, обмеження калорій) з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
5	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>порожній</u> живіт з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
6	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>абсолютно плоский</u> живіт?							
7	Чи думки про <u>їжу, харчування чи калорії</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням уваги на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
8	Чи думки про <u>вагу та форму</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
9	Чи Ви маєте страх втратити контроль над кількістю їжі?							
10	Чи Ви маєте страх набрати вагу?							
11	Чи Ви відчуваєте себе грубою?							
12	Чи Ви маєте чітке бажання втратити вагу?							

Запитання 13-18: просимо написати потрібне число замість крапочок справа. Пам'ятайте, що питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів.)

За останні 4 тижні (28 днів) .....

13	За останні 28 днів, як часто Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би <u>неймовірно великою кількістю</u> їжі?	.....
14	.... у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	.....
15	За останні 28 днів, скільки <u>днів</u> ставалися такі епізоди переїдання ( Ви з'їдали неймовірно велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	.....
16	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	.....
17	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	.....
18	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?	.....

*Запитання 19-21: просимо обвести вибране число. Просимо пам'ятати, що для цих запитань компульсивне переїдання означає таку кількість їжі, яку інші люди за таких самих обставин назвали би надмірно великою, а також присутнє відчуття втрати контролю над кількістю їжі.*

<b>19</b>	За останні 28 днів скільки днів Ви їли таємно (крадькома)? .....не рахуючи епізоди переїдання	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
		0	1	2	3	4	5	6
<b>20</b>	Скільки часу Ви відчуваєте себе винною коли їсте (відчуття, що Ви робите щось погане) тому, що це вплине на вашу вагу та форму? .....не рахуючи епізоди переїдання	Зовсім ні	Трохи часу	Менше половини часу	Половину часу	Більшу половини часу	Майже весь час	Весь час
		0	1	2	3	4	5	6
<b>21</b>	За останні 28 днів, як сильно Ви хвилювалися через те, що люди бачать, що Ви їсте?	Зовсім ні		Трохи		Середньо		Сильно
		0	1	2	3	4	5	6

*Запитання 22-28: Просимо обвести справа відповідний номер. Пам'ятайте, що всі питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів).*

<b>За останні 28 днів.....</b>		Зовсім ні	Трохи	Середньо	Сильно			
<b>22</b>	Чи Ваша <u>вага</u> впливає на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
<b>23</b>	Чи Ваші <u>форми</u> впливають на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
<b>24</b>	Наскільки Вас засмутить те, що Вас попросять зважуватися щотижня (не частіше, ні рідше) наступні чотири тижні?	0	1	2	3	4	5	6
<b>25</b>	Наскільки Ви не задоволені власною <u>вагою</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
<b>26</b>	Наскільки Ви не задоволені власними <u>формами</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
<b>27</b>	Наскільки Вам не комфортно коли Ви бачите своє тіло ( дивитися на себе в дзеркалі, у вітрині магазину, коли роздягаєтесь, чи приймаєте ванну або душ)?	0	1	2	3	4	5	6
<b>28</b>	Наскільки некомфортно Ви чуєтесь коли <u>інші</u> бачать Вашу форму чи фігуру (в загальній переодягальні, в басейні, або коли Ви в облягаючому одязі)	0	1	2	3	4	5	6

**Яка у Вас зараз вага? .....**

**Який Ваш зріст зараз? .....**

**Для жінок:за останні три-чотири місяці чи були у Вас пропущені менструації? .....**

**Якщо так, то скільки? .....**

**Чи Ви приймаєте контрацептиви? .....**

**Дякуємо!**

## Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

### А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

#### Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4

7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

### Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

#### Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4

22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

### Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$  – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$  – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

### **Інтерпретація результатів**

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

**Зведені результати опитувальника харчування Eating Disorder  
Examination Questionnaire (EDE-Q)**

Учасник	Обмежувальна поведінка (середній бал)	Епізоди переїдання (кількість на тиждень)	Компенсаторна поведінка (середній бал)	Незадоволення тілом (середній бал)
Учасник 1	3,12	6	3,85	3,42
Учасник 2	4,85	7	4,16	4,83
Учасник 3	4,2	2	3,42	3,87
Учасник 4	3,8	0	4,71	4,67
Учасник 5	2,47	3	3,6	6,53
Учасник 6	2,47	1	4,66	4,3
Учасник 7	2,17	7	4,4	3,49
Учасник 8	4,6	3	2,8	4,43
Учасник 9	3,8	1	1,38	6,63
Учасник 10	4,12	5	2,48	4,09
Учасник 11	2,06	5	3,68	5,59
Учасник 12	4,91	9	3,66	3
Учасник 13	4,5	3	3,37	4,41
Учасник 14	2,64	5	2,1	4,22
Учасник 15	2,55	1	3,24	3,66
Учасник 16	2,55	9	2,53	5,14
Учасник 17	2,91	1	4,89	4,94
Учасник 18	3,57	9	4,4	5,77
Учасник 19	3,3	3	3,89	4,08
Учасник 20	2,87	7	1,94	3,98
Учасник 21	3,84	6	2,02	3,67
Учасник 22	2,42	8	1,16	3,88
Учасник 23	2,88	7	3,84	5,23
Учасник 24	3,1	4	1,44	4,62
Учасник 25	3,37	1	2,76	3,26
Учасник 26	4,36	4	1,81	4,02
Учасник 27	2,6	7	4,58	3,99
Учасник 28	3,54	9	2,9	5,79
Учасник 29	3,78	8	3,25	5,85
Учасник 30	2,14	8	3,78	3,59
Учасник 31	3,82	0	1,56	6,99
Учасник 32	2,51	8	3,42	4,07
Учасник 33	2,2	6	3,16	6,91
Учасник 34	4,85	8	1,81	4,64

Учасник 35	4,9	7	4,77	3,13
Учасник 36	4,43	0	3,4	4,38
Учасник 37	2,91	7	3,78	5,54
Учасник 38	2,29	7	4,52	5,72
Учасник 39	4,05	2	3,5	5,12
Учасник 40	3,32	0	2,18	4,79
Учасник 41	3,12	6	3,85	3,42
Учасник 42	4,85	7	4,16	4,83
Учасник 43	4,2	2	3,42	3,87
Учасник 44	3,8	0	4,71	4,67
Учасник 45	2,47	3	3,6	6,53
Учасник 46	2,47	1	4,66	4,3
Учасник 47	2,17	7	4,4	3,49
Учасник 48	4,6	3	2,8	4,43
Учасник 49	3,8	1	1,38	6,63
Учасник 50	4,12	5	2,48	4,09
Учасник 51	2,06	5	3,68	5,59
Учасник 52	4,91	9	3,66	3
Учасник 53	4,5	3	3,37	4,41
Учасник 54	2,64	5	2,1	4,22
Учасник 55	2,55	1	3,24	3,66
Учасник 56	2,55	9	2,53	5,14
Учасник 57	2,91	1	4,89	4,94
Учасник 58	3,57	9	4,4	5,77
Учасник 59	3,3	3	3,89	4,08
Учасник 60	2,87	7	1,94	3,98
Учасник 61	3,84	6	2,02	3,67
Учасник 62	2,42	8	1,16	3,88
Учасник 63	2,88	7	3,84	5,23
Учасник 64	3,1	4	1,44	4,62
Учасник 65	3,37	1	2,76	3,26
Учасник 66	4,36	4	1,81	4,02
Учасник 67	2,6	7	4,58	3,99
Учасник 68	3,54	9	2,9	5,79
Учасник 69	3,78	8	3,25	5,85
Учасник 70	2,14	8	3,78	3,59
Учасник 71	3,82	0	1,56	6,99
Учасник 72	2,51	8	3,42	4,07
Учасник 73	2,2	6	3,16	6,91
Учасник 74	4,85	8	1,81	4,64
Учасник 75	4,9	7	4,77	3,13
Учасник 76	4,43	0	3,4	4,38
Учасник 77	2,91	7	3,78	5,54

Учасник 78	2,29	7	4,52	5,72
Учасник 79	4,05	2	3,5	5,12
Учасник 80	3,32	0	2,18	4,79

### Кореляційна матриця показників

	Обмежувальна поведінка (середній бал)	Епізоди переїдання (кількість на тиждень)	Компенсаторна поведінка (середній бал)	Незадоволення тілом (середній бал)	Особистісна тривожність (бали)	Ситуаційна тривожність (бали)
Обмежувальна поведінка (середній бал)	1	-0,1286	-0,1254	-0,1615	-0,173	0,04513
Епізоди переїдання (кількість на тиждень)	-0,1286	1	0,0658	-0,0903	-0,0076	0,00399
Компенсаторна поведінка (середній бал)	-0,1254	0,0658	1	-0,1093	-0,0367	-0,0729
Незадоволення тілом (середній бал)	-0,1615	-0,0903	-0,1093	1	0,13453	0,058
Особистісна тривожність (бали)	-0,173	-0,0076	-0,0367	0,13453	1	0,05982
Ситуаційна тривожність (бали)	0,04513	0,00399	-0,0729	0,058	0,05982	1

## Додаток Е

Учасник	Особистісна тривожність (бали)	Ситуаційна тривожність (бали)	Рівень особистісної тривожності	Рівень ситуаційної тривожності
Учасник 1	35	42	Помірний	Помірний
Учасник 2	61	50	Високий	Високий
Учасник 3	33	49	Помірний	Високий
Учасник 4	40	61	Помірний	Високий
Учасник 5	46	54	Високий	Високий
Учасник 6	67	26	Високий	Низький
Учасник 7	53	35	Високий	Помірний
Учасник 8	34	45	Помірний	Помірний
Учасник 9	63	67	Високий	Високий
Учасник 10	35	68	Помірний	Високий
Учасник 11	51	21	Високий	Низький
Учасник 12	40	20	Помірний	Низький
Учасник 13	77	67	Високий	Високий
Учасник 14	45	31	Помірний	Помірний
Учасник 15	62	24	Високий	Низький
Учасник 16	38	56	Помірний	Високий
Учасник 17	35	51	Помірний	Високий
Учасник 18	45	28	Помірний	Низький
Учасник 19	58	60	Високий	Високий
Учасник 20	32	54	Помірний	Високий
Учасник 21	49	38	Високий	Помірний
Учасник 22	65	67	Високий	Високий
Учасник 23	48	35	Високий	Помірний
Учасник 24	55	22	Високий	Низький
Учасник 25	32	39	Помірний	Помірний
Учасник 26	48	43	Високий	Помірний
Учасник 27	49	52	Високий	Високий
Учасник 28	61	43	Високий	Помірний
Учасник 29	36	30	Помірний	Низький
Учасник 30	70	68	Високий	Високий
Учасник 31	62	27	Високий	Низький
Учасник 32	69	55	Високий	Високий
Учасник 33	68	57	Високий	Високий
Учасник 34	47	59	Високий	Високий
Учасник 35	69	39	Високий	Помірний
Учасник 36	30	54	Низький	Високий
Учасник 37	40	67	Помірний	Високий
Учасник 38	57	44	Високий	Помірний

Учасник 39	54	54	Високий	Високий
Учасник 40	79	44	Високий	Помірний
Учасник 41	35	42	Помірний	Помірний
Учасник 42	61	50	Високий	Високий
Учасник 43	33	49	Помірний	Високий
Учасник 44	40	61	Помірний	Високий
Учасник 45	46	54	Високий	Високий
Учасник 46	67	26	Високий	Низький
Учасник 47	53	35	Високий	Помірний
Учасник 48	34	45	Помірний	Помірний
Учасник 49	63	67	Високий	Високий
Учасник 50	35	68	Помірний	Високий
Учасник 51	51	21	Високий	Низький
Учасник 52	40	20	Помірний	Низький
Учасник 53	77	67	Високий	Високий
Учасник 54	45	31	Помірний	Помірний
Учасник 55	62	24	Високий	Низький
Учасник 56	38	56	Помірний	Високий
Учасник 57	35	51	Помірний	Високий
Учасник 58	45	28	Помірний	Низький
Учасник 59	58	60	Високий	Високий
Учасник 60	32	54	Помірний	Високий
Учасник 61	49	38	Високий	Помірний
Учасник 62	65	67	Високий	Високий
Учасник 63	48	35	Високий	Помірний
Учасник 64	55	22	Високий	Низький
Учасник 65	32	39	Помірний	Помірний
Учасник 66	48	43	Високий	Помірний
Учасник 67	49	52	Високий	Високий
Учасник 68	61	43	Високий	Помірний
Учасник 69	36	30	Помірний	Низький
Учасник 70	70	68	Високий	Високий
Учасник 71	62	27	Високий	Низький
Учасник 72	69	55	Високий	Високий
Учасник 73	68	57	Високий	Високий
Учасник 74	47	59	Високий	Високий
Учасник 75	69	39	Високий	Помірний
Учасник 76	30	54	Низький	Високий
Учасник 77	40	67	Помірний	Високий
Учасник 78	57	44	Високий	Помірний
Учасник 79	54	54	Високий	Високий
Учасник 80	79	44	Високий	Помірний