Міністерство освіти і науки України
Сумська обласна рада
Департамент освіти і науки Сумської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад Сумський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти

Факультет підвищення кваліфікації і перепідготовки

Кафедра психології

Бикова Вікторія Олександрівна

Особливості подолання розладів харчової поведінки у жінок

Кваліфікаційна (магістерська) робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійної програми Практична психологія

Науковий керівник:
Чеканська Лариса Миколаївна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри

Рекомендовано до захисту
рішенням кафедри психології
Протокол № 11 від «29» січня 2025 р.

Завідувач кафедри _____ А.В. Вознюк

Суми – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП ……..…..…….……....3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК……...…….7

1.1. Основні підходи до поняття розладів харчової поведінки…….7

1.2. Особливості розладів харчової поведінки у жінок……...16

1.3. Система чинників, які впливають на особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок …….22

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК……..……..…..…35

2.1. Методики та процедура дослідження особливостей розладів харчової поведінки у жінок …….....35

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей розладів харчової поведінки у жінок та чинників, які впливають на них……..…….....42

2.3. Психологічні рекомендації щодо подолання розладів харчової поведінки у жінок……..…….....52

ВИСНОВКИ.……..……...…….…62

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….…….....65

ДОДАТКИ………...……72

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна психологія приділяє значну увагу питанням повноцінного функціонування особистості, де важливим аспектом є правильне харчування як основа здорового способу життя. Особливо гостро постає проблема розладів харчової поведінки у жінок, що зумовлена комплексом соціально-психологічних факторів та потребує ґрунтовного дослідження.

Проблема розладів харчової поведінки розглядалася у роботах багатьох науковців. Зокрема, психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки досліджували З.Я. Ковальчук, Л.М. Абсалямова, О.С. Травенко [11; 1; 26].

Значний внесок у вивчення соціально-психологічних чинників, що впливають на появу розладів харчової поведінки, зробили Т.О. Серга та М.В. Білоусенко [23].

Важливі дослідження щодо впливу перфекціонізму на розвиток харчових розладів провела О.І. Кононенко. Особливості емоційного переїдання та його зв'язок з психологічними станами вивчала Л.М. Вольнова. О. Аврамчук та О. Круц у своїх роботах досліджували схильність до розладів харчової поведінки серед підлітків [7; 3].

Особливу увагу привертають дослідження Fairburn і Cooper та Treasure і Schmidt, які представили комплексний аналіз психологічних передумов виникнення розладів харчової поведінки [41; 59]. Вагомий внесок у розуміння зв'язку між самотністю та розладами харчової поведінки зробила Марта Левін [51].

Наше дослідження зумовлене зростанням кількості випадків порушень харчової поведінки, особливо серед жіночої популяції. В умовах сучасних викликів, таких як пандемія коронавірусу та наслідки повномасштабного конфлікту, населення України зазнає значного психологічного навантаження, що часто призводить до розладів харчування як способу подолання стресу.

Додатковим фактором виступають соціальні стандарти краси, які створюють психологічний тиск на жінок, формуючи стереотипи щодо зовнішнього вигляду та ваги.

Отже, соціальна значущість проблеми, її недостатня наукова розробленість та необхідність комплексного вивчення психологічних аспектів харчової поведінки жінок зумовили вибір **теми дослідження**: «Особливості подолання розладів харчової поведінки у жінок».

Об'єкт дослідження — розлади харчової поведінки у жінок.

Предмет дослідження — особливості подолання розладів харчової поведінки у жінок.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості подолання розладів харчової поведінки у жінок та розробити психологічні рекомендації для їх подолання.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

1. Розкрити основні підходи до поняття розладів харчової поведінки.

2. Визначити специфіку розладів харчової поведінки у жінок

3. Виокремити систему чинників, які впливають на особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок.

4. Дослідити особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок та виокремити систему чинників, які впливають на їх прояв.

5. Розробити психологічні рекомендації для подолання розладів харчової поведінки у жінок.

Відповідно до визначених завдань використовувались наступні **методи дослідження**: теоретичні (теоретичний аналіз та синтез, систематизація, порівняння і узагальнення даних наукових джерел); емпіричні методи (спостереження, тестування, стандартизовані методики); методи обробки та інтерпретації даних (метод описової статистики, кількісні та якісні із застосуванням методів математичної статистики); вивчення та систематизація методів, засобів та прийомів психологічного навчання.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у розкритті основних підходів щодо поняття розладів харчової поведінки; визначенні специфіки прояву розладів харчової поведінки у жінок та виокремленні системи чинників, які впливають на їх прояв.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблені рекомендації будуть сприяти подоланню розладів харчової поведінки у жінок. Апробований у дослідженні методичний інструментарій може стати основою моніторингу рівня прояву розладів харчової поведінки у жінок.

Апробація результатів дослідження. Наукові здобутки науково-дослідної роботи були представлені на науково-практичних заходах різного рівня: VII Міжнародна науково-практична конференція «Інноваційні технології в роботі практичного психолога (Суми, 30.05.2024); II Всеукраїнський науково-практичний семінар «Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення» (Суми, 23.01.2025).

Основні результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології та опубліковані у наукових статтях:

1. Бикова В. О. Система чинників, які впливають на розлади харчової поведінки у жінок. *Психологія: від теорії до практики*: Інноваційні технології в роботі практичного психолога (матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. [у 2-х ч.]. Ч. 1. Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2024. С. 24–27.

2. Бикова В. О. Особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок та чинників, які впливають на них. *Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення:* матеріали II Всеукраїнського науково-практичного семінару «Актуальні питання практичної психології в умовах сьогодення» (23 січня 2025 р., м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василеги. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2025. С. 32–34.

Структура і обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, додатків, а також списку

використаних джерел, що нараховує 65 найменувань, з них 34 – іноземною мовою. Загальний обсяг роботи складає 89 сторінок, основний зміст викладено на 64 сторінках. Робота містить 6 таблиць, 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

1.1. Основні підходи до поняття розладів харчової поведінки

На сьогоднішній день є різноманітні підходи які класифікують розлади харчової поведінки. Один із них – клінічний підхід, який застосовується в межах Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). У цій класифікації розлади харчової поведінки віднесено до розділу «Поведінкові синдроми, які стосуються фізіологічних порушень та фізичних факторів». Такий підхід широко використовується у психіатричній практиці. Найчастіше зустрічаються розлади, в яких головним є страх зайвої ваги та прагнення схуднути, зокрема нервова анорексія і нервова булімія.

Серед видів порушень харчової поведінки виділяють наступні типи: емоціогенний, обмежувальний та екстернальний. Науковиця Абсалямова Л. акцентує увагу на різниці між поняттями «розлади» та «порушення» харчової поведінки. Вона зазначає, що порушення харчової поведінки характеризуються відхиленнями у харчуванні, які не є хворобою, проте значно ускладнюють повсякденне життя та функціонування людини. До таких порушень належать екстернальний, емоціогенний та обмежувальний типи харчової поведінки. Таким чином, не всі відхилення у харчуванні можна віднести до розладів [1].

Поняття «харчова поведінка» є відносно новим. Вона охоплює різноманітні прояви активності людини, пов’язані з харчуванням, а також якісні й кількісні особливості споживання їжі та зміни у раціоні. Ціннісне ставлення до їжі та стереотип її споживання у повсякденних та стресових умовах [2].

В.І. Шебанова зазначає, що на формування розладів харчової поведінки значно впливають такі чинники, як груповий тиск, соціальні та політичні цінності, рівень доступності харчових продуктів, реклама та інші аспекти, зумовлені культурними особливостями. Дослідниця підходить до аналізу харчових порушень через призму психосоматичної єдності, трактуючи харчову

поведінку як метасиндромне системно-процесуальне явище. Це явище характеризується здатністю до самоорганізації та саморозвитку в умовах спонтанного структурування [28].

В.І. Шебанова показує системний підхід до психологічної допомоги людям з порушеннями харчової поведінки. Вона наголошує на важливості роботи не лише з симптомами, але й з глибинними психологічними причинами розладів, включаючи особистісні особливості, сімейну динаміку та соціальні фактори. Особливе місце займає вивчення символічного значення їжі та харчової поведінки. Вона розглядає, як різні харчові практики можуть відображати психологічні проблеми та внутрішні конфлікти особистості. Дослідниця наголошує на важливості роботи не лише з симптомами, але й з глибинними психологічними причинами розладів, включаючи особистісні особливості, сімейну динаміку та соціальні фактори [28].

Особливе місце В.І. Шебанова виділяє символічному значенні їжі та харчової поведінки. Вона розглядає, як різні харчові практики можуть відображати психологічні проблеми та внутрішні конфлікти особистості [28].

І.М. Самойленко наголошує на ключовій ролі психологічних факторів, підкреслюючи, що розлади харчової поведінки виступають зовнішнім проявом, який сигналізує про скриті психологічні проблеми людини. На її думку, такі розлади можна розглядати як індивідуальний механізм, який захищає від пережитих травм і складних емоцій. При цьому їжа виконує роль об’єкта, на який спрямовуються деструктивні реакції, як-от надмірний контроль або компульсивна поведінка. Водночас вона стає символом, що відображає конкретні глибинні проблеми особистості [29].

Харчова поведінка являє собою складний комплекс психічних та поведінкових особливостей, які формуються протягом життя людини. І.М. Самойленко підкреслює, що порушення харчової поведінки не можна розглядати виключно як проблему з харчуванням - це значно складніший феномен, що відображає глибинні психологічні процеси. Вона розглядає взаємозв'язок між емоційним станом людини та її харчовою поведінкою.

Зокрема, підкреслю, що їжа часто використовується як спосіб регуляції емоційного стану, коли людина намагається "заїсти" негативні емоції або стрес. Такий механізм може призводити до формування стійких порушень харчової поведінки. Також важливе місце займає розгляд соціокультурних факторів. Вона звертає увагу на те, що сучасні стандарти краси та соціальний тиск щодо зовнішнього вигляду можуть виступати тригерами для розвитку порушень харчової поведінки. Особливо це стосується молодих жінок, які найбільш схильні до впливу таких соціальних установок [29].

Самойленко також розглядає роль сімейних відносин у формуванні харчової поведінки. Зокрема, дослідниця відзначає, що патерни харчової поведінки часто формуються в дитинстві під впливом сімейних традицій та установок щодо їжі. Порушені дитячо-батьківські стосунки можуть стати підґрунтям для розвитку розладів харчової поведінки в майбутньому. У контексті особистісних факторів особлива увага приділяється перфекціонізму та заниженій самооцінці. Ці риси часто супроводжують розлади харчової поведінки та можуть як передувати їх появі, так і посилюватися в процесі розвитку розладу [29].

Аналізуючи наукові підходи до типологізації порушень харчової поведінки, С.Д. Литвин-Кіндратюк визначила найбільш поширені з них. Серед основних видів вона виділила екстернальний, емоціогенний та обмежувальний типи харчової поведінки [18].

С.Д. Литвин-Кіндратюк пропонує розглядати порушення харчової поведінки через призму соціокультурного підходу. Дослідниця наголошує на важливості вивчення культурно-історичних аспектів формування харчових практик та їх впливу на розвиток порушень харчової поведінки в сучасному суспільстві. Вона приділяє особливу увагу дослідженню взаємозв'язку між культурними нормами, соціальними очікуваннями та індивідуальними харчовими патернами. Також підкреслює, що сучасні стандарти краси та соціальні уявлення про "ідеальне тіло" можуть створювати значний психологічний тиск та сприяти формуванню нездорових харчових звичок [18].

Дослідниця також розглядає роль сімейних традицій та культурних практик харчування у формуванні ставлення до їжі. Вона зазначає, що культурно обумовлені патерни харчової поведінки можуть як захищати від розвитку розладів харчування, так і сприяти їх формуванню, залежно від конкретного соціокультурного контексту. Важливим аспектом є аналіз впливу медіа та соціальних мереж на формування харчової поведінки. Вона відзначає, що сучасний інформаційний простір може створювати викривлені уявлення про нормальне харчування та тілесність, що може призводити до розвитку порушень харчової поведінки [18].

Екстернальна харчова поведінка включає підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів, пов'язаних із їжею. Це можуть бути вітрини, естетично оформлені столи або навіть образи привабливих людей, які вживають їжу. Наслідок такого типу харчової поведінки є ожиріння, так як для людей із цим видом поведінки їжа стає простим і доступним способом покращення емоційного стану. Тобто людина заїдає стрес і це в таких випадках несе в собі психологічний захист, допомагає уникнути реальних проблем і створює ілюзію суб'єктивного відчуття що все добре.

Емоціогенна харчова поведінка спрямована на зменшення емоційного дискомфорту, такого як неспокій, тривожність чи дратівливість. Цей тип поведінки має компульсивний характер, проявляючись у раптових сплесках апетиту, що супроводжуються втратою контролю над кількістю спожитої їжі. Для нього характерний десинхроз: відсутність апетиту вранці та його посилення у вечірній і нічний час.

Обмежувальна харчова поведінка відзначається контролем над споживанням їжі, та слідуванням дієтичним правилам. Це часто призводить до появи так званої «дієтичної депресії», а також підвищеної дратівливості, напруження та агресивності. У таких випадках зазвичай спостерігається схильність до стресу, тривожність і низький рівень самооцінки.

Як зазначають М.Д. Лапіна і Є.В. Бойко, досліди психології харчової поведінки ускладнюється тим, що такі стани часто залишаються прихованими.

У залежних зазвичай відсутня мотиваці для корекції своєї поведінки, а зовнішні прояви не завжди сприймаються як відхилення від норми. Це пов’язано з тим, що така поведінка може не мати яскраво виражених деструктивних ознак, не впливати на соціальні зв’язки, а іноді навіть отримувати позитивну оцінку з боку оточення, що лише закріплює ці поведінкові моделі [15].

М.Д. Лапіна акцентує увагу на психологічних механізмах формування порушень харчової поведінки. Вона розглядає їх як результат складної взаємодії внутрішніх конфліктів особистості та зовнішніх соціальних впливів. Особливу увагу дослідниця приділяє тому, як незадоволеність власним тілом і прагнення відповідати соціальним стандартам краси можуть призводити до формування патологічних харчових патернів. Є.В. Бойко показує взаємозв'язок між емоційним інтелектом та порушеннями харчової поведінки. Дослідник підкреслює, що низький рівень емоційного інтелекту може бути фактором ризику розвитку розладів харчування. Особливо це проявляється у труднощах з розпізнаванням та вираженням власних емоцій, що може призводити до використання їжі як замінника емоційної регуляції [15].

В роботі дослідників простежується спільна думка про те, що порушення харчової поведінки часто виступають як спосіб впоратися з психологічним дискомфортом та внутрішніми конфліктами. Вони наголошують на необхідності комплексного підходу до лікування таких розладів, який би враховував не лише поведінкові прояви, але й глибинні психологічні причини.

Важливо зазначити, що обидва дослідники розглядають порушення харчової поведінки в контексті сучасного інформаційного суспільства, де соціальні мережі та медіа можуть посилювати негативний вплив на самосприйняття та харчові звички людини [16].

А.В. Ворошиліна аналізує особливості людей із РХП через суб’єктивне сприйняття власного тіла та діяльність, спрямовану на його формування, включно з наслідуванням певного стилю харчування. За переконанням дослідниці, найбільш ефективним є підхід, що розглядає порушення харчової поведінки через категорію «Тілесного Я» як ключового елемента Я-концепції.

Саме завдяки цьому компоненту забезпечується когнітивний та емоційний контроль над фізичним функціонуванням, а також формується регулятивний ефект внутрішнього діалогу щодо ставлення до власного тіла. Надзвичайну важливість має емоційно-ціннісний аспект «Тілесного Я», який проявляється у позитивних та адекватних емоціях і почуттях стосовно свого тіла [6].

Згідно з дослідженням А.В. Ворошиліної, порушення харчової поведінки розглядаються як складний психологічний феномен, що має тісний зв'язок із особистісними характеристиками людини. Дослідниця приділяє особливу увагу вивченню механізмів формування спотвореного образу тіла та його впливу на розвиток порушень харчової поведінки. Вона підкреслює значення когнітивних спотворень у розвитку порушень харчової поведінки. Вона відзначає, що люди з такими порушеннями часто мають специфічні когнітивні схеми, які впливають на їхнє сприйняття їжі, власного тіла та самих себе. Ці схеми можуть включати дихотомічне мислення ("все або нічого"), надмірну генералізацію та емоційні умовиводи [6].

А.В. Ворошиліна також звертає увагу на роль стресу та тривожності у формуванні порушень харчової поведінки. За її спостереженнями, люди з високим рівнем тривожності більш схильні до розвитку патологічних харчових патернів, особливо коли стикаються зі стресовими ситуаціями. Дослідниця розглядає взаємозв'язок між порушеннями харчової поведінки та особистісною незрілістю. На її думку, нездатність конструктивно справлятися з життєвими труднощами може призводити до формування дезадаптивних способів регуляції емоційного стану через їжу [6].

А.В. Ворошиліна наголошує на важливості комплексного підходу, який включає не лише корекцію харчової поведінки, але й роботу з глибинними психологічними проблемами, покращення навичок емоційної регуляції та формування більш адаптивних копінг-стратегій [6].

Н.М. Рябова також досліджувала психологію харчової поведінки молодого населення. Вона виявила та обґрунтувала ключові внутрішні чинники, що сприяють формуванню розладів харчової поведінки. Час, в якому ми живемо,

говорить про значний вплив соціальних мереж, які створюють ілюзорне уявлення про те, що стрункa фігура є головною умовою щастя та успішної кар'єри [24].

Існуючі розуміння краси часто провокують у молодих людей невпевненість у собі, підвищену тривожність та розчарування у власному тілі. Н.М. Рябова підкреслює, що саме тривожність є ключовим фактором, що спричиняє розвиток розладів харчової поведінки. Емпіричні дослідження вченої показали, що особи з високим рівнем тривожності входять до групи ризику. У таких випадках тривожність знижують неадаптивним шляхом — збільшенням споживання їжі, що призводить до закріплення непродуктивних харчових звичок [24].

Н. М. Рябова представляє комплексний підхід до розуміння порушень харчової поведінки. Вона розглядає ці порушення як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, наголошуючи на важливості врахування всіх цих аспектів при діагностиці та лікуванні. Також вона приділяє значну увагу вивченню ролі самооцінки у формуванні порушень харчової поведінки. За її спостереженнями, низька або нестабільна самооцінка часто передує розвитку патологічних харчових патернів. Особливо це стосується випадків, коли самооцінка тісно пов'язана з зовнішнім виглядом та вагою. Вона також досліджує вплив сімейної системи на формування порушень харчової поведінки і відзначає, що дисфункціональні сімейні відносини, особливо порушення емоційного контакту між батьками та дітьми, можуть створювати підґрунтя для розвитку розладів харчування.

Важливим аспектом є аналіз взаємозв'язку між порушеннями харчової поведінки та механізмами психологічного захисту. Вона зазначає, що люди з розладами харчування часто використовують неадаптивні захисні механізми, такі як заперечення, раціоналізація та проекція, що ускладнює процес усвідомлення та вирішення проблеми [24].

З. Я. Ковальчук зазначає, що харчова поведінка включає ціннісне ставлення до їжі, стереотипи харчування в звичайних умовах та під час стресу, а

також орієнтацію на образ власного тіла та діяльність щодо його формування. Основними порушеннями харчової поведінки є нервова анорексія та нервова булімія, які характеризуються домінуванням проблеми власної ваги, спотворенням образу тіла та зміною цінності харчування в ієрархії цінностей [11].

Я. Х. Розенвінге та Г. Петтерсен представляють оновлений огляд епідеміології розладів харчової поведінки (РХП) з акцентом на зміни, внесені в DSM-5. Автори аналізують поширеність та інцидентність різних РХП, а також обговорюють вплив нових діагностичних критеріїв на статистичні показники.

Раніше в DSM-IV була категорія "EDNOS" (Розлади харчової поведінки, не зазначені інакше), яка охоплювала понад 50% випадків РХП. У DSM-5 критерії АН і БН стали гнучкішими, що дозволило зменшити кількість "некласифікованих" випадків. Додано новий діагноз – ARFID, що дозволяє діагностувати людей, які уникають певних видів їжі без прагнення до втрати ваги. Компульсивне переїдання стало окремим діагнозом, а не підтипом булімії [55].

Автори відзначають значні гендерні відмінності у поширеності та характері РХП: значно частіше діагностуються у жінок (співвідношення 4:1 у випадку АН та БН). Дівчата частіше перебувають під впливом соціальних стандартів краси, що змушує їх обмежувати харчування. Вони більш схильні до емоційних тригерів переїдання (депресія, тривожність). Високі стандарти краси, що нав’язують худорлявість, сприяють підвищенню рівня РХП серед жінок. Вплив соціальних мереж підсилює тенденцію до «здорого харчування», що може провокувати орторексію (патологічне бажання харчуватися «правильно»). У культурах, де повнота асоціюється з добробутом, рівень РХП значно нижчий. Однак глобалізація та західні ідеали сприяють збільшенню випадків РХП у традиційних суспільствах. Як висновок можемо сказати що оновлені критерії DSM-5 допомогли краще класифікувати та розрізняти розлади харчової поведінки. Гендерні відмінності підтверджують більшу вразливість жінок до РХП, але рівень захворюваності серед чоловіків також зростає. Культурні

впливи відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки, що потребує додаткових досліджень [55].

І.С. Колесникова пов’язує перші прояви розладів пов’язаних з їжею з психологічними проблемами, що виникають у ранньому дитинстві. У цей період їжа починає заміщувати нереалізовану потребу в любові та визнанні, стаючи своєрідним соціальним символом підтримки й утіхи з боку оточення. Згодом у людини формується домінуючий мотив уникнення жорстокої реальності через «харчове задоволення». Таким чином, коли людина зростає, виникають різні стресові ситуації і людина обирає їжу як спосіб втечі від щоденних труднощів, конфліктів і обмежень [13].

І.С. Колесникова значну увага приділяє вивченню психологічних механізмів формування та підтримки порушень харчової поведінки. Дослідниця розглядає ці порушення як складний феномен, що виникає на перетині психологічних, соціальних та фізіологічних факторів. Вона підкреслює важливість вивчення емоційної сфери у людей з порушеннями харчової поведінки. За її спостереженнями, такі особи часто демонструють труднощі в розпізнаванні та вираженні власних емоцій, що може призводити до використання їжі як засобу емоційної регуляції. Дослідниця також звертає увагу на роль соціокультурних факторів. Вона відзначає, що сучасне суспільство створює специфічний контекст, в якому зовнішній вигляд та вага стають надмірно важливими критеріями самооцінки, що може сприяти розвитку патологічних харчових патернів [13].

Особливе місце І.С. Колесникова виділяє взаємозв'язку між порушеннями харчової поведінки та особистісними характеристиками. Вона виявляє, що певні особистісні риси, такі як перфекціонізм, підвищена тривожність та схильність до самокритики, можуть виступати факторами ризику розвитку розладів харчування. І.С. Колесникова наголошує на важливості системного підходу, який включає не лише корекцію харчової поведінки, але й роботу з особистісними особливостями, покращення навичок емоційної регуляції та формування більш адаптивних способів подолання стресу [13].

Попри значний вплив оточення на харчову поведінку, а саме братів та сестер, батьків та інших значущих дорослих, міра їх участі у цьому процесі є неоднаковою. Такий вплив через умовляння, заохочення чи насилля реалізується за допомогою механізмів повторного знайомства та умовних рефлексів. Важливу роль у цьому процесі відіграють саме батьки, які виступають рольовими моделями для дитини, зокрема й у питаннях харчової поведінки. Це пояснюється тим, що саме вони готують їжу та створюють контекст для її споживання [1].

Л.М. Абсалямова наголосила на так званому «родинному харчовому парадоксу»: хоча сім'я є ключовою у формуванні харчової поведінки, все ж виявляється недостатньо ефективною у встановленні нормальних харчових звичок, характерних для конкретної родини. Цей феномен потребує додаткової уваги та розбору [2].

Провівши аналіз стану дослідження проблеми, можна стверджувати, що переважна кількість науковців приділяють особливу увагу саме психологічному фактору, як одному з ключових що спричиняють розлади харчової поведінки.

1.2. Особливості розладів харчової поведінки у жінок

Розлади харчової поведінки є комплексними психічними захворюваннями, що характеризуються патологічними змінами у харчових звичках та спотвореним сприйняттям власного тіла. Ці розлади непропорційно впливають на жіночу популяцію, де їх поширеність у 2-3 рази вища порівняно з чоловіками.

Особливу увагу привертає той факт, що розлади харчової поведінки часто розвиваються у молодому віці та можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я жінок.

Професійна реалізація. Більшість жінок активно будує або вже побудувала кар’єру. Саме цей період характеризується високим професійним навантаженням, необхідністю постійно підтверджувати власну компетентність

та досягати нових цілей. Паралельно з цим часто виникає емоційне виснаження та хронічний стрес, що може призводити до порушень харчової поведінки.

Сімейні обов’язки. Для багатьох жінок цей вік пов'язаний із створенням сім'ї або вихованням маленьких дітей. Це, у свою чергу, накладає додаткові обов'язки та психологічний тиск. Жінки часто ставлять потреби інших вище за власні, що впливає на їхній харчовий режим — можливі пропуски прийомів їжі, недостатнє харчування або, навпаки, переїдання як реакція на втому чи стрес.

Соціальний вплив. У сучасному світі соціальні мережі та медіа чинять значний тиск на жінок, формуючи ідеалізовані стандарти зовнішності. Саме у цьому віці жінки особливо чутливі до порівняння себе з іншими, що нерідко призводить до невдоволення власним тілом. Це може стати причиною жорсткого контролю за харчуванням, дієтичних обмежень або емоційного переїдання.

Фізіологічні особливості жінок 28–35 років. Жінки цієї вікової категорії часто стикаються з особливостями, які впливають на їх харчову поведінку:

Уповільнення метаболізму. Після 28 років обмін речовин поступово сповільнюється, що може спричинити збільшення ваги, навіть якщо раціон і фізична активність залишаються незмінними. Це часто провокує тривогу та намагання контролювати вагу через дієти або обмеження в їжі.

Гормональні зміни. У цьому віці можливі гормональні коливання, пов’язані як зі стресами, так і з вагітністю або післяпологовим періодом. Гормональні зміни нерідко впливають на апетит, настрій та загальний рівень енергії.

Важливість здорового способу життя. Жінки починають усвідомлювати необхідність турботи про власне здоров'я. Однак нестача часу через кар’єру та сімейні обов’язки часто унеможливлює регулярне харчування та фізичну активність, що зумовлює емоційні коливання та формування нездорових харчових звичок.

Мотивація до участі у дослідженні. Серед жінок цієї вікової категорії інтерес до дослідження харчової поведінки може бути пов'язаний із:

Бажанням зрозуміти власні звички та їх вплив на здоров'я та зовнішність.

Пошуком емоційної підтримки та прагненням знайти відповіді на питання, що стосуються власного психологічного благополуччя.

Усвідомленням необхідності змінити харчові патерни, що сформувалися під впливом стресу, втоми або зовнішнього середовища.

Ця група є соціально та психологічно вразливою через поєднання життєвих викликів, фізіологічних змін та впливу соціокультурного середовища. Вибір саме цієї категорії учасників дозволяє отримати актуальні та важливі дані, необхідні для подальшого аналізу порушень харчової поведінки та розробки ефективних програм підтримки.

У процесі вивчення соціально-психологічних чинників, що впливають на появу розладів харчової поведінки у жінок, Т.О. Серга та М.В. Білоусенко виокремили такі ключові аспекти: особливості сприйняття реальності, індивідуальні переконання, життєві установки та цінності [23].

Ефективність цього пояснюється тим, що з кожним роком жінки створюють власні уявлення та ставлення до харчування, які ґрунтуються на культурних та психосоціальних нормах. Ці уявлення часто визначають їхні харчові вподобання, які не завжди відповідають науковим поглядам щодо безпечності чи поживної цінності продуктів.

На думку дослідників, особливу роль у цьому процесі відіграє соціальна фасилітація. Зокрема, значний вплив мають родинні традиції, які формують та підтримують певні моделі харчової поведінки й передаються з покоління в покоління [23].

Те що жінки виділяють, як ключове — часто формується під впливом таких сенсорних чинників, як смак, запах та загальне смакове сприйняття продуктів, а не на основі логічних міркувань щодо користі продуктів. Т.О. Серга та М.В. Білоусенко зазначають, що під час формування індивідуальної харчової поведінки ключову роль відіграють сенсорні реакції, зокрема реакції на смак, аромат та зовнішній вигляд їжі [23].

Основна проблема, на думку вчених, полягає у виникненні когнітивного конфліту, який переростає у внутрішньоособистісний конфлікт. Це протиріччя виникає між сенсорними стимулами (що визначають безпосередні уподобання) та когнітивними установками щодо здорового харчування. У результаті жінки можуть спиратися на неефективні або неперевірені знання про зв'язок між їжею та здоров'ям, що, своєю чергою, призводить до непослідовних змін у харчовій поведінці [23].

Таким чином, досліджуючи то що ми називаємо харчовою поведінкою у жінок, науковці акцентують фокус на значущості соціальних впливів, проте не менш важливим є психолічна основа, яка формує індивідуально-психологічну основу поведінкових патернів.

Серга та М.В. Білоусенко у своїх емпіричних дослідженнях показали, що на порушення харчової поведінки у жінок середнього віку суттєво впливають персональні особливості. До них належать: самокритика, схильність до центрації на мінусах, наявність елементів неприйняття власного тіла, а також страх осуду чи критики з боку соціального оточення [23].

Окрім цього, дослідники вказують на перфекціонізм як вагомий чинник, що зумовлює підвищений самоконтроль за апетитом та зовнішнім виглядом. Така тенденція до перфекціоністського контролю створює сприятливі умови для розвитку різноманітних психологічних і психічних порушень, включаючи тривожність, емоційний дистрес та порушення харчової поведінки [23].

У своєму досліді О.С. Травенко виділила та описала ключові способи через які жінки можуть регулювати свої емоції, характерні для жінок із розладами харчової поведінки на доклінічному рівні. До таких способів дослідниця віднесла емоційне регулювання у взаємодії з оточенням, пропрацювання негативних тригерів та вивільнення від емоційного тиску [26].

1. Спосіб емоційного регулювання у взаємодії з іншими передбачає використання їжі як способу заспокоєння та зняття напруження. У таких випадках жінки намагаються вирішити внутрішні проблеми через надмірне споживання їжі, що приносить тимчасове полегшення. Крім того, жінки з

порушеннями харчової поведінки іноді виявляють схильність до маніпуляцій у стосунках, зокрема шляхом звинувачення інших у своїх труднощах або проблемах.

2. Спосіб пропрацювання негативних тригерів у жінок із розладами харчової поведінки проявляється у надмірно строгому контролі за своїм раціоном із метою покращення зовнішнього вигляду. У таких випадках вони можуть виключати зі свого харчування навіть корисні продукти, що часто призводить до дефіциту мікроелементів, виснаження та нервових розладів.

3. Вивільнення від емоційного навантаження у жінок із розладами харчової поведінки часто проявляється у практиці суворих, але несистемних дієт. Жінки починають усвідомлювати, що їхня поведінка не відповідає очікуванням оточення, це викликає у них страх осуду та почуття сорому. На думку О.С. Травенко, стан чогось незвичного та нового відіграє ключову роль у зниженні емоційного напруження. Він допомагає зменшити навантаження на нервову систему, яке виникає через необхідність адаптуватися до різних реакцій інших людей. Це, своєю чергою, сприяє більш ефективному емоційному реагуванню та кращій психологічній адаптації [26].

При створенні психологічного портрета жінок, які мають розлади харчової поведінки, З.Я. Ковальчук акцентувала увагу на кількох ключових характеристиках. До них належать низька самооцінка, схильність до депресивного настрою, почуття самотності та відчуження від колективу. Також дослідниця відзначає комбо перфекціонізму з егоїзмом, а також прагнення до компенсації, яка проявляється у спробах заповнити емоційні чи психологічні прогалини за допомогою їжі [11].

З.Я. Ковальчук виявила що жінки з порушеннями харчової поведінки часто мають підвищену вимогливість до себе та інших, поєднана з егоїзмом, відстороненість від колективу та фіксація на необхідності приховувати підвищений потяг до їжі від оточуючих. Додатково виявлено тенденцію до накопичення, перфекціонізм та компенсацію нестачі в одній сфері досягненнями в іншій. Авторка підкреслює, що «Я-концепція» жінок з

харчовою залежністю є дифузною та недостатньо диференційованою. Такі особи часто не можуть прийняти власну недосконаліть та відмінність реального «Я» від ідеального. Вони мають нечітке розуміння власної системи цінностей, де на перший план виходять псевдоцінності, пов'язані з їжею як агентом залежності. Розуміння цих психологічних особливостей є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та корекції порушень харчової поведінки у жінок [11].

Л.М. Абсалямова відзначає що люди, які страждають РХП характеризуються наявністю елементів суб’єктивного неблагополуччя, схильністю до невротизму, а також яскравими гендерними відмінностями цих проявів. Зокрема, жінки з РХП значно більше, ніж чоловіки, переймаються власною зовнішністю, а також приділяють більше уваги матеріальній сфері. Крім того, жінки виявляють вищу активність у пошуку емоційної підтримки від своїх близьких [1].

Окремо треба виділити результати дослідження, проведеного О. Аврамчуком та О. Круц, яке було присвячене дівчатам схильним до розладів харчової поведінки серед підлітків, що дотримуються дієт без рекомендації лікаря. Результати висвітлюють ключові аспекти цієї схильності, серед яких найбільш значущими є негативне сприйняття власного тіла та занижена самооцінка. Ці фактори сприяють посиленій увазі до проблемних ділянок тіла, що підштовхує підлітків до прагнення стрункості [3].

Непродумане дотримання жорстких дієт, у свою чергу, виконує для підлітків функцію психологічного захисту, надаючи їм відчуття контролю над власними емоціями та думками. Також було зазначено, що депресія і заїдання виступають незалежними чинниками, які посилюють дистрес та збільшують ризик харчової залежності. Додатково дослідники вказали, що перфекціонізм є важливим модифікуючим фактором, який підтримує порушення харчової поведінки, закріплюючи нездорові харчові звички [3].

Хоча досліди І.І. Андрікевич, Г.І. Мантак та Г.Ю. Звенігородської включали переважно медичний характер, у жінок з надмірною вагою були виявлені екстернальні та емоціогенні порушення харчової поведінки [4].

Згідно з висновками дослідників, екстернальна харчова поведінка базується на надмірній чутливості до зовнішніх стимулів, що провокують споживання їжі. Це проявляється у вигляді звички їсти у відповідь на зовнішні подразники, такі як гарно оформлені столи чи рекламні оголошення про їжу.

Натомість емоціогенний тип харчування виникає як відповідь на емоційний дискомфорт. У таких випадках їжа стає не лише засобом насичення, але й джерелом спокою та безпеки, допомагаючи дитині впоратися з негативними емоціями [4].

1.3. Система чинників, які впливають на особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок

Харчова поведінка формується не лише під впливом соціальних факторів, а також залежить від культурної, етнічної та релігійної належності, відображаючи психологічний образ людини, приховуючи інформацію про її особливості, такі як вподобання, схильності, цінності та життєві установки.

РХП у свою чергу, виступають відображенням власних конфліктів, протиріч, образ, страхів і вірувань, які можуть мати як свідомий, так і несвідомий характер.

Зміна або нерозуміння хто є я це один із головних, хоча інколи й малопомітних, діагностичних показників для більшості розладів харчової поведінки. Як при анорексії, так і при булімії самооцінка людини значно залежить від фізичних параметрів, зокрема маси тіла.

Згідно з DSM-5, анорексія супроводжується серйозними психологічними відхиленнями, які впливають на сприйняття власного тіла й ваги. Це проявляється у спотвореному баченні власного тіла, а також у неприйнятті очевидного, такого як критично невисока маса тіла чи необхідність медичної

допомоги. Боязнь набрати вагу стає нав’язливою ідеєю або навіть основною цінністю, яка значною мірою визначає поведінку та мислення людини.

А з іншої сторони, переїдання нерідко асоціюється з недостатнім рівнем самоприйняття, яке проявляється у формі відчуження від тіла, нездатності прийняти свою фізику і втрати гармонійного зв’язку із тілесними відчуттями. Такий стан можна описати як своєрідну «обмежену самосвідомість», що відображає порушення цілісного сприйняття себе [27].

Це охоплює рівень задоволення або невдоволення власним тілом, що є важливим складником загальної самооцінки [50].

Дослідження Леона, Фулкерсона, Перрі та Ерлі-Зальд показали, що формування розладів харчової поведінки має чіткі передумови, які з’являються ще в підлітковому віці. Тобто, дівчата, які вже мали ознаки харчових порушень раніше, були найбільш схильними до їх загострення у майбутньому. Попередній рівень ризику є найважливішим фактором для подальшого розвитку проблеми. Гендерні відмінності відіграють ключову роль: дівчата частіше мають РХП. У дівчат важливим предиктором є низька інтероцептивна обізнаність (здатність відчувати сигнали свого тіла, такі як голод чи ситість). У хлопців фактори ризику більшою мірою пов’язані з їхньою попередньою історією харчової поведінки. Дівчата частіше за хлопців демонстрували поведінку, що відповідала діагностичним критеріям нервової анорексії, булімії або компульсивного переїдання. Це може бути пов’язано як із соціальним тиском (культ стрункості), так і з внутрішніми психологічними особливостями [50].

Науковці зазначають, що невдоволення власним тілом і довге слідування дієтам є ключовими факторами розвитку розладів харчової поведінки, а також чинниками підвищеного ризику їх виникнення [55].

У дослідженнях Fairburn і Cooper (2011) та Treasure і Schmidt (2013) представлено комплексний аналіз психологічних передумов виникнення розладів харчової поведінки (РХП). Науковці визначили низку психологічних характеристик, які значною мірою впливають на формування та прогресування такого розладу [37].

До ключових психологічних факторів дослідники зарахували:

1.Підвищену тривожність

2.Наявність обсесивно-компульсивних характеристик

3.Схильність до соціальної ізоляції

4.Низьку самооцінку

5.Надмірний перфекціонізм

Важливо зазначити, що поєднання цих внутрішніх психологічних особливостей з зовнішніми тригерами, такими як постійне соціальне порівняння та інтенсивні стресові ситуації, створює підґрунтя для формування розладу харчової поведінки [37].

У дослідженнях вчених висвітлено психологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки. Зокрема, було встановлено, що для них характерне значне емоційне відсторонення та втрата природного зв'язку з власними тілесними відчуттями [52].

У дослідженні Розенвінге та Петтерсена виділяються ключові чинники, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки (РХП):

1. Біологічні чинники. Генетична схильність: дослідження підтверджують спадковість РХП – ризик розвитку анорексії чи булімії вищий у тих, чиї родичі також мали ці розлади. Генетичні фактори можуть впливати на метаболізм, контроль апетиту та емоційне сприйняття їжі. Нейробіологічні порушення: дисбаланс нейромедіаторів (серотонін, дофамін, норадреналін) впливає на регуляцію голоду, ситості та емоцій. Зниження рівня серотоніну пов’язане з анорексією, тоді як його надмірний рівень – із булімією. Гормональні порушення: дефіцит лептину (гормону ситості) та підвищений рівень греліну (гормону голоду) можуть стимулювати неконтрольоване споживання їжі. У жінок порушення рівня естрогенів та кортизолу впливають на розвиток РХП.

2. Психологічні чинники. Перфекціонізм: багато пацієнтів із РХП мають перфекціоністські тенденції, особливо ті, хто страждає на анорексію. Високі вимоги до себе, прагнення до контролю над тілом. Низька самооцінка: постійне незадоволення своїм тілом і прагнення змінити його через обмеження

харчування або надмірні фізичні навантаження. Розлади харчової поведінки часто поєднуються з депресією та тривожністю. Низька інтероцептивна обізнаність: пацієнти з РХП часто погано розпізнають сигнали голоду та ситості, що робить їх вразливішими до екстремальних дієт або переїдання. Емоційна нестабільність: імпульсивність та емоційна дисрегуляція частіше зустрічається при булімії та компульсивному переїданні. Люди з високою емоційною чутливістю використовують їжу як спосіб регуляції стресу.

3. Соціокультурні чинники. Стандарти краси та вплив медіа: західні ідеали худорлявості (особливо в моделях, фітнес-індустрії) підвищують рівень незадоволеності тілом. Соціальні мережі пропагують «ідеальні тіла», що формує нездорове прагнення до схуднення. Тиск з боку сім'ї та оточення: критика фігури або надмірна увага до харчування в сім'ї може спровокувати РХП. Надмірний контроль з боку батьків або їхня гіперконтрольна поведінка також є тригером розвитку анорексії. Соціально-економічний статус: РХП частіше зустрічаються у більш забезпечених верствах населення, де існує культ «здорового харчування» і краси. Доступ до дієтологічної інформації може сприяти як здоровому харчуванню, так і орторексії (патологічному бажанню харчуватися «правильно»).

4. Вікові та гендерні фактори. Вік розвитку РХП: найвища поширеність анорексії та булімії спостерігається у віці 15–25 років. Компульсивне переїдання частіше розвивається у дорослому віці (25–40 років). Гендерні відмінності: жінки у 4 рази частіше страждають на РХП, ніж чоловіки. Чоловіки з РХП зазвичай фокусуються не тільки на схудненні, а й на наборі м'язової маси (м'язова дисморфія, "бігорексія").

5. Фізіологічні та поведінкові тригери. Дієти як фактор ризику: екстремальні дієти збільшують ризик розвитку булімії або анорексії. Обмежувальне харчування може викликати «ефект рикошету» – переїдання після суворих дієтичних обмежень. Надмірні фізичні навантаження: гіпертрофоване бажання бути «в хорошій формі» є тригером для розвитку

компульсивного фізичного навантаження. Люди, які не можуть пропустити тренування навіть через втому або хворобу, частіше схильні до РХП [55].

Levitan and Davis припустили, що емоційний дискомфорт може провокувати використання переїдання як свого роду психологічного механізму захисту. Це може слугувати способом придушення або уникнення негативних емоційних станів [52].

Компульсивне переїдання, таким чином, розглядається науковцями як специфічна емоційна реакція, що виникає на тлі внутрішнього психологічного напруження. Особа несвідомо намагається заглушити або компенсувати негативні емоційні переживання через харчову поведінку [52].

Емпіричні дослідження в галузі психології харчової поведінки виявили глибокий взаємозв'язок між емоційними процесами та харчовою поведінкою, особливо при компульсивному переїданні. Робота Gianini демонструє, що труднощі з усвідомленням та контролем емоційних станів мають тісний безпосередній зв'язок з феноменом компульсивного переїдання. Систематичний огляд наукових досліджень підтвердив: особи, які страждають на компульсивне переїдання, здебільшого мають значні проблеми з опануванням ефективних стратегій емоційної регуляції. Тобто, харчова поведінка в такому разі розглядається не просто як спосіб насичення, а як складний психологічний механізм подолання внутрішньоособистісних емоційних конфліктів [45].

Дослідження психологічних аспектів харчової поведінки вказують на складний взаємозв'язок між емоційною сферою та дієтичними обмеженнями. Встановлено, що суворі дієтичні обмеження здатні викликати значну емоційну нестабільність та підвищену тривожність. Це призводить до деструктивних моделей харчової поведінки, зокрема:

-Відмова від продовження дієти

-Періодичне самопокарання через посилення харчових обмежень

-Відсутність послідовності в дотриманні харчового режиму

-Циклічна зміна періодів рестриктивної та неконтрольованої харчової поведінки.

Такі емоційно-поведінкові коливання становлять серйозний ризик розвитку потенційних розладів харчової поведінки, створюючи замкнене коло психологічного напруження та деструктивних харчових практик [40].

Розлади харчової поведінки переважно характеризуються високою поширеністю серед жінок, які найчастіше стикаються з жорсткими соціальними стандартами краси та тілесності.

Психологічні чинники, що сприяють формуванню таких розладів, включають:

1.Перфекціонізм — надмірне прагнення до ідеальності та бездоганності, що часто виявляється в надмірній самокритичності та нав'язливому бажанні відповідати нереалістичним стандартам.

2.Низька самооцінка — стійке негативне сприйняття власної особистості, невпевненість у собі та своїх здібностях, що провокує постійне порівняння себе з оточуючими.

3.Почуття самотності — глибокий емоційний дискомфорт, брак близьких стосунків та соціальної підтримки, що посилює внутрішню психологічну напругу.

4.Тривожність — стан постійного емоційного напруження, занепокоєння та передчуття можливих негативних подій, що деструктивно впливає на психоемоційний стан особистості. Ці психологічні особливості створюють підґрунтя для формування викривленої харчової поведінки як способу психологічного самозахисту та компенсації внутрішніх конфліктів [9].

Дослідження Ковальчук З.Я. присвячене психологічним особливостям жінок з порушеннями харчової поведінки виявило низку специфічних характеристик.

Психологічний портрет таких жінок включає емоційні особливості: схильність до депресивних станів, підвищена емоційна лабільність (істеричність), виражена егоцентричність, глибокі переживання самотності.

Особистісні характеристики: надмірна самокритичність, перфекціоністські тенденції, прагнення приховати реальні харчові проблеми,

компенсація харчових труднощів досягненнями в інших сферах життя. Особливості ставлення до харчування: гіперболізація значущості їжі, нав'язливий інтерес до приготування та вживання їжі, неспроможність визнати власні недоліки, постійне прагнення відповідати нереалістичним ідеалам [11].

Дослідження Л. М. Вольнової розкриває психологічні механізми емоційного переїдання. Вона стверджує, що вживання їжі часто зумовлене не фізіологічним голодом, а психоемоційними станами. До таких емоційних тригерів належать нудьга, тривога, смуток, самотність. Ключова теза дослідження полягає в тому, що переїдання є своєрідним психологічним механізмом компенсації негативних емоційних переживань. Особливо важливим є висновок про нездатність деяких індивідів чітко диференціювати реальне відчуття голоду, емоційний дискомфорт та стан тривоги, внаслідок цієї психологічної особливості людина сприймає стресові ситуації як сигнал до вживання їжі, що призводить до неконтрольованого споживання їжі та, як наслідок, набору зайвої ваги [7].

Наукові дослідження підтверджують, що тривожність як домінуючий психологічний феномен сучасності має суттєвий вплив на різні сфери життєдіяльності людини, зокрема на особливості її харчової поведінки.

Наукові огляди щодо впливу тривожності на харчову поведінку демонструють, що високий рівень тривожності часто призводить до змін у харчових звичках. Ці зміни можуть проявлятися у переїданні, виборі нездорової їжі або, навпаки, суттєвому зниженні апетиту.

За результатами досліджень, проведених серед жінок, виявлено, що особи з підвищеним рівнем тривожності демонструють більшу схильність до емоційного переїдання та споживання висококалорійних продуктів [22].

В першу чергу, тривожні стани активно впливають на гормональну систему організму, зокрема на продукування кортизолу — гормону стресу.

Збільшення рівню цього гормону в організмі має здатність збільшувати бажання поїсти, особливо посилюючи потяг до певних продуктів, які містять

багато цукру або жиру. Цей феномен пояснюється тим, що вживання такої їжі здатне на деякий час знижувати рівень кортизолу в організмі.

Тривожні стани впливають на харчові патерни через модифікації в нейромедіаторних системах головного мозку. При тривожних розладах часто спостерігається недостатній рівень серотоніну, що може спричиняти погіршення настрою та посилення апетиту, особливо щодо продуктів, багатих на вуглеводи. Науковці пояснюють це тим, що вживання вуглеводів сприяє підвищенню рівня серотоніну в мозку, що в результаті призводить до покращення емоційного стану.

Важливо розглянути психологічні механізми впливу тривожності на харчову поведінку. Жінки з підвищеним рівнем тривожності схильні використовувати їжу як метод зниження стресу та уникнення негативних емоційних станів. Такий спосіб самозаспокоєння через харчування може перерости у деструктивну звичку, що призводить до порушень харчової поведінки та збільшення маси тіла [5].

Збалансований раціон харчування, що включає всі потрібні поживні речовини, відіграє ключову роль у запобіганні тривожності та підтриманні здорової харчової поведінки. Науковці відзначають, що брак деяких мікроелементів та вітамінів у організмі (особливо В-комплексу, магнію та цинку) може суттєво впливати на рівень тривоги. Тому додавання у щоденний раціон продуктів, насичених цими елементами, допомагає знизити тривожність та покращити загальний стан.

Зв'язок між тривожними станами та особливостями харчової поведінки являє собою комплексне явище, що потребує всебічного дослідження. Важливо формувати багатокомпонентні терапевтичні програми, які включають психологічну допомогу, регулярні фізичні вправи, медитативні практики та правильне харчування. Такий комплексний підхід сприяє як зменшенню тривожності, так і нормалізації харчової поведінки, що позитивно відображається на загальному самопочутті.

Розлади харчової поведінки — включаючи нервову анорексію, нервову булімію та інші які пов'язані з переїданням — є складною проблемою для людини. І кожен з цих розладів пов'язаний із самотністю.

Марта Левін досліджує зв'язок між почуттям самотності та розладами харчової поведінки. Вона показує як самотність може бути як причиною, так і наслідком розладів харчової поведінки, підкреслюючи її роль у виникненні та підтримці цих станів [51].

Самотність виступає емоційним тригером та каталізатором нездорових харчових звичок, оскільки їжа сприймається як спосіб отримати комфорт або тимчасове полегшення від негативних емоцій. Також важливо виділити що негативні міжособистісні стосунки з іншими людьми можуть посилювати відчуття самотності. Наприклад, критика зовнішності або відсутність підтримки сприяють ізоляції та поглиблюють симптоми РХП.

РХП можуть поглиблювати почуття самотності через соціальну ізоляцію, викликану страхом осуду, соромом або замкненістю. У результаті створюється порочне коло, у якому самотність підсилює РХП, а РХП — самотність [51].

Для ефективного лікування РХП необхідно враховувати психосоціальні фактори, зокрема відчуття самотності. Дослідження показує, що розуміння ролі самотності у розвитку РХП може допомогти в розробці більш індивідуалізованих терапевтичних підходів. Це включає втручання, спрямовані на зменшення самотності через соціалізацію, психотерапію та створення підтримуючого середовища [34].

При детальному дослідженні впливу самотності на харчову поведінку ми можемо побачити, що цей чинник впливає на:

Емоційне переїдання: Відчуття самотності може призводити до емоційного дискомфорту, який деякі молоді люди намагаються компенсувати через споживання їжі. Їжа стає засобом тимчасового полегшення негативних емоцій, що може призвести до формування нездорових харчових звичок та розвитку РХП.

Зниження соціальної активності: Самотність часто супроводжується уникненням соціальних взаємодій, що може зменшити можливості для здорового обміну досвідом щодо харчової поведінки та підтримки здорового способу життя. Відсутність соціальної підтримки може посилювати ризик розвитку РХП.

Негативний вплив на самооцінку: Почуття самотності може знижувати самооцінку, що, у свою чергу, впливає на сприйняття власного тіла та харчову поведінку. Незадоволеність собою може спонукати до екстремальних дієт або інших нездорових практик контролю ваги [30].

Таким чином, самотність виступає значущим психологічним чинником, який може сприяти розвитку розладів харчової поведінки у молоді. Розуміння цих механізмів є важливим для розробки ефективних профілактичних та терапевтичних заходів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я та формування здорових харчових звичок серед молодих людей.

Підвищене відчуття самотності пов'язане з більш частим емоційним переїданням. Водночас, наявність соціальної підтримки може пом'якшити цей зв'язок, зменшуючи ймовірність розвитку розладів харчової поведінки.

Самотність може призводити до емоційного переїдання як способу впоратися з негативними емоціями та заповнити емоційну порожнечу. Соціальна підтримка, зокрема від друзів, родини або спільнот, може служити захисним фактором, надаючи емоційну підтримку та допомагаючи впоратися зі стресом без вдавання до нездорових харчових звичок [60].

Таким чином, для попередження розладів харчової поведінки важливо розвивати та підтримувати соціальні зв'язки, що сприятиме зниженню відчуття самотності та пов'язаного з ним емоційного переїдання.

Особливу увагу займає перфекціонізм як чинник виникнення розладів харчової поведінки у жінок.

У контексті психологічних досліджень, перфекціоністські риси особистості можуть виступати підґрунтям для надмірного контролю за харчовою поведінкою та тілесними проявами. Така схильність до

гіперконтролю створює сприятливі умови для розвитку різноманітних психічних та психологічних дисфункцій [23].

З.Я. Ковальчук визначила перфекціонізм як один із ключових компонентів їхньої особистості. У поєднанні з егоцентричними тенденціями, прагнення до досконалості супроводжується низкою інших психологічних особливостей: значно знижена самооцінка, схильність до депресивних станів, відчуття самотності та соціальна ізоляція, компенсаторна поведінка [11].

О. Аврамчук та О. Круц дослідили що розвиток харчових порушень може провокуватися двома незалежними факторами — депресивними станами та компульсивним переїданням. Це активує механізми, що лежать в основі харчової залежності. При цьому перфекціонізм виступає як додатковий фактор, який посилює та закріплює порушення харчової поведінки [3].

На основі теоретичних положень про перфекціонізм, розроблених О.І. Кононенко, було висунуто гіпотезу про те, що перфекціоністські риси можуть лежати в основі моделі порушень харчової поведінки у осіб, схильних до харчової залежності [14].

Перфекціонізм (прагнення до ідеальної фігури та правильного харчування) разом з імпульсивністю (реакція на стрес, привабливість їжі, надлишок вільного часу) може призводити до:

-надмірної фіксації на вазі та формі тіла,

-жорстких харчових обмежень,

-циклічних харчових зривів з відповідною раціоналізацією

За концепцією О.І. Кононенко, особливу роль у формуванні харчових розладів відіграє компенсаторний перфекціонізм. Спираючись на теорію А. Адлера, компенсація проявляється через надмірні зусилля для подолання реальних чи уявних недоліків. У компенсаторних перфекціоністів прагнення до досконалості, що виникає з почуття неповноцінності, може розвиватися двома шляхами:

1. Через соціальний інтерес - потребу в суспільному схваленні.

2. Через недостатній соціальний інтерес — що може призвести до комплексу неповноцінності.

Важливо відзначити, що дотримання дієти також може розглядатися як особлива форма перфекціонізму. Вона дає жінкам можливість відчути успіх та власну силу, трансформувати ці переживання у відчуття моральної переваги, компенсувати відчуття втрати контролю в інших життєвих сферах [14].

У першому розділі магістерської роботи було проведено аналіз основних підходів до поняття розладів харчової поведінки, їх класифікації та чинників, що впливають на їх розвиток. Було визначено, що найбільш поширеними теоретичними підходами є клінічний, психологічний та соціокультурний.

Клінічний підхід розглядає РХП у межах МКХ-10 та DSM-5, визначаючи їх як психічні порушення, що потребують діагностики та лікування. Основними формами є нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання.

Психологічний підхід акцентує увагу на індивідуальних особливостях особистості, зокрема впливі тривожності, депресії, низької самооцінки та перфекціонізму. Було встановлено, що їжа часто виконує компенсаторну функцію, стаючи механізмом емоційної регуляції або контролю.

Соціокультурний підхід пояснює формування розладів харчової поведінки через вплив суспільних стандартів краси, соціальних мереж та медіа. Особливу роль відіграє груповий тиск, соціальні очікування та родинні установки щодо харчування.

Крім того, у роботі було виокремлено основні типи порушень харчової поведінки:

Емоціогенний – споживання їжі для зняття емоційного дискомфорту (тривоги, стресу).

Екстернальний – надмірна чутливість до зовнішніх харчових стимулів (вигляд їжі, реклама).

Обмежувальний – контроль харчування через дотримання жорстких дієт, що часто супроводжується періодами зривів.

Проведений аналіз показав, що жінки є найбільш вразливою групою до розвитку РХП через поєднання психологічних (низька самооцінка, тривожність), соціальних (стандарти краси, оцінка з боку оточення) та фізіологічних (гормональні коливання, уповільнення метаболізму) чинників.

Отже, розлади харчової поведінки є багатофакторним феноменом, що потребує комплексного підходу до дослідження та корекції. Їх розгляд у контексті психологічних, соціальних та фізіологічних аспектів дозволяє більш повно зрозуміти механізми розвитку цих розладів та розробити ефективні методи профілактики та втручання.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

2.1. Методики та процедура дослідження особливостей прояву розладів харчової поведінки у жінок

Для більш ґрунтовного аналізу теоретичних положень та визначення особливостей прояву розладів харчової поведінки у жінок на наступному етапі роботи було проведено емпіричне дослідження.

Емпіричне дослідження проходить у **три етапи.**

На початковому етапі дослідження були підібрані методики для визначення особливостей рівня прояву розладів харчової поведінки у жінок.

Практичний етап охоплював основне тестування жінок.

На завершальному етапі була проведена обробка та аналіз результатів дослідження рівня прояву розладів харчової поведінки у жінок.

Мета емпіричного дослідження — встановити рівень прояву розладів харчової поведінки у жінок та визначити чинники, які впливають на рівень прояву даного психологічного феномену.

Основні завдання емпіричного дослідження:

1. Встановити рівень прояву розладів харчової поведінки у жінок.

2. Визначити систему чинників, які впливають на рівень прояву разладів харчової поведінки у жінок.

3. Встановити статистично значущі зв’язки між рівнем прояву розладів харчової поведінки та чинниками, які впливають на його прояв у жінок.

Проаналізувавши методичний інструментарій, для нашого дослідження ми обрали ряд методик, які найбільш ефективно дають можливість встановити рівень прояву розладів харчової поведінки у жінок та визначити чинники, які впливають на рівень їхнього прояву.

Так, для ***виконання першого завдання (встановити рівень прояву розладів харчової поведінки у жінок))*** нами було обрано Голландський

опитувальник харчової поведінки (DEBQ), який діагностує розлади харчової поведінки, виділяючи екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип [38].

Голландський опитувальник харчової поведінки був створений у 1986 році науковцями факультету харчування людини та факультету соціальної психології Аграрного університету Нідерландів. Головною метою розробки цього інструменту було визначення трьох основних типів харчової поведінки: емоційного, обмежувального та екстернального. Опитувальник розроблявся як простий та надійний метод оцінки порушень харчової поведінки, особливо пов'язаних з переїданням та ожирінням. Додатковою метою було створення різних терапевтичних стратегій для клінічної роботи з пацієнтами цієї категорії.

В Україні адаптація опитувальника була здійснена Українським Інститутом Когнітивно-поведінкової терапії у 2012 році.

Говорячи про обмежувальний тип харчової поведінки, мова йде про несистематичні та неконтрольовані харчові обмеження, які людина встановлює самостійно, без консультації з фахівцями. Такі обмеження можуть тривати довгий період часу та призводити до порушень у психічній та вегетативній сферах. Суворі дієтичні обмеження часто викликають емоційну нестабільність, наслідком якої може бути як повернення до нормального харчування, так і розвиток епізодів надмірного споживання їжі.

При зовнішньому (екстернальному) типі порушення харчової поведінки основним тригером відчуття голоду виступають не внутрішні, а зовнішні стимули: вигляд апетитної їжі, спостереження за тим, як їдять інші люди, запах страв, зображення їжі. Саме вигляд людей, які отримують задоволення від споживання їжі, може провокувати відчуття голоду у осіб з екстернальним типом харчової поведінки.

При емоційному типі порушення харчової поведінки стимулом до прийому їжі стають не фізіологічні потреби, а негативні емоційні стани. Людина починає надмірно споживати їжу у відповідь на емоційне напруження, тривогу, роздратування, стрес та загальний психологічний

дискомфорт. Особи з таким типом порушення зазвичай схильні до переїдання солодощами, кондитерськими та борошняними виробами. Основною метою такої поведінки є досягнення емоційного комфорту та відчуття спокою через харчову поведінку.

Опитувальник складається з 33 тверджень, які оцінюють особливості харчової поведінки. Респондентам пропонується оцінити кожне твердження за п'ятибальною шкалою, де:

1 бал означає "ніколи"

2 бали — "рідко"

3 бали — "іноді"

4 бали — "часто"

5 балів — "дуже часто"

Для обробки результатів використовується 5-бальна система оцінювання. Щоб отримати показник за окремою шкалою, необхідно додати всі бали за відповідями, що відносяться до цієї шкали, та поділити отриману суму на кількість запитань у шкалі.

Обмежувальна шкала — (питання 1-10): Свідомий контроль харчування з метою контролю ваги через самообмеження в їжі.

Емоційна шкала — (питання 11-23): Схильність до прийому їжі як реакція на негативні емоції.

Екстернальна шкала — (питання 24-33): Споживання їжі під впливом зовнішніх стимулів (вигляд, аромат, текстура їжі або споглядання інших людей, які їдять), а не відчуття голоду.

Нормативні показники для шкал харчової поведінки:

-Обмежувальна: 2,4 бали

-Емоціогенна: 1,8 балів

-Екстернальна: 2,7 балів

Перевищення цих значень вказує на порушення харчової поведінки.

З метою ***виконання другого завдання (*****визначити систему чинників, які впливають на рівень прояву разладів харчової поведінки у жінок** ми обрали наступні методики:

1. Методика суб’єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона [65].

2. Шкала тривоги Бека [34].

3.Шкала “Перфекціонізм” В. Шауфелі [57].

Методика суб’єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона. Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності була створена науковцями Д. Расселом, М. Фергюсоном та Л. Пепло в 1978 році. Інструмент дозволяє визначити рівень суб'єктивного переживання самотності та оцінити ступінь соціальної ізоляції особистості.

Дослідники підкреслюють, що феномен самотності є глибоко індивідуальним та суб'єктивним переживанням, унікальним для кожної людини. При цьому самотність може проявлятися у двох аспектах: як добровільний стан і потреба в усамітненні і як вимушена ізоляція, що супроводжується негативними емоціями.

Найчастіше самотність сприймається як дискомфортний психологічний стан, який спонукає особистість до його подолання шляхом встановлення соціальних контактів.

За твердженням авторів методики, виникнення стану самотності може бути спровоковане тривожністю, депресією, соціальною ізоляцією або нудьгою. Тест вимірює одну шкалу - суб'єктивне відчуття самотності.

Методика включає 20 тверджень, які досліджуваний оцінює за частотою їх прояву в його житті, обираючи один з варіантів: "часто", "іноді", "рідко", "ніколи".

Процедура обробки результатів передбачає наступний алгоритм підрахунку: відповіді "часто" множаться на 3, відповіді "іноді" множаться на 2, відповіді "рідко" множаться на 1, відповіді "ніколи" не враховуються

Максимально можливий показник за методикою - 60 балів. Інтерпретація результатів здійснюється за такими рівнями:

40-60 балів — високий рівень самотності

20-39 балів — середній рівень самотності

0-19 балів — низький рівень самотності

Шкала тривоги Бека. Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory) розроблена Аароном Беком та його колегами у 1988 році, є широко використовуваним інструментом для оцінки рівня тривожності.

Шкала тривоги Бека складається з 21 твердження, кожне з яких описує один із симптомів тривоги (фізіологічних, когнітивних або емоційних).

Респонденту пропонується оцінити інтенсивність кожного симптому за шкалою від 0 до 3, де:

0 — симптом відсутній;

1 — слабкий, незначний симптом;

2 — помірний симптом;

3 — сильний симптом, що виражено турбує.

Таким чином, загальна сума балів може варіюватися від 0 до 63.

Інтерпретація результатів:

0–9 балів: Мінімальний рівень тривоги. Людина практично не відчуває симптомів тривоги, що свідчить про емоційну стабільність.

10–18 балів: Помірний рівень тривоги. Можлива присутність деяких тривожних симптомів, які не впливають істотно на повсякденне життя.

19–29 балів: Високий рівень тривоги. Симптоми можуть ускладнювати повсякденну діяльність і взаємодію з оточенням.

30 і більше балів: Дуже високий рівень тривоги. Свідчить про значний дистрес, який потребує уваги фахівця (психолога чи психотерапевта).

Основні симптоми, що оцінюються:

1. Фізіологічні: серцебиття або прискорене серцебиття, тремтіння, потовиділення, запаморочення, напруження м’язів.

2. Когнітивні: відчуття страху втратити контроль, страх померти, неможливість зосередитися.

3. Емоційні: тривожність та дратівливість.

Переваги шкали:

1. Швидкість заповнення: займає 5–10 хвилин.

2. Простота використання: підходить як для самостійного заповнення, так і для роботи психолога.

3. Об’єктивність: шкала дозволяє оцінити саме рівень тривоги, а не депресії чи інших станів.

Обмеження шкали:

1. Не дає діагнозу. Шкала лише визначає інтенсивність тривожного стану, але не встановлює причини тривоги.

2. Може не враховувати культурні особливості (деякі симптоми можуть сприйматися по-різному в різних культурах).

Шкала широко використовується в клінічній психології для діагностики та моніторингу рівня тривоги, наукових дослідженнях для оцінки впливу інтервенцій, а також в роботі з клієнтами під час психотерапії для виявлення рівня тривожності та подальшої корекції [34].

Шкала «Перфекціонізму» В. Шауфелі. Науковець В. Шауфелі з Нідерландів розробив теоретичну модель "Перевірка на життєздатність", яка оцінює здатність особистості протистояти професійним викликам та труднощам [57].

Оригінальна англомовна методика була адаптована для українського середовища. Важливою складовою опитувальника є шкала "Перфекціонізм", що містить 10 запитань. Ці питання спрямовані на виявлення прагнення до досконалості у виконанні професійних обов'язків та загального бажання досягти максимальних результатів у роботі.

Шкала оцінює різні аспекти перфекціонізму, враховуючи не лише позитивні сторони (наприклад, високі стандарти), але й негативні, такі як надмірна самокритика та страх невдачі.

Основні компоненти шкали:

1. Особисті стандарти: рівень вимог до себе та прагнення досягати високих результатів.

2. Самокритика: схильність до самозвинувачень та негативного сприйняття власних досягнень.

3. Сприйняття очікувань інших: наскільки людина відчуває тиск з боку оточення щодо високих стандартів.

4. Установка на досконалість: наскільки людина орієнтована на досягнення ідеальних результатів.

Для чого використовується шкала:

1. Діагностика: визначення рівня перфекціонізму у клієнтів під час психологічного консультування або терапії.

2. Розуміння поведінки: аналіз того, як перфекціонізм впливає на життя клієнта, включаючи роботу, навчання чи міжособистісні стосунки.

3. Розробка інтервенцій: формування стратегії для зниження негативного впливу перфекціонізму, такого як тривога, вигоряння або страх невдачі.

Високі бали на шкалі можуть свідчити про схильність до жорстких стандартів, які можуть бути ресурсом у досягненні успіху, але водночас викликати стрес, тривогу чи вигоряння.

Низькі бали свідчать про відсутність орієнтації на досконалість, що може вказувати на брак мотивації чи низьку самооцінку.

Високі бали на шкалі можуть свідчити про схильність до жорстких стандартів, які можуть бути ресурсом у досягненні успіху, але водночас викликати стрес, тривогу чи вигоряння.

Низькі бали свідчать про відсутність орієнтації на досконалість, що може вказувати на брак мотивації чи низьку самооцінку [57].

Результати методик були оброблені за допомогою методів математико-статистичної обробки даних (метод ранжування, кореляційний аналіз). Отримані дані піддавались статистичному аналізу з наступною якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Емпіричне дослідження проводилося в 2024 році шляхом онлайн-опитування, яке дозволило забезпечити зручність участі для респондентів та охопити жінок із різних регіонів. У дослідженні взяли участь 30 жінок віком від 25 до 35 років. Дослідження було спрямоване на визначення рівня прояву розладів харчової поведінки, а також аналіз факторів, які можуть впливати на їх розвиток.

В таблиці 2.1 ми бачимо розподіл учасниць за віком, місцем проживання, сімейним статусом та зайнятістю дозволив отримати багатовимірну характеристику вибірки, що сприяє глибшому розумінню проблематики розладів харчової поведінки у цій віковій категорії.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки респондентів

Критерій	**Підкритерій**	**%**
стать	**жінки**	**100**
вік	до 30 років	73
	до 35 років	27
місце проживання	постійне	60
	виїхали за кордон	40
сімейний стан	одружені	40
	Неодружені	15
	Розлучені	45
зайнятість	працюють	60
	не працюють	40

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву розладів харчової поведінки у жінок та чинників, які впливають на них

Дослідження особливостей прояву розладів харчової поведінки у жінок передбачало проведення опитування, спрямованого на виконання двох завдань, які дозволяють встановити рівень розладів харчової поведінки у жінок та визначити чинники, які впливають на прояв цих розладів.

Розпочнімо з встановлення рівня розладів харчової поведінки у жінок.

Аналіз встановлення рівня прояву розладів харчової поведінки у жінок розкрито такими питаннями: визначення рівня прояву розладів харчової поведінки; аналіз домінуючих типів розладів (емоційного переїдання, зовнішнього переїдання, обмежувальної харчової поведінки); виявлення зв'язку між харчовою поведінкою та основними психологічними чинниками (перфекціонізм, тривога, самотність).

Дослідження проведено за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire), що дозволило оцінити індивідуальні особливості харчової поведінки та визначити ступінь їх впливу на загальний стан учасниць.

Аналіз результатів дослідження рівня прояву розладів харчової поведінки у жінок продемонстрував різноманітність типів харчової поведінки серед учасниць. У вибірці з 30 жінок було вивчено три основні типи харчової поведінки: обмежувальну, емоціогенну та екстернальну (див. табл. 2.2).

Рівні прояву розладів харчової поведінки у жінок

Таблиця 2.2

№	Типи харчової поведінки	Наявність розладу		Норма	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
1	Обмежувальний	10	33	20	67
2	Емоціогенний	18	60	12	40
3	Екстернальний	7	23	23	77



Рис.2.1 Типи харчової поведінки у жінок

Нижче представлено детальний аналіз кожного типу.

Обмежувальна харчова поведінка. Результати показали, що обмежувальна харчова поведінка характерна для 10 жінок (33%). Це свідчить про те, що третина респонденток дотримується жорсткого контролю над своїм раціоном, зокрема обмежуючи споживання певних продуктів або значно зменшуючи калорійність. Такий підхід може бути зумовлений прагненням досягти певних естетичних стандартів або страхом набрати вагу.

У той же час 20 жінок (67%) не продемонстрували значних ознак обмежувальної харчової поведінки. Це може свідчити про їхню більш гнучку стратегію харчування та відсутність суворих обмежень, що є позитивним сигналом для психологічного здоров'я.

Емоціогенна харчова поведінка. Емоціогенна харчова поведінка, яка полягає у схильності до переїдання під впливом емоцій (стресу, смутку або радості), була притаманна 18 жінкам (60%). Цей високий показник свідчить про те, що більшість респонденток використовує їжу як спосіб емоційної регуляції.

З іншого боку, 12 жінок (40%) показали нижчі рівні емоціогенного переїдання. Це може означати, що вони менш схильні до емоційних коливань у

контексті харчової поведінки та мають розвинені альтернативні механізми подолання стресу.

Висока частка емоціогенної харчової поведінки підкреслює необхідність роботи з емоційною стійкістю, адже така поведінка може призводити до набору зайвої ваги або розвитку харчових розладів.

Екстернальна харчова поведінка. Екстернальна харчова поведінка, що характеризується реакцією на зовнішні стимули (запах їжі, її зовнішній вигляд), виявлена лише у 7 жінок (23%), а 23 жінки (77%) показали норму.

Це говорить про те, що більшість учасниць дослідження не схильні до вживання їжі під впливом зовнішніх факторів, незалежно від фізіологічного голоду. Також це може свідчити про те, що вони здатні краще розрізняти фізіологічну потребу в їжі та вплив зовнішніх стимулів.

Проте наявність і цього типу поведінки може вказувати на важливість підвищення обізнаності учасниць про усвідомлене харчування та навички розрізнення фізіологічного голоду від емоційного чи зовнішнього впливу.

Дослідження виявило, що найпоширенішим типом харчової поведінки серед учасниць є емоціогенна (60%). Це вказує на те, що більшість жінок схильні реагувати на емоції, що впливає на їхнє харчування. Менш поширеною є обмежувальна поведінка (33%), що, з одного боку, свідчить про відсутність надмірного контролю, а з іншого — може означати недооцінку важливості здорових харчових звичок.

Такі результати підкреслюють важливість проведення подальших досліджень для розуміння причин виникнення цих типів поведінки. Водночас вони вказують на необхідність розробки програм психокорекції, спрямованих на формування усвідомленого підходу до харчування, управління емоціями та зменшення впливу зовнішніх стимулів на прийом їжі.

Наступний крок – аналіз чинників, які впливають на рівень прояву розладів харчової поведінки у жінок таких як: визначення типу професійної спрямованості; визначення суб’єктивного відчуття самотності; визначення рівня тривожності та визначення “Перфекціонізму”.

Досліджуючи визначення суб'єктивного відчуття самотності, ми проводили опитування за допомогою методики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона (див. табл. 2.3)

Таблиця 2.3

Розподіл рівнів відчуття самотності у жінок

Шкала відчуття самотності	К-ть осіб	%
Високий рівень	19	63
Середній рівень	7	23
Низький рівень 1	4	14

У результаті дослідження суб'єктивного рівня самотності серед респонденток було встановлено, що рівні відчуття самотності розподілилися наступним чином: високий рівень самотності виявлено у 19 осіб (63%), середній рівень — у 7 осіб (23%), а низький рівень — лише у 4 осіб (14%).

Високий рівень самотності (63%). Переважна частина респонденток відчуває високий рівень самотності. Це може свідчити про значний емоційний дискомфорт, знижений рівень соціальної підтримки та недостатню інтегрованість у соціальне середовище. Жінки з таким рівнем самотності можуть бути схильними до переживань тривоги, депресії або відчуття ізоляції. Даний результат підкреслює важливість розробки заходів для покращення соціальних зв'язків і психологічної підтримки.

Середній рівень самотності (23%). Середній рівень самотності виявлено майже у чверті опитаних жінок. Це свідчить про те, що дані респондентки мають певний рівень соціальної взаємодії, але не завжди відчувають достатню підтримку або задоволення від цих стосунків. Їхні відчуття можуть бути ситуаційними та залежати від змін у житті або оточенні.

Низький рівень самотності (14%). Лише невелика частина респонденток (14%) демонструє низький рівень самотності. Це вказує на те, що ці жінки

мають високу соціальну інтеграцію, задоволеність відносинами та почуваються частиною значущих соціальних груп. Вони, ймовірно, володіють більш розвинутими навичками комунікації, самоусвідомлення та вмінням будувати стійкі соціальні зв’язки.

Дослідження виявило домінування високого рівня відчуття самотності серед учасниць, що може бути пов’язано із сучасними соціальними умовами, такими як ізоляція, спричинена пандемією, еміграція або стрес через економічну нестабільність. Отримані дані підкреслюють необхідність проведення подальших досліджень та розробки психотерапевтичних та соціально-психологічних програм, спрямованих на зниження рівня самотності та покращення соціального добробуту.

Досліджуючи рівень тривожності, ми проводили опитування за допомогою шкали тривоги Бека. Результати представлені в таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Розподіл рівнів тривоги у жінок

Рівні тривоги	К-ть осіб	%
мінімальний рівень тривоги	11	37
легка тривога	4	13
помірна тривога	7	23
виражена тривога	8	27

У результаті дослідження було встановлено, що рівні тривоги серед респонденток розподілилися наступним чином: мінімальний рівень тривоги спостерігається у 11 осіб (37%), легка тривога виявлена у 4 осіб (13%), помірна тривога характерна для 7 осіб (23%), а виражена тривога зафіксована у 8 осіб (27%).

Більшість респонденток (37%) демонструють мінімальний рівень тривоги, що свідчить про їхній емоційний баланс та здатність ефективно справлятися зі

стресовими ситуаціями. Ці жінки, ймовірно, володіють стійкістю до зовнішніх подразників, мають достатню соціальну підтримку та здатність до саморегуляції.

Легкий рівень тривоги спостерігається у 13% респонденток. Вони можуть відчувати незначний дискомфорт у стресових ситуаціях, однак їхній стан не має суттєвого впливу на повсякденну діяльність. Такі симптоми часто є реакцією на короткочасні стресові фактори.

Помірний рівень тривоги характерний для майже чверті опитаних жінок (23%). Це свідчить про наявність виражених тривожних симптомів, які можуть впливати на їхню емоційну стабільність та ефективність у повсякденній діяльності. Такі жінки можуть потребувати консультації психолога або психотерапевта для вивчення причин тривоги та розробки стратегії її подолання.

Виражений рівень тривоги виявлено у 27% респонденток, що є значним показником. Ці жінки, ймовірно, відчувають сильний емоційний дистрес, що може суттєво погіршувати якість їхнього життя, впливати на стосунки з оточенням та продуктивність. Для цієї групи необхідно приділити особливу увагу, оскільки високий рівень тривоги може бути пов’язаний із підвищеним ризиком розвитку психосоматичних захворювань.

Результати дослідження демонструють, що понад половина респонденток мають рівень тривоги від помірного до вираженого, що підкреслює актуальність проблеми емоційного благополуччя серед жінок. Найменша частка припадає на легкий рівень тривоги, що свідчить про можливу нестачу ресурсів для подолання стресових факторів у повсякденному житті.

Отримані дані вказують на потребу впровадження профілактичних і корекційних заходів, спрямованих на зниження тривожності серед жінок, зокрема проведення психологічних тренінгів, консультування та групових занять із технік релаксації.

При визначенні перфекціонізму, ми проводили опитування за допомогою шкали «Перфекціонізму» Шауфелі. Результати представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл рівнів перфекціонізму серед респонденток

Рівні перфекціонізму	Кількість респондентів	%
Високий рівень	4	13
Середній рівень	20	67
Низький рівень	6	20

У результаті дослідження було встановлено, що рівні перфекціонізму серед жінок розподілилися наступним чином: високий рівень перфекціонізму виявлено у 4 осіб (13%), середній рівень — у 20 осіб (67%), а низький рівень характерний для 6 осіб (20%).

Високий рівень перфекціонізму демонструють 13% респонденток. Ці жінки прагнуть досягти ідеальних результатів у своїй діяльності, ставлячи перед собою надмірно високі вимоги. Вони можуть бути схильні до самокритичності, тривожності через можливі помилки, а також до виснаження через постійне бажання відповідати власним або соціальним стандартам. Такий рівень перфекціонізму часто супроводжується емоційним і фізичним перевантаженням, що може потребувати психотерапевтичної корекції.

Переважна більшість респонденток (67%) має середній рівень перфекціонізму. Це свідчить про збалансоване ставлення до власних досягнень. Ці жінки намагаються досягти високих результатів, проте не втрачають здатності реалістично оцінювати свої можливості. Для них характерне прагнення до самовдосконалення без надмірного самопокарання за невдачі, що сприяє збереженню емоційного балансу та ефективності в повсякденному житті.

Низький рівень перфекціонізму виявлено у 20% респонденток. Ці жінки, ймовірно, не відчувають потреби прагнути до ідеалу або максимальної досконалості. Вони задовольняються виконанням своїх обов’язків на достатньому рівні та не ставлять перед собою надмірно високих цілей. Такий

рівень може свідчити про спокійне ставлення до критики та меншу схильність до стресу через незадоволення результатами діяльності.

Дослідження виявило, що більшість жінок мають середній рівень перфекціонізму, що можна розцінювати як позитивну рису, яка сприяє досягненню цілей без надмірного емоційного навантаження. Проте наявність групи з високим рівнем перфекціонізму (13%) вказує на можливість підвищеної тривожності, самокритичності та схильності до виснаження.

Отримані дані підкреслюють необхідність підтримки жінок із високим рівнем перфекціонізму, особливо через психологічні інтервенції, спрямовані на зниження надмірного самоконтролю та формування реалістичних очікувань щодо власних досягнень. Водночас важливо стимулювати розвиток здорового перфекціонізму у тих, хто має низький рівень, для підвищення їхньої мотивації до самовдосконалення.

Отримані результати представлені в таблиці 2.6.

Результати визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву розладів харчової поведінки та чинниками, які впливають на їх прояву у жінок

Таблиця 2.6

	Чинники, які впливають на рівень прояву розладів харчової поведінки		
	Самотність	***Тривожність***	***Перфекціонізм***
Рівні прояву РХП			
Обмежувальний	rs = 0.6	rs = 0.68	rs = 0.26
Емоціогенний	rs = 0,73	rs = 0.8	rs = 0.25
Екстернальний	rs = 0.33	rs = 0.56	rs = 0.23

r_s - емпіричне значення

Критичне значення для N =30

N	p	
	0.05	0.01
30	**0.36**	**0.47**

При аналізі отриманих результатів чинника «Самотність» ми бачимо що:

1. Самотність має високий вплив на обмежувальний розлад харчової поведінки і це свідчить про те, що самотність може провокувати харчові обмеження, такі як суворі дієти, голодування чи відмова від їжі.

2. Вплив цього чинника на емоціогенний розлад також показує сильну кореляцію і це вказує на те, що самотність сприяє переїданню у стресових ситуаціях. Люди часто використовують їжу як механізм компенсації емоційного болю чи почуття ізоляції.

3. А ось вплив самотності на екстернальний розлад має низький показник означає і це означає, що самотність не є основним чинником у випадках, коли харчова поведінка залежить від зовнішніх стимулів (наприклад, запах їжі чи вигляд їжі).

Тобто, ми бачимо що самотність найбільше впливає на емоціогенний тип розладу, де харчування стає способом заспокоїти негативні емоції. Дещо менший вплив спостерігається на обмежувальний тип, і майже відсутній вплив на екстернальний.

Тепер розглянемо чинник "Тривожність". Результати кореляції показали що тривожність має сильний вплив на обмежувальний розлад і це вказує на те, що тривожність може стимулювати суворий контроль за їжею, що часто викликається страхом втрати контролю над ситуацією. Люди з високим рівнем тривожності можуть використовувати харчові обмеження як спосіб "упорядкувати" своє життя.

Тривожність має надзвичайно сильний зв’язок з емоціогенним розладом і з нашого дослідження видно, що тривожність є одним з основних факторів,

який сприяє емоціогенній харчовій поведінці. Люди, які відчувають постійний стрес чи хвилювання, часто "заїдають" свої емоції.

Значний вплив тривожності на екстернальний розлад може пояснюватися тим, що постійна напруга підвищує чутливість до зовнішніх стимулів, таких як запах чи вигляд їжі.

Результати показали що перфекціонізм має дуже слабкий вплив на обмежувальний розлад і це свідчить про те, що прагнення до досконалості практично не впливає на вибір обмежень у харчуванні. Це може означати, що люди, які намагаються досягти ідеалу, більше схильні контролювати інші аспекти життя, ніж харчування.

Емоціогенний розлад показав слабкий вплив перфекціонізму, що значить що він не є основним фактором, який провокує переїдання у відповідь на емоційний стрес.

Найнижчий зв’язок свідчить, що перфекціонізм майже не впливає на сприйняття зовнішніх стимулів, які викликають апетит.

Перфекціонізм не є значущим чинником у формуванні розладів харчової поведінки. Його вплив мінімальний або зовсім відсутній.

Тобто, в цілому можемо сказати що самотність і тривожність є основними факторами впливу на розлади харчової поведінки.

Тривожність має найбільш універсальний вплив на всі три типи (обмежувальний, емоціогенний, екстернальний). Самотність більше пов’язана з емоціогенним типом. Перфекціонізм виявився незначним чинником, що свідчить про слабкий зв’язок між прагненням до досконалості та харчовими розладами.

2.3. Психологічні рекомендації щодо подолання розладів харчової поведінки у жінок

Загальні рекомендації для подолання РХП включають професійну допомогу та підтримку, а також психотерапевтичні підходи. В рамках

професійної допомоги важливе своєчасне звернення до спеціалістів з досвідом лікування РХП, таких як психіатр, психотерапевт та нутриціоніст [31].

Необхідно проходити регулярні консультації з командою фахівців для моніторингу прогресу та брати участь у терапевтичних групах підтримки, ефективність яких підтверджена дослідженнями [62].

Щодо психотерапевтичних підходів, дослідження показують найбільшу ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка вважається золотим стандартом лікування булімії та компульсивного переїдання [41].

Також важливими є діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) для роботи з емоційною регуляцією та міжособистісна психотерапія для покращення соціальних відносин [56].

Для подолання нервової анорексії рекомендується поступове відновлення нормального режиму харчування під наглядом фахівців, робота з спотвореним образом тіла через техніки КПТ, розвиток навичок емоційної регуляції. Особливо ефективною для молодих пацієнтів є сімейна терапія [53].

При лікуванні нервової булімії важливе ведення щоденника харчування та тригерів, розробка плану запобігання рецидивам, освоєння технік управління стресом та тривогою, а також робота з самооцінкою та перфекціонізмом [41].

Основні рекомендації щодо подолання розладів харчової поведінки за допомогою когнітивно-поведінкової терапії: регулярне харчування, а саме встановлення стабільного режиму прийому їжі, що включає три основні прийоми їжі та два-три перекуси щодня. Уникнення пропусків прийомів їжі та тривалих періодів без їжі, що допомагає запобігти переїданню. Самомоніторинг: ведення детального щоденника харчування, де фіксуються спожиті продукти, час прийому їжі та пов'язані емоції. Аналіз тригерів, що призводять до нездорової харчової поведінки, та розробка стратегій їх подолання. Когнітивна реструктуризація: виявлення та оскарження негативних думок і переконань щодо власного тіла, ваги та харчування. Розвиток більш реалістичних та позитивних уявлень про себе. Робота з емоціями: розпізнавання емоцій, які можуть спровокувати розлади харчової поведінки, такі як тривога,

депресія або стрес. Розробка здорових способів управління цими емоціями без вдавання до їжі. Профілактика рецидивів: розробка індивідуального плану дій на випадок виникнення ситуацій, що можуть спровокувати повернення до старих звичок. Регулярний перегляд та корекція цього плану відповідно до змін у житті пацієнта [41].

Для подолання компульсивного переїдання рекомендуються практики усвідомленого харчування, техніки емоційної регуляції, поведінкові стратегії контролю імпульсів та робота з негативними думками про тіло та вагу [61].

Практичні інструменти самодопомоги включають кілька важливих компонентів. Ведення щоденника є одним з ключових інструментів, який передбачає детальні записи про прийоми їжі, відстеження емоційних тригерів, а також моніторинг думок та переконань про їжу та тіло. Це допомагає краще розуміти власні патерни поведінки та виявляти проблемні області [38].

Техніки усвідомленого харчування відіграють важливу роль у відновленні здорових відносин з їжею. Вони включають практику уважності під час прийому їжі, що допомагає бути присутнім у моменті та краще відчувати процес харчування. Важливим аспектом є розпізнавання фізичних сигналів голоду та насичення, що допомагає відновити природні механізми регуляції харчування. Особлива увага приділяється роботі з емоційним переїданням через розвиток альтернативних стратегій копінгу [59].

Рекомендації за новим методом Маудслі базуються на сучасних дослідженнях та клінічному досвіді, надаючи ефективні стратегії підтримки та сприяння одужанню. Основні рекомендації:

1.Розуміння розладів харчової поведінки: необхідно ознайомитися з основними фактами про розлади харчової поведінки, щоб мати реалістичне уявлення про їхні причини, симптоми та наслідки. Ці розлади є складними медичними станами, а не свідомим вибором пацієнта.

2.Розвиток ефективних комунікативних навичок: необхідне впровадження емпатичного слухання та неконфліктного спілкування для створення довірливих відносин. Уникнення критики та осуду, натомість підтримка та розуміння.

3.Моделювання емоційної стійкості: приклад здорового управління емоціями та стресом, щоб пацієнт міг навчитися цим навичкам. Розвиток позитивного мислення та проблемно-орієнтованого підходу у вирішенні складних ситуацій.

4.Використання мотиваційних технік: мотиваційне інтерв'ю для підтримки бажання пацієнта до змін та одужання. Допомога у встановлюванні реалістичних цілей та плануванню кроків для їх досягнення.

5.Розробка стратегії управління поведінкою: визначення тригерів, що провокують нездорову харчову поведінку та розробка плану їх уникнення або подолання. Впровадження структурованого розкладу прийому їжі та підтримка регулярності харчування.

6.Підтримка власного благополуччя: усвідомлення важливості самодопомоги та відпочинку, щоб уникнути вигорання. Підтримка родичів або професійних консультантів [59].

Робота з тілесним образом потребує комплексного підходу. Вона включає спеціальні вправи на прийняття тіла, які допомагають розвинути більш здорове ставлення до власної зовнішності. Використання позитивних афірмацій сприяє формуванню більш позитивного самосприйняття. Техніки дзеркальної експозиції, які виконуються під керівництвом спеціаліста, допомагають поступово зменшити тривогу, пов'язану з виглядом тіла [35].

Дослідження показують, що значна кількість дорослих з нервовою анорексією перебувають у стабільних стосунках. Партнери відіграють важливу роль у процесі одужання, надаючи емоційну підтримку та допомагаючи впоратися з труднощами, пов'язаними з розладом [35].

Рекомендації для підтримуючого оточення є важливою частиною процесу одужання. Для членів сім'ї важлива освіта про природу розладів харчової поведінки, що допомагає краще розуміти стан близької людини. Розвиток навичок підтримуючої комунікації дозволяє створити безпечне середовище для одужання. Участь у сімейній терапії може значно покращити результати лікування [44].

Для партнерів важливо розвивати глибоке розуміння особливостей розладів харчової поведінки та їх впливу на стосунки. Навички емоційної підтримки допомагають створити атмосферу прийняття та розуміння. Особливу увагу слід приділяти уникненню тригеруючих коментарів про їжу та тіло, які можуть негативно вплинути на процес одужання.

Профілактика рецидивів вимагає ретельного планування. Розробка плану профілактики включає ідентифікацію індивідуальних тригерів, створення персоналізованого списку копінг-стратегій та побудову надійної системи підтримки. КПТ залишається основним методом лікування булімії нервової, демонструючи найвищу ефективність у зменшенні симптомів розладу. Комбінування КПТ та фармакотерапії може бути корисним для деяких пацієнтів, хоча КПТ як монотерапія часто є достатньою. Підтримувані програми самодопомоги, засновані на принципах КПТ, можуть бути ефективними, особливо для пацієнтів з легшими формами розладу. Розширені форми КПТ та інтегративна когнітивно-афективна терапія потребують подальшого вивчення для оцінки їхньої ефективності. Розробка та тестування нових моделей лікування, які б враховували індивідуальні особливості пацієнтів та забезпечували більш персоналізований підхід [54].

Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) показує гарні результати для лікування компульсивного переїдання та булімії. Цей підхід розглядає розлади харчової поведінки як проблему емоційної дисрегуляції та надає практичні рекомендації для терапевтів щодо впровадження ДПТ у роботу з такими клієнтами. Основні рекомендації: фокус на емоційній дисрегуляції: необхідно розглядати компульсивне переїдання та булімію як способи клієнтів справлятися з інтенсивними та болісними емоціями. Навчати клієнтів розпізнавати та розуміти свої емоційні тригери, що призводять до розладів харчової поведінки. Використання навичок ДПТ: уважність (майндфулнес): допомога клієнтам розвивати здатність залишатися присутніми в моменті та усвідомлювати свої думки та почуття без осуду. Регуляція емоцій: навчання стратегіям управління та зменшенню інтенсивності емоцій, щоб зменшити

потребу в деструктивній харчовій поведінці. Толерантність до стресу: розробка з клієнтами методів переживання кризових ситуацій без вдавання до переїдання або очищення. Індивідуалізація терапії: адаптація стандартних протоколів ДПТ відповідно до потреб кожного клієнта, враховуючи специфіку їхніх розладів харчової поведінки. Також важливим буде використання реальних прикладів та ситуацій з життя клієнта для відпрацювання нових навичок. Важливо надавати клієнтам роздаткові матеріали та форми для самостійної роботи, що допоможуть закріпити навички, опрацьовані під час сеансів та використовувати спеціально розроблені вправи, такі як «усвідомлене харчування», щоб вони могли практикувати нові підходи до прийому їжі. Рекомендації для терапевтів: забезпечення постійною підтримкою та зворотнім зв'язком, допомагаючи клієнтам інтегрувати нові навички у повсякденне життя, підтримувати баланс між прийняттям клієнта та стимулюванням до змін, що є ключовим принципом ДПТ [56].

Підтримуючі фактори, такі як регулярні перевірки у спеціалістів та участь у групах підтримки, допомагають зберігати стабільність у довгостроковій перспективі. Підтримання здорового способу життя, включаючи збалансоване харчування, регулярну фізичну активність та достатній відпочинок, також відіграє важливу роль у запобіганні рецидивам.

Просвітницький тренінг на тему
Подолання розладів харчової поведінки у жінок

ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП

Мета: Надання учасницям знань про розлади харчової поведінки (РХП) та формування практичних навичок їх подолання, базуючись на науково доведених методах терапії [31].

Цільова аудиторія: жінки, які мають проблеми з харчовою поведінкою або знаходяться в групі ризику (18-35 років, оскільки це найбільш вразлива вікова група щодо розвитку РХП [58]).

Завдання тренінгу:

1.Ознайомити учасниць з основними видами розладів харчової поведінки та їх проявами згідно з сучасними діагностичними критеріями DSM-5 [43].

2.Розглянути психологічні та соціальні фактори, що впливають на формування РХП.

3.Надати практичні інструменти для подолання деструктивних патернів харчової поведінки.

4.Сформувати навички здорового ставлення до їжі та власного тіла

Очікувані результати:

Знатимуть:

1.Основні види розладів харчової поведінки та їх симптоми за DSM-5 [43].

2.Фактори ризику розвитку РХП за даними епідеміологічних досліджень [58].

3.Методи профілактики та подолання РХП, що базуються на доказовій практиці [33].

Вмітимуть:

1.Розпізнавати тривожні сигнали РХП.

2.Застосовувати техніки усвідомленого харчування за методикою Kabat-Zinn [40].

3.Використовувати копінг-стратегії при тригерних ситуаціях.

Розумітимуть:

1.Важливість своєчасного звернення за професійною допомогою.

2.Зв'язок між емоційним станом та харчовою поведінкою.

3.Роль підтримуючого оточення у подоланні РХП.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: офлайн, жіночий психологічний центр.

Обладнання: проектор, ноутбук, фліпчарт, маркери, папір А4, анкети для діагностики (EAT-26, BSQ-34), роздаткові матеріали.

Тривалість: 3 години.

ЕТАП ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

1. Знайомство/організаційна частина (30 хвилин)

Вправа "Безпечний простір" (15 хв)

Мета: створити довірливу атмосферу та встановити контакт між учасницями.

Теоретичне обґрунтування: Дослідження показують, що створення безпечного терапевтичного простору є ключовим фактором успішної групової роботи з РХП [64].

Інструкція:

1.Учасниці сідають в коло.

2.Кожна по черзі називає своє ім'я та ділиться:

-Чому вирішила прийти на тренінг

-Що хотіла б отримати від участі

-Що допомагає їй почуватися безпечно в групі

3.Тренер фіксує очікування на фліпчарті

Прийняття правил роботи групи (15 хв)

-Конфіденційність

-Добровільність участі

-Право сказати "стоп"

-Говорити від свого імені

-Безоціночність суджень

-Повага до особистих меж

2. Основна частина

2.1 Інформаційно-теоретичний блок (60 хвилин)

Міні-лекція "Розлади харчової поведінки: види, причини, наслідки" (30 хв)

Вправа "Міфи та факти про РХП" (30 хв)

Мета: розвінчати поширені міфи про розлади харчової поведінки, базуючись на наукових даних.

Хід проведення:

1.Учасниці діляться на малі групи (3-4 особи)

2.Кожна група отримує картки з твердженнями про РХ

3.Завдання: класифікувати твердження на "міфи" та "факти"

4.Презентація та обговорення відповідей з науковим обґрунтуванням

Приклади тверджень (з науковим обґрунтуванням):

1."РХП - це вибір людини" (Міф: дослідження показують, що це серйозне психічне захворювання з біологічною основою [32])

2."Від РХП страждають тільки дуже худі люди" (Міф: РХП можуть виникати у людей з будь-якою вагою [58])

3."РХП мають найвищий рівень смертності серед психічних розладів" (Факт: підтверджено дослідженнями [32])

Діагностичний компонент (45 хвилин)

Анкетування (25 хв):

-Опитувальник EAT-26 (валідизований інструмент скринінгу РХП)

-Шкала незадоволеності тілом (BSQ-34) [35]

Обговорення результатів (20 хв):

-Індивідуальна інтерпретація результатів

-Загальні тенденції в групі

-Рекомендації щодо подальшої діагностики

2.3 Практичний блок (60 хвилин)

Вправа "Щоденник харчування та емоцій" (20 хв)

Мета: навчити учасниць відстежувати зв'язок між емоційним станом та харчовою поведінкою.

Теоретичне обґрунтування: Дослідження показують ефективність ведення щоденника для усвідомлення патернів харчової поведінки [42].

Хід проведення:

1.Презентація структури щоденника

2.Практика заповнення

3.Обговорення спостережень

Техніки усвідомленого харчування (20 хв):

1.Практика "Родзинка" за методикою Kabat-Zinn [48]

2.Вправи на розпізнавання голоду та насичення

3.Техніки mindful eating

Групова дискусія "Стратегії подолання" (20 хв)

-Обговорення копінг-стратегій

-Обмін досвідом

-Формування плану дій

3.Заключна частина (45 хвилин)

Вправа "Лист підтримки" (25 хв)

Мета: закріпити позитивні установки та сформувати ресурсний стан.

Хід проведення:

Учасниці пишуть лист підтримки самій собі. Включають в лист:

-Позитивні якості

-Досягнення

-Слова підтримки

-План дій на майбутнє

-За бажанням діляться змістом листа з групою

Фінальна рефлексія (20 хв)

Обговорення отриманого досвіду. Зворотній зв'язок. Рекомендації щодо подальшої роботи. Надання інформації про професійну допомогу.

ВИСНОВКИ

На основі узагальненого теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей розвитку розладів харчової поведінки у жінок дає підставу зробити наступні висновки:

Нами було розкрито основні підходи до поняття розладів харчової поведінки та визначено їхню специфіку. Науковці наголошують на ролі соціальних і культурних факторів у формуванні цих розладів, а також на значенні психологічних механізмів, зокрема страху зайвої ваги, прагнення контролю та емоційної регуляції через їжу. Таким чином, розлади харчової поведінки є багатовимірним явищем, що потребує комплексного аналізу та міждисциплінарного підходу.

Було визначено специфіку розладів харчової поведінки у жінок та виокремлено систему психологічних чинників, що впливають на їх прояв. Дослідження підтвердило значущий вплив самотності, тривожності та перфекціонізму на формування та розвиток розладів харчової поведінки у жіночій популяції.

За результатами емпіричного дослідження, проведеного на вибірці з 30 жінок віком від 25 до 35 років, було виявлено переважання емоціогенної харчової поведінки (60% досліджуваних), що що вказує на схильність до використання їжі як способу емоційної регуляції. Екстернальна харчова поведінка характерна для 23% респонденток і це свідчить про високу чутливість до зовнішніх харчових стимулів незалежно від відчуття голоду. Обмежувальний тип харчової поведінки виявлено у 33% жінок, які схильні до надмірного самоконтролю у харчуванні.

Аналіз чинників, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки, виявив, що самотність, тривожність та перфекціонізм по-різному впливають на прояви розладів харчової поведінки серед респонденток.

Самотність виявила значний вплив на емоціогенний та обмежувальний типи харчової поведінки. Висока кореляція між самотністю та емоціогенним розладом свідчить про те, що жінки часто використовують їжу як механізм

компенсації емоційного болю та ізоляції. Помітний, але слабший зв’язок із обмежувальним типом показує, що самотність може бути тригером для суворих дієт або голодування. Водночас вплив самотності на екстернальний тип розладу виявився незначним.

Тривожність є найбільш універсальним чинником, який впливає на всі три типи харчових розладів. Найсильніший зв’язок спостерігається з емоціогенним типом, де тривожність провокує переїдання у відповідь на стрес. Також тривожність тісно пов’язана з обмежувальним типом, оскільки контроль за харчуванням може бути способом боротьби зі страхами та невизначеністю. Значний зв’язок із екстернальним типом пояснюється підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів під час стресу.

Перфекціонізм, за результатами дослідження, має слабкий або мінімальний вплив на розлади харчової поведінки. Його зв’язок з обмежувальним та емоціогенним типами є незначним, що свідчить про відсутність прямого впливу прагнення до досконалості на формування цих розладів. Відсутність значущого зв’язку з екстернальним типом підтверджує, що перфекціонізм не є ключовим чинником у сприйнятті зовнішніх стимулів, які викликають апетит.

Отже, отримані дані дозволяють зробити висновок, що ключовими факторами, які впливають на розлади харчової поведінки, є самотність і тривожність, тоді як перфекціонізм відіграє другорядну роль. Найбільший вплив чинять емоційний дискомфорт і тривожні стани, що підкреслює необхідність розробки цілеспрямованих психотерапевтичних програм для покращення емоційного добробуту жінок та зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки.

Виявлені взаємозв'язки між психологічними характеристиками та типами порушень харчової поведінки підкреслюють важливість системного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки у жінок молодого віку.

З метою подолання розладів харчової поведінки у жінок було розроблене тренінгове заняття «Подолання розладів харчової поведінки у жінок», яке

надасть учасницям знань про розлади харчової поведінки (РХП) та формування практичних навичок їх подолання, базуючись на науково доведених методах терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць. 2019. №25. 28 с.
2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2019. – 180 с.
3. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2019. №43. – 246 с.
4. Андрікевич І. І., Мантак Г. І., Звенігородська Г. Ю. Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017. С. 238–241.
5. Варфоломєєва О. В. Стрес та емоційна їжа. Київ : ЛД, 2023. С. 80–85.
6. Ворошиліна А. В. Психологічні особливості порушень харчової поведінки : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Харків, 2017. – 210 с.
7. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки особистості. Київ : НПУ ім. М. П. Драгманова, 2009. 224 с.
8. Ворошиліна А. В. Особливості ставлення до тіла у особистості з різним типом харчової поведінки. Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р. Харків : Діса плюс, 2020. С. 66–68.
9. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 336 с.
10. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної фіскальної служби України : монографія. Київ-Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2015. 254 с.
11. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91–99.
12. Колесникова І. С. Психологічні особливості порушення харчової поведінки : дис. … канд. психол. наук : 19.00.0. Київ, 2020. – 185 с.

13. Колеснікова І. С. Розлади харчової поведінки як проблема забезпечення здоров’я. Гуманітарні науки : матеріали XX міжнар. наук.-практ. конф. № 5. URL: http://sibac.info/archive/guman/5

14. Кононенко О. І. Перфекціонізм особистості : монографія. Одеса : ОНУ імені І. І. Мечникова, ТОВ "Удача", 2016. 374 с.

15. Лапіна М. Д., Бойко Є. В. Психологічні відмінності харчової поведінки серед сучасної молоді // Психологічний журнал. 2021. № 5 (28). С. 59–73.

16.Лапіна М. Д., Бойко Є. В. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. Науковий вісник Ужгородського університету. 2021. Вип. 1(48). С. 216–220.

17. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ : Плай, 2000. Вип. 5, Ч. 1. С. 160–165.

18.Литвин-Кіндратюк С. Д. Проблема порушень харчової поведінки в дослідженнях українських психологів // Габітус. 2023. № 47. С. 142–153.

19. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія: Психологія та педагогіка. Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2013. Вип. 22. 136 с.

20.Самойленко І. Війна з їжею. Київ : ФОП Маслаков, 2020. 57 с.

21.Самойленко І. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2018. 200 с.

22. Селігман М. Як бути оптимістом. Київ : Наш формат, 2025. С. 256–263.

23. Серга Т. О., Білоусенко М. В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки. 2022. № 2(7). С. 968–979.

24. Рябова Н. М. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р. Харків : Діса плюс, 2020. С. 174–177.

25. Рябова Н. М. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці // Вісник Національного університету "Острозька академія". Серія: Психологія. 2022. № 2 (50). С. 98–107.
26. Травенко О. С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. Актуальні проблеми психології. 2024. Том XI, Вип. 14. С. 205–214.
27. Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології : матеріали V Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (21-22 квітня 2021 року) / укл.: І. С. Булах та ін. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. Вип. 2. С. 156–160.
28. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 1). Проблеми сучасної психології : зб. наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2014. Вип. 23. С. 720–731.
29. Самойленко І. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2018. 200 с.
30. Якушкіна Н. В. Психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки у молоді : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2018. 20 с.
31. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington, DC : APA, 2013. 128 p.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
33. Arcelus J., Mitchell A. J., Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. Archives of General Psychiatry. 2011. Vol. 68(7). P. 724–731.
34. Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56(6). P. 893–897. URL:

https://nesdo.onderzoek.io/wp-content/uploads/2016/08/BAI-Beck-Anxiety-Index-Beck-et-al.-1988.pdf

35. Bulik C. M., Baucom D. H., Kirby J. S., Pisetsky E. Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN). International Journal of Eating Disorders. 2011. Vol. 44(1). P. 19–28.

36. Cooper P. J., Taylor M. J., Cooper Z., Fairburn C. G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders. 1987. Vol. 6(4). P. 485–494.

37. Cooper Z., Fairburn C. G. The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18(3). P. 394–402.

38. Van Strien T., Frijters J. E., Bergers G. P., Defares P. B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders. 1986. Vol. 5(2). P. 295–315.

URL:https://sci-hub.se/10.1002/1098-108x(198602)5:2<295::aid-eat2260050209>3.0.co;2-t

39. Delinsky S. S., Wilson G. T. Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. International Journal of Eating Disorders. 2006. Vol. 39(2). P. 108–116.

40. Fernandes J., Ferreira-Santos F., Miller K., Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. Obesity Reviews. 2017. Vol. 19. P. 111–120.

41. Fairburn C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York : Guilford Press, 2008. 324 p.

42. Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy. 2003. Vol. 41(5). P. 509–528.

43. Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H. A., O'Connor M. E., Bohn K., Hawker D. M., Palmer R. L. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating

disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. American Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 166(3). P. 311–319.

44. Fairburn C. G., Harrison P. J. Eating disorders. The Lancet. 2003. Vol. 361(9355). P. 407–416.

45. Gianini L. M., White M. A., Masheb R. M. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eating Behaviors. 2013. Vol. 14. P. 309–313.

46. Garner D. M., Olmsted M. P., Bohr Y., Garfinkel P. E. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine. 1982. Vol. 12(4). P. 871–878.

47. Hudson J. I., Hiripi E., Pope Jr H. G., Kessler R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry. 2007. Vol. 61(3). P. 348–358.

48. Kabat‐Zinn J. Mindfulness‐based interventions in context: past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003. Vol. 10(2). P. 144–156.

49. Katterman S. N., Kleinman B. M., Hood M. M., Nackers L. M., Corsica J. A. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. Eating Behaviors. 2014. Vol. 15(2). P. 197–204.

50. Leon G. R., Fulkerson J. A., Perry C. L. et al. Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. Journal of Abnormal Psychology. 1995. Vol. 104. P. 140–149.

51. Levine M. P. Loneliness and Eating Disorders. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. 2012. Vol. 146(1-2). P. 243–257.

52. Levitan R. D., Davis C. Emotions and eating behaviour: implications for the current obesity epidemic. University of Toronto Quarterly. 2010. Vol. 79. P. 783–799.

53. Lock J., Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York : Guilford Publications, 2015. 289 p.

54. Mitchell J. E., Agras S., Wonderlich S. Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? International Journal of Eating Disorders. 2007. Vol. 40(2). P. 95–101.
55. Rosenvinge J. H., Pettersen G. Epidemiology of Eating Disorders Part II: An Update with a Special Reference to the DSM-5. Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice. 2014. P. 1–23.
56. Safer D. L., Telch C. F., Chen E. Y. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. New York : Guilford Press, 2009. 244 p.
57. Schaufell W. B. Measurement of burnout: A review. Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research / ed. W. B. Schaufell, C. Maslach, T. Marek. Washington, DC : Taylor & Francis, 2005. P. 199–215.
URL: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/322a.pdf
58. Smink F. R., van Hoeken D., Hoek H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports. 2012. Vol. 14(4). P. 406–414.
59. Treasure J., Smith G., Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method. London : Routledge, 2016. 228p.
60. Wilkinson L. L. et al. Emotional eating, loneliness, and social support in young adults. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2019. Vol. 16(1). P. 1–8.
61. Wilson G. T., Zandberg L. J. Cognitive–behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. Clinical Psychology Review. 2012. Vol. 32(4). P. 343–357.
62. Wonderlich S., Mitchell J. E., Crosby R. D. et al. The role of group therapy in the treatment of eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2012. Vol. 45(2). P. 198–207.
63. Yager J., Devlin M. J., Halmi K. A., Herzog D. B., Mitchell III J. E., Powers P., Zerbe K. J. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Focus. 2014. Vol. 12(4). P. 416–431.

64. Yalom I. D., Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. New York : Basic Books, 2020. 832 p.
65. Yussell D., Peplau L. A., Cutrona C. E. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. Journal of Personality and Social Psychology. 1980. Vol. 39. P. 472–480. URL:https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Russel-Peplau-Cutrona-80.pdf

Додатки

Додаток А

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву обмежувальної харчової поведінки та рівнем самотності у респонденток

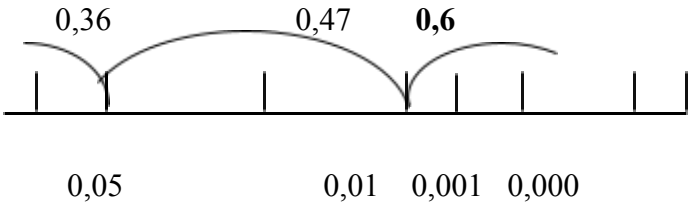
№ опитаних	Показники рівня обмежувальної ХП (змінна А)		Показники рівня самотності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	8-**8,5**	40	26	17,5	306,25
2	2,7	22	35	23	1	1
3	2,8	23	25	20	3	9
4	2,4	20	33	22	2	4
5	2,1	14-**15**	12	14-**14,5**	0,5	0,25
6	4,6	29	57	29-**29,5**	0,5	0,25
7	2,9	24-**24,5**	19	16-**17**	7,5	56,25
8	2,1	15-**15**	10	13	2	4
9	2,6	21	0	1-**3**	18	324
10	5	30	57	30-**29,5**	0,5	0,25
11	2,3	18-**18,5**	12	15-**14,5**	4	16
12	2,1	16-**15**	19	17-**17**	2	4
13	1,3	6-**6,5**	0	2-**3**	3,5	12,25
14	1	1-**2,5**	19	18-**17**	4,5	20,25
15	1,2	5	0	3-**3**	2	4
16	2	10-**11,5**	38	24-**24,5**	13	169
17	1	2-**2,5**	6	11	8,5	72,25
18	3	26	32	21	5	25
19	4	28	48	27	1	1
20	1,3	7-**6,5**	2	8-**8,5**	2	4
21	2,3	19-**18,5**	1	6-**6,5**	12	144
22	2	11-**11,5**	5	10	1,5	2,25
23	2	12-**11,5**	38	25-**24,5**	13	169

24	1	3-**2,5**	1	7-**6,5**	4	16
25	2,9	25-**24,5**	8	12	12,5	156,25
26	3,9	27	51	28	1	1
27	1	4-**2,5**	2	9-**8,5**	6	36
28	2,2	17	20	19	2	4
29	1,5	9-**8,5**	0	4-**3**	5,5	30,25
30	2	13-**11,5**	0	5-**3**	8,5	72,25

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 1792,5) / 30 \cdot (30^2 - 1)$

$r_{s\ емп} = 0,6$



Додаток Б

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву емоціогенної харчової поведінки та рівнем самотності у респонденток

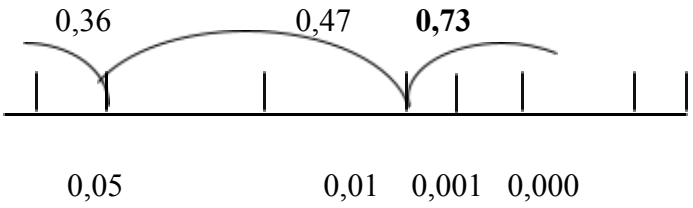
№ опит.	Показники рівня емоціогенної ХП (змінна А)		Показники рівня самотності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,4	11	40	26	15	225
2	3,5	24 - **24,5**	35	23	1,5	2,25
3	3,5	25 **- 24,5**	25	20	4,5	20,25
4	2,8	21	33	22	1	1
5	2,7	18**- 19**	12	14-**14,5**	4,5	20,25
6	4,8	29	57	29-**29,5**	0,5	0,25
7	3,8	26	19	16-**17**	9	81
8	2,7	19 **- 19**	10	13	6	36
9	1	1 **- 4**	0	1- 3	1	1
10	5	30	57	30-**29,5**	0,5	0,25
11	1,8	12	12	15-**14,5**	2,5	6,25
12	2	13 **- 15**	19	17-**17**	2	4
13	1,1	8	0	2 -3	5	25
14	1	2 - 4	19	18-**17**	13	169
15	1	3 - 4	0	3 -3	1	1
16	2	14 **- 15**	38	24-**24,5**	9,5	90,25
17	1	4 - 4	6	11	7	49
18	3	22 **- 22,5**	32	21	1,5	2,25
19	4	27 **- 27, 5**	48	27	0,5	0,25
20	1,2	9	2	8-**8,5**	0,5	0,25
21	1,3	10	1	6-**6,5**	3,5	12,25

22	2,7	20 - **19**	5	10	9	81
23	2	15 - **15**	38	25-**24,5**	9,5	90,25
24	1	5 - 4	1	7-**6,5**	2,5	6,25
25	3	23 - **22,5**	8	12	10,5	110,25
26	4	28 - 27, 5	51	28	0,5	0,25
27	1	6 - 4	2	9-**8,5**	4,5	20,25
28	2	16 - **15**	20	19	4	16
29	1	7 - 4	0	4 - 3	1	1
30	2	17 - **15**	0	5 - 3	12	144

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 1216) / 30 \cdot (30^2 - 1)$

$r_{s\ емп} = 0{,}73$



ДОДАТОК В

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву екстернальної харчової поведінки та рівнем самотності у респонденток

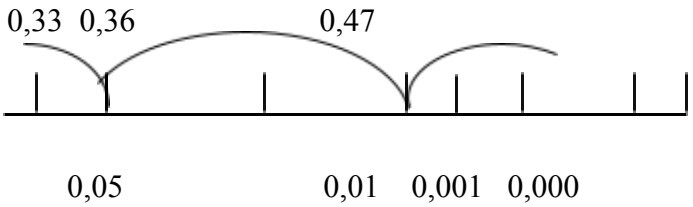
№ опитаних	Показники рівня екстернальної ХП (змінна А)		Показники рівня самотності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	6 - 7	40	26	19	361
2	3	26 - **27**	35	23	4	16
3	3	27 - 27	25	20	7	49
4	3	28 - 27	33	22	5	25
5	3,4	29	12	14-**14,5**	14,5	210,25
6	2,6	22 **- 22,5**	57	29-**29,5**	7	49
7	2,1	19 - **19,5**	19	16-**17**	2,5	6,25
8	1,7	13- **13,5**	10	13	0,5	0,25
9	2,9	24 - **24,5**	0	1- 3	21,5	462,25
10	5	30	57	30-**29,5**	0,5	0,25
11	1,8	15	12	15-**14,5**	0,5	0,25
12	2	17 - **17,5**	19	17-**17**	0,5	0,25
13	1,3	5	0	2 -3	2	4
14	1,1	3	19	18-**17**	14	196
15	1	1 **- 1,5**	0	3 -3	1,5	2,25
16	2	18 - **17,5**	38	24-**24,5**	7	49
17	1,6	9 - **10,5**	6	11	0,5	0,25
18	2,6	23 - 22,5	32	21	1,5	2,25

19	2,4	21	48	27	6	36
20	1,6	10 - **10, 5**	2	8-**8,5**	2	4
21	1,5	7 - 7	1	6-**6,5**	0,5	0,25
22	1,2	4	5	10	6	36
23	2,1	20 - **19,5**	38	25-**24,5**	5	25
24	1	2 - **1,5**	1	7-**6,5**	5	25
25	2,9	25 - **24,5**	8	12	12,5	156,25
26	1,7	14 - **13,5**	51	28	14,5	210,25
27	1,6	11 - **10,5**	2	9-**8,5**	2	4
28	1,5	8 - 7	20	19	12	144
29	1,6	12 - **10,5**	0	4 - 3	7,5	56,25
30	1,9	16	0	5 - 3	13	169

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 2999{,}5) / 30 \cdot (30^2 - 1)$

$r_{s\ емп} = 0{,}33$



Додаток Г

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву обмежувальної харчової поведінки та рівнем тривожності у респонденток

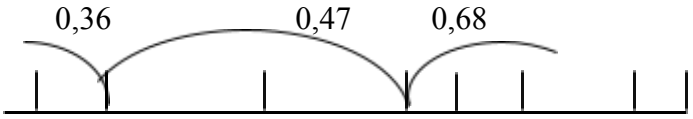
№ опитаних	Показники рівня обмежувальної ХП (змінна А)		Показники рівня тривожності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	8-**8,5**	37	26	17,5	306,25
2	2,7	22	23	22	0	0
3	2,8	23	47	29	6	36
4	2,4	20	31	24	4	16
5	2,1	14-**15**	19	17 - 17,5	2,5	6,25
6	4,6	29	41	28	1	1
7	2,9	24-**24,5**	39	27	3,5	12,25
8	2,1	15-**15**	7	10 - 10,5	5,5	30,25
9	2,6	21	0	1 **- 4**	17	289
10	5	30	49	30	0	0
11	2,3	18-**18,5**	8	12	6,5	42,25
12	2,1	16-**15**	10	13	2	4
13	1,3	6-**6,5**	7	11 - 10,5	6	36
14	1	1-**2,5**	0	2 - 4	1,5	2,25
15	1,2	5	0	3 - 4	1	1
16	2	10-**11,5**	21	19 - 20	8,5	72,25

17	1	2-**2,5**	0	4 - 4	1,5	2,25
18	3	26	21	20 - 20	6	36
19	4	28	33	25	3	9
20	1,3	7-**6,5**	11	14 - 14,5	8	64
21	2,3	19-**18,5**	0	5 - 4	14,5	210,25
22	2	11-**11,5**	14	16	4,5	20,25
23	2	12-**11,5**	6	8 - 8 ,5	3	9
24	1	3-**2,5**	0	6 - 4	1,5	2,25
25	2,9	25-**24,5**	11	15 - 14,5	10	100
26	3,9	27	27	23	4	16
27	1	4-**2,5**	0	7 - 4	1,5	2,25
28	2,2	17	21	21 - 20	3	9
29	1,5	9-**8,5**	19	18 - 17,5	9	81
30	2	13-**11,5**	6	9 - 8,5	3	9

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 1425) / 30 \cdot (30^2 - 1)$

$r_{s\ емп} = 0,68$



0,05 0,01 0,001 0,000

Додаток Д

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву емоціогенної харчової поведінки та рівнем тривожності у респонденток

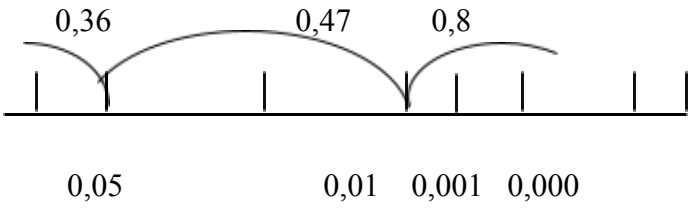
№ опит	Показники рівня емоціогенної ХП (змінна А)		Показники рівня тривожності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,4	11	37	26	15	225
2	3,5	24 - **24,5**	23	22	2,5	6,25
3	3,5	25 **- 24,5**	47	29	4,5	20,25
4	2,8	21	31	24	3	9
5	2,7	18**- 19**	19	17 - 17,5	2,5	6,25
6	4,8	29	41	28	1	1
7	3,8	26	39	27	1	1
8	2,7	19 **- 19**	7	10 - 10,5	8,5	72,25
9	1	1 **- 4**	0	1 **- 4**	0	0
10	5	30	49	30	0	0
11	1,8	12	8	12	0	0
12	2	13 **- 15**	10	13	2	4
13	1,1	8	7	11 - 10,5	7,5	56,25
14	1	2 - 4	0	2 - 4	0	0
15	1	3 - 4	0	3 - 4	0	0

16	2	14 **- 15**	21	19 - 20	5	25
17	1	4 - 4	0	4 - 4	0	0
18	3	22 **- 22,5**	21	20 - 20	2,5	6,25
19	4	27 **- 27, 5**	33	25	2,5	6,25
20	1,2	9	11	14 - 14,5	5,5	30,25
21	1,3	10	0	5 - 4	6	36
22	2,7	20 **- 19**	14	16	3	9
23	2	15 **- 15**	6	8 - 8 ,5	6,5	42,25
24	1	5 - 4	0	6 - 4	0	0
25	3	23 **- 22,5**	11	15 - 14,5	8	64
26	4	28 - 27, 5	27	23	4,5	20,25
27	1	6 - 4	0	7 - 4	0	0
28	2	16 **- 15**	21	21 - 20	5	25
29	1	7 - 4	19	18 - 17,5	13,5	182,25
30	2	17 **- 15**	6	9 - 8,5	6,5	42,25

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1),$

$r_{s\ емп} = \quad 1 - \quad (6 \cdot 890) / \quad 30 \cdot (30^2 - 1) \quad 26970$

$r_{s\ емп} = 0,8$



Додаток Е

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву екстернальної харчової поведінки та рівнем тривожності у респонденток

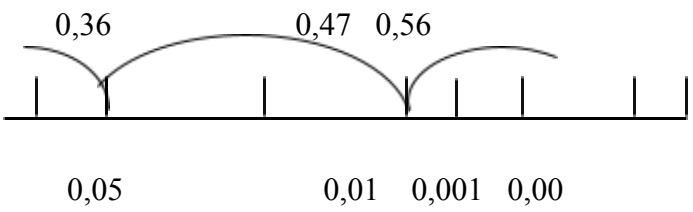
№ опитаних	Показники рівня екстернальної ХП (змінна А)		Показники рівня тривожності (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	6 - 7	37	26	19	361
2	3	26 - **27**	23	22	5	25
3	3	27 - 27	47	29	2	4
4	3	28 - 27	31	24	3	9
5	3,4	29	19	17 - 17,5	11,5	132,25
6	2,6	22 **- 22,5**	41	28	5,5	30,25
7	2,1	19 - **19,5**	39	27	7,5	56,25
8	1,7	13- **13,5**	7	10 - 10,5	3	9
9	2,9	24 - **24,5**	0	1 **- 4**	20,5	420,25
10	5	30	49	30	0	0
11	1,8	15	8	12	3	9
12	2	17 - **17,5**	10	13	4,5	20,25
13	1,3	5	7	11 - 10,5	5,5	30,25
14	1,1	3	0	2 - 4	1	1

15	1	1 - **1,5**	0	3 - 4	3,5	12,25
16	2	18 - **17,5**	21	19 - 20	2,5	6,25
17	1,6	9 - **10,5**	0	4 - 4	6,5	42,25
18	2,6	23 - 22,5	21	20 - 20	2,5	6,25
19	2,4	21	33	25	4	16
20	1,6	10 - **10, 5**	11	14 - 14,5	4	16
21	1,5	7 - 7	0	5 - 4	3	9
22	1,2	4	14	16	12	144
23	2,1	20 - **19,5**	6	8 - 8 ,5	11	121
24	1	2 - **1,5**	0	6 - 4	2,5	6,25
25	2,9	25 - **24,5**	11	15 - 14,5	10	100
26	1,7	14 - **13,5**	27	23	9,5	90,25
27	1,6	11 - **10,5**	0	7 - 4	6,5	42,25
28	1,5	8 - 7	21	21 - 20	13	169
29	1,6	12 - **10,5**	19	18 - 17,5	7	49
30	1,9	16	6	9 - 8,5	7,5	56,25

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 1993,5) / 30 \cdot (30^2 - 1)$ 26970

$r_{s\ емп} = 0,56$



Додаток Ж

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву обмежувальної харчової поведінки та рівнем перфекціонізму у респонденток

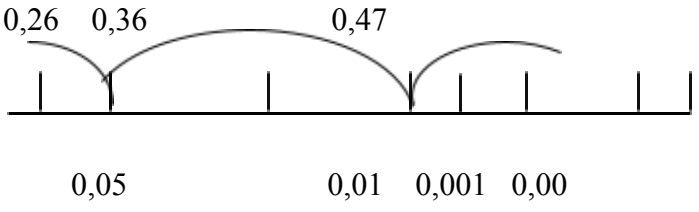
№ опитаних	Показники рівня обмежувальної ХП (змінна А)		Показники рівня перфекціонізму (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	8-**8,5**	34	14 - 15,5	7	49
2	2,7	22	36	21	1	1
3	2,8	23	29	7 - 7,5	15,5	240,25
4	2,4	20	37	22 - 22,5	2,5	6,25
5	2,1	14-**15**	34	15 - 15,5	0,5	0,25
6	4,6	29	31	11 - 11,5	17,5	306,25
7	2,9	24-**24,5**	35	18 - 19	5,5	30,25
8	2,1	15-**15**	24	1- 2,5	12,5	156,25
9	2,6	21	29	8 - 7,5	13,5	182,25
10	5	30	34	17 - 15,5	14,5	210,25
11	2,3	18-**18,5**	43	28	9,5	90,25

12	2,1	16-**15**	31	12 - 11,5	3,5	12,25
13	1,3	6-**6,5**	32	13	6,5	42,25
14	1	1-**2,5**	28	6	3,5	12,25
15	1,2	5	49	30	25	625
16	2	10-**11,5**	48	29	17,5	306,25
17	1	2-**2,5**	35	19 - 19	16,5	272,25
18	3	26	38	24 - 24,5	1,5	2,25
19	4	28	42	27	1	1
20	1,3	7-**6,5**	30	9 - 9,5	3	9
21	2,3	19-**18,5**	26	5	13,5	182,25
22	2	11-**11,5**	35	20 - 19	7,5	56,25
23	2	12-**11,5**	34	16 - 15,5	4	16
24	1	3-**2,5**	24	2 - 2,5	0	0
25	2,9	25-**24,5**	38	25 - 24,5	0	0
26	3,9	27	37	23 - 22,5	4,5	20,25
27	1	4-**2,5**	24	3 - 2,5	0	0
28	2,2	17	24	4 - 2,5	14,5	210,25
29	1,5	9-**8,5**	40	26	17,5	306,25
30	2	13-**11,5**	30	10 - 9,5	2	4

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d2) / N \cdot (N2 - 1),$

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 3350) / 30 \cdot (30^2 - 1)$

$r_{s\ емп} = 0,26$



Додаток З

Визначення статистично-значущого зв’язку між рівнем прояву емоціогенної харчової поведінки та рівнем перфекціонізму у респонденток

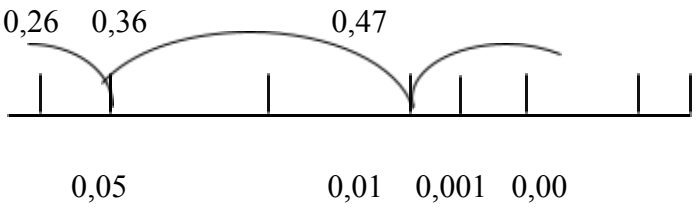
№ опитаних	Показники рівня емоціогенної ХП (змінна А)		Показники рівня перфекціонізму (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,4	11	34	14 - 15,5	4,5	20,25
2	3,5	24 - **24,5**	36	21	3,5	12,25
3	3,5	25 **- 24,5**	29	7 - 7,5	17	289
4	2,8	21	37	22 - 22,5	1,5	2,25
5	2,7	18**- 19**	34	15 - 15,5	4,5	20,25
6	4,8	29	31	11 - 11,5	17,5	306,25
7	3,8	26	35	18 - 19	7	49
8	2,7	19 **- 19**	24	1- 2,5	16,5	272,25
9	1	1 **- 4**	29	8 - 7,5	3,5	12,25
10	5	30	34	17 - 15,5	14,5	210,25
11	1,8	12	43	28	16	256

12	2	13 - **15**	31	12 - 11,5	3,5	12,25
13	1,1	8	32	13	5	25
14	1	2 - 4	28	6	2	4
15	1	3 - 4	49	30	26	676
16	2	14 - **15**	48	29	14	196
17	1	4 - 4	35	19 - 19	15	225
18	3	22 - **22,5**	38	24 - 24,5	2	4
19	4	27 - **27, 5**	42	27	0,5	0,25
20	1,2	9	30	9 - 9,5	0,5	0,25
21	1,3	10	26	5	5	25
22	2,7	20 - **19**	35	20 - 19	0	0
23	2	15 - **15**	34	16 - 15,5	0,5	0,25
24	1	5 - 4	24	2 - 2,5	1,5	2,25
25	3	23 - **22,5**	38	25 - 24,5	2	4
26	4	28 - 27, 5	37	23 - 22,5	5	25
27	1	6 - 4	24	3 - 2,5	1,5	2,25
28	2	16 - **15**	24	4 - 2,5	12,5	156,25
29	1	7 - 4	40	26	22	484
30	2	17 - **15**	30	10 - 9,5	5,5	30,25
						3322

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 3322) / 30 \cdot (30^2 - 1)$ 26970

$r_{s\ емп} = 0,26$



Додаток І

Визначення статистично-значущого зв'язку між рівнем прояву екстернальної харчової поведінки та рівнем перфекціонізму у респонденток

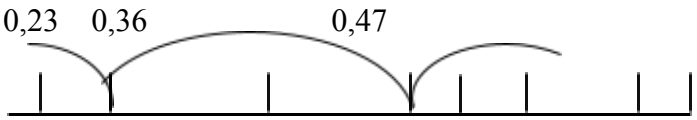
№ опитаних	Показники рівня екстернальної ХП (змінна А)		Показники рівня перфекціонізму (змінна В)		d (**ранг А – ранг В)**	**d^2**
	Інд. значення	Ранг	Інд. значення	Ранг		
1	1,5	6 - 7	34	14 - 15,5	8	64
2	3	26 - **27**	36	21	6	36
3	3	27 - 27	29	7 - 7,5	19,5	380,25
4	3	28 - 27	37	22 - 22,5	4,5	20,25
5	3,4	29	34	15 - 15,5	13,5	182,25
6	2,6	22 **- 22,5**	31	11 - 11,5	11	121
7	2,1	19 - **19,5**	35	18 - 19	0,5	0,25
8	1,7	13- **13,5**	24	1- 2,5	11,5	132,25
9	2,9	24 - **24,5**	29	8 - 7,5	17	289

10	5	30	34	17 - 15,5	14,5	210,25
11	1,8	15	43	28	13	169
12	2	17 - **17,5**	31	12 - 11,5	6	36
13	1,3	5	32	13	8	64
14	1,1	3	28	6	3	9
15	1	1 - **1,5**	49	30	28,5	812,25
16	2	18 - **17,5**	48	29	11,5	132,25
17	1,6	9 - **10,5**	35	19 - 19	8,5	72,25
18	2,6	23 - 22,5	38	24 - 24,5	2	4
19	2,4	21	42	27	6	36
20	1,6	10 - **10, 5**	30	9 - 9,5	0,5	0,25
21	1,5	7 - 7	26	5	2	4
22	1,2	4	35	20 - 19	15	225
23	2,1	20 - **19,5**	34	16 - 15,5	4	16
24	1	2 - **1,5**	24	2 - 2,5	1	1
25	2,9	25 - **24,5**	38	25 - 24,5	0	0
26	1,7	14 - **13,5**	37	23 - 22,5	9	81
27	1,6	11 - **10,5**	24	3 - 2,5	8	64
28	1,5	8 - 7	24	4 - 2,5	4,5	20,25
29	1,6	12 - **10,5**	40	26	16,5	272,25
30	1,9	16	30	10 - 9,5	6,5	42,25

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1)$,

$r_{s\ емп} = 1 - (6 \cdot 3496{,}25) / 30 \cdot (30^2 - 1)$ 26970

$r_{s\ емп} = 0{,}23$



0,05 0,01 0,001 0,00