

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

**Кафедра клінічної психології**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Психологічні особливості жінок схильних до розладів харчової поведінки**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 212  
спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Козловська Марія-Вікторія Миколаївна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

К.ПСИХОЛ.Н.  
(наукова ступінь, вчене звання)

Трофімова Дар'я Олександрівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» червня 2023р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна  
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ – 2023**



## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ I АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ПОЛОЖЕНЬ ПРО ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, ЩО СПРИЧИНЯЮТЬ РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Основні підходи зарубіжних і вітчизняних авторів до вивчення розладів харчової поведінки.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Теоретичний аналіз наукової літератури щодо психологічних чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки.....</b>	<b>22</b>
Висновки до розділу I.....	27
<b>РОЗДІЛ II МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО СПРИЧИНЯЮТЬ РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Методологічне підґрунтя емпіричного дослідження та опис психодіагностичного інструментарію.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Опис та структура дослідження.....</b>	<b>41</b>
Висновки до розділу II.....	41
<b>РОЗДІЛ III АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ. АПРОБАЦІЯ РОБОЧОГО ЗОШИТУ</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Апробація робочого.....</b>	<b>42</b>
Висновки до розділу III.....	42
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>42</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>44</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>50</b>

## ВСТУП

На теперішній час існує чимало методологічних установок, які пов'язані з вивченням розладів харчової поведінки. В той же час, бракує даних взаємозв'язку чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки, що обумовлює актуальність теми дипломної роботи. Таким чином, вивчення психологічних чинників осіб з порушеннями харчової поведінки є вкрай важливим вектором сучасних досліджень як у зв'язку з прийняттям людиною об'єктивної картини її взаємин з власним тілом та світом в цілому, так для подальшого усвідомлення і регуляції небажаних форм власної поведінки.

Існує поширена, але помилкова думка, що розлади харчової поведінки - це вибір способу життя. Насправді, розлади харчової поведінки – є серйозними, а іноді й смертельними психіатричними захворюваннями, що характеризуються тяжкими наслідками для фізичного та психічного здоров'я, а також спричиняють серйозні порушення харчової поведінки та пов'язаними з нею думками й емоціями. До найпоширеніших розладів харчової поведінки належать нервова булімія та нервова анорексія. Проблема розладів харчової поведінки у жінок піднімається усе частіше, але насправді більшість людей не розуміють що це за явище. Кожного дня зростає кількість жінок, що зіштовхуються з невдоволенням власного тіла та з розладами харчової поведінки. Розладам харчової поведінки надають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань. Можливість повністю позбавитись від розладів харчової поведінки вдається не всім і це залежить від великої кількості факторів.

Особи, які страждають від повноцінних або часткових проявів розладів харчової поведінки, відчувають значні особистісні порушення, дистрес і втрату якості життя. Щоб зрозуміти, причину захворювання, а також розробити стратегії запобігання виникненню хвороби, дослідження факторів ризику розвитку порушень харчової поведінки стали більш

інтенсивними протягом останніх двох десятиліть. Однак, емпіричні дані про взаємозв'язок чинників ризику розвитку розлади харчової поведінки залишаються нечисленними та суперечливими.

Жінки мають більшу схильність ризику мати порушення харчової поведінки, оскільки оцінюють їх найчастіше за фізичною привабливістю, аніж за здібності та досягнення. Жінки, що не відповідають тілесним стандартам сучасного світу, відчувають невпевненість у соціальному середовищі та намагаються підкорити своє тіло зовнішнім вимогам. Наявність певного «ідеального зразка» змушує жінок постійно порівнювати так званий еталон з власним тілом, з чого і випливає ідея надмірного самоконтролю.

Багато науковців вивчали різні аспекти харчової поведінки (Т.І. Алексеева, Л.Ф. Артюх, О.Ю. Барташук, О.В. Бацилева, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, М.О. Бутінов, Ж.П. Вірна, С.О. Кириленко, В.А. Косяк, Н.І. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А.І. Яблонський та ін.), зокрема психологічних особливостях розладів даної сфери (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та ін.). Варто зауважити, що РХП – це не окрема група захворювань специфічних психологічних особливостей. Розлади цього типу часто мають вплив на соматичні алгоритми функціонування серцево-судинної, травної, нервової та інших систем організму (В.М. Бехтерев, Л.А. Левченко, І.П. Павлов, Д. Перлмуттер, І.М. Сеченов, О.О. Ухтомський та ін.).

Питання вивчення харчової поведінки набуло самостійного визнання після того, відокремилось від проблематики дослідження процесу перетравлення. Таким чином, харчова поведінка людини утворюється не лише з біологічними, але й психо-соціальними потребами, що висвітлюється у наукових роботах науковців (Л.Ф. Бурлачук, С. Броннікова, Л. М. Ваколюк, О.М. Варипаєв, А.В. Вахмістров, С.О. Сокур, Т.В. Секрет та ін.).

**Об'єкт:** розлади харчової поведінки

**Предмет:** психологічні чинники, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок

**Мета:** з'ясувати взаємозв'язок психологічних чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок

Відповідно до мети були поставлені такі **завдання:**

1. Проаналізувати наукову літературу з питання про чинники, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок, розглянути розлади харчової поведінки, їх види та характеристику;

2. Здійснити емпіричне дослідження чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок;

3. Проінтерпретувати результати теоретико-емпіричного дослідження;

4. Здійснити апробацію робочого зошиту.

**Методи:** для досягнення зазначених вище завдань було застосовано такі методи :

- **теоретичні:** аналіз наукової літератури та підсумок даних щодо актуального стану обраної проблематики;
- **емпіричні:** анкетування, тестування, метод математичної статистики.

В ході емпіричного дослідження були використані наступні методики :  
Тест «Характеристика Емоційності» Е. П. Ільїна, Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера, Опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна, Шкала оцінки харчової поведінки ШОПП, російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А., Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко. Метод математичної статистики проводився за допомогою програми jamovi і таблиць Excel. Були застосовані наступні математико-статистичні методи : описові статистики, визначення нормальності розподілу даних за критерієм Шапіро-Вілка, метод лінійної регресії, кореляційний коефіцієнт Спірмена.

**Коротка характеристика групи вибірки:** Коротка характеристика групи вибірки: у дослідженні взяли участь 134 особи жіночої статі, віком від 18 до 64. Це студентки, працевлаштовані жінки, фрілансери і безробітні. Жінки з різним сімейним станом та індексом маси тіла.

**Теоретична та практична значущість роботи :** полягає у розширенні розуміння розладів харчової поведінки серед жінок та психологічних чинниках, що впливають на розвиток цих порушень. Робота базується на оновленому огляді літератури та актуальних теоретичних концепціях та підходах для розуміння цих психологічних чинників. Робота сприяє розвитку наукових знань у галузі психології, специфічно в контексті розладів харчової поведінки.

Результати досліджень і висновки, представлені в дипломній роботі можуть мати практичну значущість для психологічної практики та клінічної роботи з жінками, які мають схильність до розладів харчової поведінки. З'ясування зв'язку між психологічними чинниками що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок та впливу цих чинників є вкрай важливим для подальшої розробки більш ефективних психологічних підходів у лікуванні та реабілітації жінок з розладами харчової поведінки.

Дипломна робота має теоретичну і практичну значущість як для наукового розвитку психології, так і для практичного впровадження результатів у психологічну практику. Вона сприяє поглибленню знань про розлади харчової поведінки серед жінок та може мати внесок у практику спеціалістів, що працюють з жінками з схильністю до розладів харчової поведінки.

**Структура і обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох основних розділів (теоретичного, методичного та емпіричного), висновків та додатків загальним обсягом 80 сторінок основного змісту.

## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ПОЛОЖЕНЬ ПРО ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, ЩО СПРИЧИНЯЮТЬ РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

#### 1.1 Основні підходи зарубіжних і вітчизняних авторів до вивчення розладів харчової поведінки

На сьогоднішній день, розлади харчової поведінки є складною і багатоаспектною проблемою, що вимагає подальшого пошуку шляхів для її вирішення. Приблизно 20 мільйонів жінок та 10 мільйонів чоловіків у всьому світі страждають від порушень харчової поведінки на тому чи іншому етапі свого життя. Найбільш уразливими до цього розладу є дівчата підлітки. У середньому жінки частіше страждають на розлади харчової поведінки, ніж чоловіки. У світі постійно зростає кількість захворювань харчової поведінки. Найпоширенішими з них є анорексія та булімія, які вважаються саме психічними захворюваннями. На жаль, у світі з'являються нові розлади харчової поведінки, які так само важко піддаються успішному лікуванню та терапії. Порушення харчової поведінки є одним з проявів адиктивної поведінки і заслуговує на увагу нарівні з алкогольною та наркотичною залежністю. О.В. Лаврова дає таке визначення схильності до порушень харчової поведінки – це схильність людини до постійного бажання вживати їжу незалежно від почуття голоду [15]. Така схильність визначається, перш за все, як навичка або готовність до тенденцій діяти конкретним чином у ситуаціях, які пов'язані безпосередньо з їжею. Схильність, даному випадку, постає як ймовірність розвитку порушень харчової поведінки. При цьому виникнути вона може на будь-якому віковому етапі [15]. Як зазначає М.Ю. Келіна, порушення харчової поведінки, як правило, характеризуються вираженим спотворенням сприйняття свого тіла



наявністю страху втрати контролю над власною вагою та використанням компенсаторних форм поведінки, які є ефективними [10]. У дослідженні Є.В. Кам'янецька вказує на те, що розлади харчової поведінки – це «...комплекси симптомів, що виникають через тривалий вплив емоційних, поведінкових, психологічних, соціальних та міжособистісних факторів» [5]. Автор також зазначає, що за численними даними люди з порушенням харчової поведінки часто використовують їжу, а також контроль над нею, як спробу компенсувати власні негативні емоції та почуття. В певному сенсі, переїдання, дієти або очисна поведінка можуть використовуватися як спосіб впоратися з складними почуттями, а також як спосіб відчувати контроль над власним життям [7]. Таким чином, розлади харчової поведінки – це психогенно зумовлений поведінковий синдром, що пов'язаний з порушенням алгоритмом прийому їжі. Харчова поведінка відноситься до інстинктивної форм і визначається вродженими потребами, звідси виходить, що її порушення можуть бути викликані різноманітними причинами і мають певну вікову специфіку. Серед найпоширеніших причин В.В. Ромацький та І.Р. Сьомін виділяють наступні:

- преморбідні особливості особистості;
- психологічні травми;
- особливості виховання дитини;
- надлишкова вага;
- генетична схильність;
- низька самооцінка, невпевненість та підвищена вимогливість до себе;
- культурні установки та загальноприйняті ідеали [27].

Інші дослідники, такі як Ц.П. Короленко та Н.В. Дмитрієва зазначають, що залежність від їжі виникає тоді, коли людина використовує її як можливість уникнення суб'єктивної реальності [12]. Наприклад, О.М. Дорожовець звертає увагу на те, що поява нервової анорексії та булімії пов'язана з ускладненням процесу зворотнього захоплення серотоніну і в той же час, з порушенням функціонування периферійних механізмів насичення [6]. Значними та важливими факторами поширення розладів харчової поведінки виступає вплив суспільства на цінності та норми індивіда, вважає дослідник Ю.С. Карабіна. У цій теорії автор розглядає булімію та анорексію як наслідок перебільшення прийнятих у суспільстві цінностей. Ю.С. Карабіна також вказує, що практично кожній людині властиво переживати щодо власного зовнішнього вигляду, загальноприйнятих стандартів, але лише деяким властива схильність до порушення харчової поведінки [8]. Деякі особливості розладів харчової поведінки тісно пов'язані з пубертатним періодом, вони спричинені не стільки спотвореним образом власного тіла, скільки його загальною незадоволеністю. У свою чергу О.В. Візгіна зазначає, що багато жінок, у яких у дитинстві були серйозні конфлікти, що стосувалися дорослішання, сексуальності, сепарації, самооцінки та труднощів регуляції психічного напруження більшою мірою схильні до виникнення порушень харчової поведінки [4].

Сучасні дослідження розладів харчової поведінки у своїй більшості зосереджені на таких феноменах, як нейрокогнітивне порушення, інтероцепція, генетика, ендокринна дисфункція, структурні зміни і функціональні порушення в роботі центральної нервової системи, вплив мікробіома тощо. Вивчення розладів харчової поведінки є складним та мульти-дисциплінарним процесом, який включає в себе методологічні засади, що розвиваються як в зарубіжних, так і вітчизняних дослідженнях. Наведемо основні методологічні підходи, використовувані в дослідженнях розладів харчової поведінки: діагностика і класифікація:

для вивчення розладів харчової поведінки необхідно точно визначити та класифікувати ці розлади. У світі використовується Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів (DSM) Американського психіатричного товариства та Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ці класифікаційні системи надають засади для стандартизації діагностики розладів харчової поведінки. Анкетування та опитування: часто для збору даних у дослідженнях використовуються анкети та опитувальники, що дозволяють отримати кількісні та якісні дані про поведінку, сприйняття тіла, ставлення до їжі та інші показники, пов'язані з розладами харчової поведінки. Ці інструменти можуть бути стандартизованими та валідованими, що дозволяє забезпечити достовірність та порівнянність результатів. Експериментальні дизайни: деякі дослідження використовують експериментальні дизайни, щоб вивчити вплив різних факторів на розлади харчової поведінки. Наприклад, можуть проводитися контрольовані експерименти, де дослідники маніпулюють деякими змінними, такими як зовнішні стимули, соціальне середовище або емоційний стан, і вимірюють їх вплив на харчову поведінку. Нейрофізіологічні методи: у останні роки дослідники використовують нейрофізіологічні методи, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ) та електроенцефалографія (ЕЕГ), для вивчення мозкових механізмів, пов'язаних з розладами харчової поведінки. Ці методи дозволяють дослідникам виявити активність різних частин мозку та з'ясувати їхню взаємодію з поведінкою та почуттями, пов'язаними з харчуванням. Квалітативні дослідження: крім кількісних досліджень, використовуються й квалітативні методи досліджень, такі як інтерв'ю, фокус-групи та глибинні інтерв'ю, щоб розкрити багатогранність та контекстуальність розладів харчової поведінки. Ці методи дозволяють дослідникам отримати детальне розуміння особистого досвіду, мотивацій та переживань людей з розладами харчової поведінки.

Варто зазначити, що методологічні підходи до вивчення розладів харчової поведінки постійно розвиваються та доповнюються. Вчені активно використовують нові технології та підходи, щоб отримати більш точні та повні дані про цей комплексний психологічний явище. Для отримання конкретних досліджень та посилянь. Частина дослідників припускають, що розлади харчової поведінки можна розглядати як спосіб дезадаптивного способу вирішення конфліктів: люди з розладами харчової поведінки застосовують їжу як засіб символічної комунікації з почуттям неповноцінності у житті. Це почуття з'являється через брак необхідних життєвих навичок і на фоні неуспішних спроб встановити позитивні взаємовідносини з оточенням. В свою чергу нервова булімія, є стратегією копінгповедінки, в якій їжа, вага тіла і образ тіла постають основними цінностями особистості. Нервова анорексія є найнебезпечнішим розладом, тому що численність смертності від неї становить до 10%. Нервова булімія не призводить до високої смертності, але тим не менш несе серйозні ризики для життя та здоров'я. Компульсивне переїдання не так давно вважалося не серйозним розладом, проте, у сучасному світі його пов'язують з соматичними захворюваннями, які спричиненні ожирінням, цукровим діабетом II типу, серцево-судинними захворюваннями, деяким видам онкологічних захворювань тощо. Важливо зауважити, що приблизно в 40% випадків нервова анорексія з часом переходить у нервову булімію або компульсивне переїдання [5]. Крім погіршення фізичного здоров'я, розлади харчової поведінки негативно впливають на всі сфери життя особистості: професійну діяльність, навчання та освіту, взаємовідносини з друзями та рідними. У молодих людей, які мають нервову анорексію, у багатьох випадках спостерігається зниження успішності в навчанні, тому що когнітивні функції послаблюються, наявні складнощі з концентрацією уваги, страждає пам'ять, а іноді і комунікативні навички. Такі індивіди мають схильність до соціальної ізоляції: відмовляються від колективних

прийомів їжі, прогулянок з друзями. У людей з нервовою анорексією значним чином страждає соціальна сфера.

У індивідів з нервовою булімією спостерігається лабільність настрою, у них зазвичай занижена самооцінка, часто має місце аутоагресивна, самопошкоджуюча поведінка, така як самопорізи. Розповсюдженість розладів харчової поведінки за останні роки різко зросла : поширеність нервової анорексії серед населення становить від 0,5 до 1%, нервової булімії – від 1 до 3% [31]. Групу ризику у більшості випадків становлять дівчата віком від 11/12 до 24/25 років, їх приблизно 90% [33]. Також зустрічаються деякі дослідження стосовно 50%-ї коморбідності розладів харчової поведінки з тривожними розладами [5], при цьому рівень тривоги може визначати ступінь прояву симптомів харчових порушень [16].

Результати минулих досліджень доводять мультифакторну природу порушень харчової поведінки, вони включають : біологічні, психологічні та соціокультурні фактори. У численних дослідженнях зазначається, що розлади харчової поведінки завжди супроводжуються порушеним сприйняттям образу власного тіла та низькою самооцінкою [17]. Дослідження розладів харчової поведінки дало можливість встановити, що найбільш значні зв'язки подібних порушень виявляють з такими показниками, як низька самооцінка, вплив соціуму, ставлення до образу власного тіла. В рамках клінічної психіатричної практики, на думку О.А. Скугаревського, прийнято розглядати розлади харчової поведінки як «...широкий спектр проявів у сукупності між нервовою анорексією та нервовою булімією» [30]. Як додаткову категорію включають розлади переїдання. О.А. Скугаревський зазначає, що для розладів харчової поведінки характерна є виражена одержимість масою та формами власного тіла. При анорексії відбувається свідомо відмова від їжі, у більшості випадків у зв'язку з переконаністю в надмірній повноті та

невдоволенні власною зовнішністю. Дослідник також пише про те, що булімічні прояви складаються з повторюваних нападів переїдання та надмірним контролем власної ваги, що призводить надалі до вжиття крайніх заходів для "зменшення" впливу з'їденої їжі [29]. При порушенні харчової поведінки, що призводить до виникнення анорексії, важливим для людини є повернення уваги до себе, можливість довести власну силу та можливість контролю за своєю життям. При булімічних проявах основною темою є залежність від оцінки оточуючих, таким людям необхідно бути впевненими у схвалення їх іншими людьми [21].

Низка авторів, таких як І.Г. Малкіна-Пих, Ф. Мінірт, А.В. Приленська, В.В. Ромацький та інші, нервову булімію та анорексію відносять до відхилень obsесивно-компульсивного та афективного спектрів або розглядають дані порушення харчової поведінки як окремий варіант психосоматичних порушень. Комппульсивні переїдання, на думку Б. Палмер, мають схожість своїм клінічним проявам із вищезгаданими розладами харчової поведінки, але при цьому також відрізняються власними клінічними ознаками: вживання виразно великої кількості їжі за певний проміжок часу, почуття втрати контролю за прийомом їжі [25]. За спостереженнями Ю.Г. Фролової та О.А. Скугаревського можна відзначити, що при комппульсивному переїданні є знижена самооцінка, незадоволеність образом свого тіла, депресивні стани, соматичні прояви (наприклад, ожиріння). Автор також зазначає, що переїдання характерно найчастіше для осіб зрілого віку та переважно для чоловіків [24]. Головними ознаками даного розладу виступають викликання блювоти та обжерливість. Автори даного терміну зазначають, що різниця між іншими порушеннями харчової поведінки та вомітінгом полягає в тому, що в останньому випадку блювання виступає як самостійний та цілісний процес, який починається з підготовчої фантазії та завершується заключним звільненням. При цьому весь процес характеризується інтенсивним задоволенням. Т.Г. Вознесенська виділяє три основні види

порушень харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка (прийом їжі не усвідомлений, щоразу коли людина бачить їжу), емоціогенна харчова поведінка (перебільшена реакція на стрес), обмежувальна харчова поведінка [45]. Дік Свааб зазначає, що при анорексії наявні не лише проблеми з вживанням їжі та втратою маси тіла, але також і зниження необхідних для кожної статі сексуальних гормонів, занижене лібідо, проблеми з функціонуванням щитовидної залози, зріст активності наднирників і труднощі в регуляції водного балансу, а також, порушення сприйняття режиму сну. Коли жінка стрімко втрачає вагу, у неї може припинитися менструація. Це так званий, захисний механізм і він надає значну еволюційну перевагу. Якщо належного харчування бракує жінці, то очевидно, що вона не повинна завагітніти. Натомість, у 20 відсотків жінок, які хворіють на розлади харчової поведінки, менструальний цикл зупиняється ще до того, як починає зменшуватись вага. Подібні зміни безпосередньо вказують на первинний хворобливий процес у гіпоталамусі. Багато симптомів, таких як проблеми з роботою щитовидної залози і функції наднирників, можуть зберігатися ще протягом певного часу, навіть у випадку, що вага наблизилася до нормального діапазону. Хвороблива одержимість калоріями, ретельним вибором харчів та усіх пов'язаних з «флешбеками» від розладів харчової поведінки може продовжуватись ще певний час, навіть тоді, коли ваги людини знаходиться в межах норми [28].

Екстернальна харчова поведінка є підвищеною реакцією індивіда не на внутрішні стимули до прийому їжі, наприклад, почуття голоду, наповнення шлунку, а на зовнішні стимули (накритий стіл, людина, що їсть, реклама харчових продуктів тощо). Повні люди з екстернальною харчовою поведінкою можуть почати їсти незалежно від часу останнього прийому їжі. Важливе значення має доступність продуктів (можна поїсти за компанію, перекусити по дорозі, щільно повечеряти в гостях, не

втримавшись купити багато продуктів у торговому центрі). Така харчова поведінка найчастіше не усвідомлювана.

Емоціогенна харчова поведінка є гіперфагічною реакцією на стрес, це переїдання під впливом емоційного стану. Т.Г. Вознесенська наводить такі синоніми, як «харчове пияцтво» і зазначає, що дана форма зустрічається в більшості випадків. Поштовхом до споживання їжі є в даному випадку не голод, а емоційний дискомфорт, тобто тривожність, образа, пригніченість людини. До емоціогенної харчової поведінки належать також напади переїдання, у тому числі в нічний час.

Обмежувальна харчова поведінка за своєю суттю є надмірними харчовими самообмеженнями та безсистемними строгими дієтами. Людина то обмежує себе, то систематично переїдає. Такий вид поведінки пов'язується як з емоційною нестабільністю, так і нездатністю встояти від спокусу. Під час дієти людина знаходиться в депресивному стані, що призводить до частих рецидивів та подальшого набору ваги. Усе це супроводжується почуттям провини і прагненням самопокарання, тобто особистість перебуває у своєрідному порочному колі, з якого не може вийти. Було доведено, що у представниць жіночої статі з наявним, діагностованим розладом харчової поведінки, таким як нервова анорексія або нервова булімія, часто проявлялися труднощі під час пологів, до того ж, при народженні їхня вага була меншою за показник норми. Якщо у молодих жінок в анамнезі присутні складності при їх народженні і чим більше проблем виникало впродовж пологів у жінки – тим раніше в неї починали з'являтися ознаки розладів харчової поведінки. Важкі пологи можна також розглядати як перший симптом порушень гіпоталамуса, які згодом проявляються в порушеннях уживання їжі [23].

І нервова булімія, і компульсивне переїдання виникають незалежно від маси тіла. У клінічних умовах нервова булімія зазвичай визначають у контексті такої очисної поведінки, як блювання і зловживання



сечогінними, проносними засобами для контролю ваги. У деяких пацієнтів нервова булімія може розвинутися без процесу очищення, але з вкрай екстремальними дієтичними обмеженнями/відмовою від їжі/інтенсивними тренуваннями. Форма нервової булімії (без очисної поведінки) виникає з більшою частотою і відрізняється від компульсивного переїдання систематичною компенсаторною поведінкою. Різниця між МКБ-11 і DSM-5 щодо визначення компульсивного переїдання наступна : згідно з МКБ-11, кількість їжі, з'їденої під час переїдання не завжди може бути великою (мається на увазі, що зберігаються епізоди переїдання) наявність трьох із п'яти додаткових ознак переїдання не обов'язкова. Втрата контролю і відчуття переїдання є більш вагомою ознакою епізодів переїдання, ніж кількість спожитої їжі. нервова анорексія і нервова булімія — це розлади харчової поведінки і їм притаманні наявність ідеалу екстремальної худорлявості та екстремальний контроль над вагою. Необхідним критерієм обох розладів є приділення занадто великої цінності вазі і формі тіла. Це саме той випадок, коли занепокоєність власною зовнішністю та формою тіла має першочергове значення в ієрархії цінностей індивіда. Особлива відмінність нервової анорексії — добровільне голодування. В такому випадку людина, що має низьку вагу, уникає можливості її збільшення. Особи, що підпадають під цей діагноз, мають схильність до переїдання і очисних поведінкових ритуалів (блювання або зловживання проносними/сечогінними засобами), так і ті, кому така поведінка не властива. Пацієнти з нервовою булімією зазвичай не мають критично низької ваги, але не в силах вийти з циклу переїдань і епізодів блювання або виснажливих тренувань і зменшення кількості їжі.

Порушення харчової поведінки це поширена і комплексна проблема, в якій поєднуються генетичні, фізіологічні і психологічні чинники. Основними видами порушень харчової поведінки виділяють емоціогенне, екстернальне та обмежувальне харчування. Ряд дослідників виділяють

нервову анорексію, булімію та компульсивне переїдання. Вивчення схильності до порушення харчової поведінки має подальші перспективи розвитку та вивчення, що дозволить точніше зрозуміти психологічні особливості осіб із даними видами адиктивної поведінки.

## **1.2 Характеристика розладів харчової поведінки та їх класифікація**

Розлади харчової поведінки можуть мати наслідки що становлять загрозу для життя людини. Натомість, при вчасному лікуванні, а також за підтримки фахівців можливе навіть повноцінне одужання від розладів харчової поведінки. Проте, через стереотипи та упередження щодо того, як мають виглядати люди з розладами харчової поведінки, чимало з них зовсім не звертаються по допомогу, якої вони так гостро потребують. В сучасному світі кожні 62 хвилини принаймні одна людина помирає від наслідків розладів харчової поведінки, що несуть вкрай серйозні наслідки для психологічного і фізичного здоров'я, а також, для соціального благополуччя жінки – тож надважливо тримати на контролі їх вчасне виявлення. З точки зору деяких науковців, нервова анорексія і нервова булімія являють собою етапи однієї тієї ж хвороби, а за умови обмеження в споживанні їжі можуть переходити в булімію.

Нервова анорексія зазвичай з'являється в підлітковому віці (частіше у дівчаток). Проявляється хворобливим станом, що пов'язаний з одержимістю схуднути, бути витонченою, крихітною і тендітною. Аналіз особливостей особистості при нервовій анорексії можна знайти у роботах наступних вчених : Probst, 1997; Bulik et al. 1999; Strober, 1991; Casper, 1990; Heinberg, 1997; Wichstrom, 1995; Jageret al., 1991 ; Leon et al., 1995; Nagel, Jones, 1992. Українські вчені активно внесли свій внесок у дослідження розладів харчової поведінки, працюючи над різними аспектами цієї проблеми. Українські вчені внесли значний внесок у розробку та адаптацію психодіагностичних методик для виявлення

розладів харчової поведінки в українській популяції. Наприклад, вони провели адаптацію Шкали оцінки харчової поведінки ШОПП (Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А.) та розробили «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха для використання в українському контексті. Також, українські дослідники проводили епідеміологічні дослідження з метою визначення поширеності розладів харчової поведінки серед українського населення. Ці дослідження надають важливу інформацію про масштаби проблеми та допомагають у розробці ефективних стратегій втручання. Українські вчені працюють над розробкою та впровадженням психотерапевтичних програм для лікування розладів харчової поведінки. Вони вивчають ефективність різних методів лікування та розробляють програми, які враховують український культурний та соціальний контекст.

Роль сім'ї та соціального середовища: вчені зосереджуються на дослідженні впливу сімейного та соціального середовища на розвиток розладів харчової поведінки. Вони вивчають роль родинних факторів, міжособистісних відносин та соціального тиску в формуванні розладів харчування. Як правило, нервова анорексія маніфестує в середньому підлітковому віці, а нервова булімія в старшому підлітковому віці [32]. Хронічний перебіг хвороби має під собою надмірний страх перед харчуванням звичайною їжею та набором ваги. Первинні соматичні або гормональні порушення зазвичай не виявляються на початку. Фундаментом цього розладу полягає внутрішній конфлікт, без усвідомлення реалістичного упередження щодо власного стану. Особистість жіночої статі з нервовою анорексією часто буває не готовою до власної зрілості. Більше за своїх ровесників, дівчата з схильністю до розладів харчової поведінки у підлітковому віці гостро переживають фізичне дозрівання, насамперед початок менструації і збільшення молочних залоз, вважаючи роль жінки для себе чужою і надмірною. Часто це може призводити до амбівалентності з приводу статевого

дозрівання у жінок, що проявляється в характерному для підліткового віку прагненні до аскетичного способу життя. Нервову анорексію називають хронічною формою самогубства. Нервова анорексія є також спробою утриматись від дорослішання. В основі цього захисту часто ховається відчуття безпорадності і слабкості перед майбутніми труднощами самотійного життя.

Як і нервова анорексія, нервова булімія проявляється в своїй більшості серед жінок. Основні симптоми захворювання включають часті прояви епізодів переїдання, що мають встановлені часові межі, а також постійний контроль ваги через блювоту або використання сечогінних, а також проносних засобів. Люди що мають нервову булімію зовні виглядають здоровими і повноцінними, натомість, їх самооцінка може бути дуже низькою. Такі індивіди часто задумуються про те, чого чекають від них оточуючі, шукаючи схвалення власної поведінки. Такі особистості здебільшого мають великі амбіції, а також нерідко не розуміють різниці між любов'ю та визнанням. Різниця між сприйняттям себе може викликати почуття порожнечі і напруги, яка розряджається в навантажувальних тригерних ситуаціях і знову запускає коло хвороби. Нервова булімія протікає по-різному. Іноді вона має хронічний перебіг, іноді - рецидивуючий, з різними інтервалами ремісії [31].

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10) виділяють наступні розлади харчової поведінки (F50) [37]:

1. Нервова анорексія (F50.0) - характеризується свідомим зниженням маси тіла, спричиненою та підтримуваною пацієнтом. Цей розлад, як правило, частіше зустрічається у дівчат підліткового віку та молодих жінок, але йому можуть бути схильні юнаки та молоді чоловіки, а також діти, що наближаються до пубертатного періоду, та жінки старшого віку (аж до настання менопаузи). Розлад асоціюється зі специфічною

психопатологічною острахом ожиріння і в'ялості фігури, яка стає настирливою ідеєю, і пацієнти встановлюють собі низьку межу маси тіла. Як правило, мають місце різні вторинні ендокринні та обмінні порушення та функціональні розлади. Симптоматика включає обмеження дієти, надмірне фізичне навантаження, прийом блювотних, проносних та сечогінних засобів, а також препаратів, які знижують апетит.

2. Атипова нервова анорексія (F50.1) - розлад, який відповідає деяким рисам нервової анорексії, але повна клінічна картина якого дозволяє поставити цей діагноз. Так, один із ключових симптомів вищезазначеного розладу, такий, як аменорея або виражена боязнь ожиріння, може бути відсутнім за наявності помітної втрати маси тіла та поведінки, спрямованої на досягнення схуднення. Цей діагноз не слід ставити, якщо є свідчення про наявність соматичного захворювання, що викликає втрату маси тіла.

3. Нервова бклімія (F50.2) - синдром, що характеризується повторними нападами переїдання та вираженим занепокоєнням щодо контролю за масою тіла. Це призводить до вироблення стилю переїдання, що супроводжується викликом блювання та використанням проносних засобів. Цей розлад має багато спільного з нервовою анорексією, включаючи надмірне занепокоєння своєю фігурою та масою тіла. Повторні блювання загрожують порушеннями електролітного балансу та соматичними ускладненнями. Часто (але не завжди) в анамнезі пацієнта відзначається епізод нервової анорексії, що раніше мав місце, з коливаннями його давності від декількох місяців до декількох років.

4. Атипова нервова булімія (F50.3) - розлад, який має деякі ознаки нервової булімії, але повна клінічна картина не дозволяє поставити цей діагноз. Наприклад, можуть мати місце повторні напади переїдання і надмірне вживання проносних засобів без значних змін маси тіла або може бути типовою надмірною заклопотаністю власною фігурою і масою тіла.

5. Психогенне переїдання (F50.4) - переїдання, пов'язане з іншими психічними розладами або внаслідок стресових подій, таких як важка втрата, нещасний випадок, народження дитини і т.д.

6. Блювання пов'язане з іншими психологічними розладами (F50.5) - пов'язана з іншими психологічними розладами. Повторна реакція, яка виникає при диссоціативних розладах та іпохондричному розладі, і яка не є виключно наслідком стану, що не входить у перелік даного класу. Психогенне блювання.

7. Інші розлади харчування (F50.8) - поїдання неїстівного [збочений апетит] у дорослих. Психогенна втрата апетиту.

#### 8. Розлад харчування неуточнений (F50.9)

Інші розлади харчування включають в себе такі розлади як парорексію та орторексію. Парорексія - це порушення харчової поведінки, що характеризується регулярним вживанням речей, що не є продуктами харчування. Люди з парорексією регулярно вживають об'єкти, які не є їжею (як, наприклад, папір, глина, бруд чи волосся). Для дітей віком до 2 років ця поведінка вважається нормальною для їх розвитку. Маленькі діти часто беруть різні речі до рота і іноді їх їдять. Парорексія може також виникати під час вагітності. У деяких країнах вживання речей, що не належать до їжі, є частиною культурної традиції, такої як, наприклад, народна медицина, релігійні обряди або загальноприйнята практика. Наприклад, деякі люди у П'ємонті, Джорджія, регулярно їдять глину.

Орторексія, чи нервова орторексія, - це розлад харчової поведінки, що зв'язаний з нездоровою одержимістю здоровим харчуванням. На відміну від інших розладів харчової поведінки, орторексія переважно пов'язана з якістю їжі, а не кількістю. На відміну від анорексії чи булімії, люди з орторексією рідко прагнуть схуднути. Натомість вони сильно заціклені на «чистоті» своєї їжі, а також одержимі перевагами здорового харчування.

### **1.3 Психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки**

Розлади харчової поведінки можуть мати значний вплив на психологічний стан жінок. Нездорове ставлення до їжі, перекося у сприйнятті свого тіла та низка інших факторів можуть викликати розлади харчової поведінки. Особливості жінок з розладами харчової поведінки можуть бути різноманітними. Деякі загальні психологічні особливості, які можуть спостерігатися, включають: негативне сприйняття власного тіла, тому що багато жінок з розладами харчової поведінки мають спотворене сприйняття образу свого тіла. Вони можуть переконувати себе, що їхнє тіло є непропорційним або недостатньо привабливим, навіть якщо це не відповідає дійсності. Самооцінка, пов'язана з зовнішнім виглядом: жінки з розладами харчової поведінки можуть вкладати надмірну вагу в своє зовнішнє вигляд, вважаючи, що їхнє щастя та самооцінка залежать від досягнення ідеальної фізичної форми. Перфекціонізм: багато жінок з розладами харчової поведінки мають тенденцію до перфекціонізму, тобто ставлять перед собою нездійснені стандарти та прагнуть до бездоганності. Це може сприяти розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія. Емоційна регуляція: жінки з розладами харчової поведінки можуть використовувати їжу як спосіб регулювання своїх емоцій. Вони можуть переживати емоційний дискомфорт, стрес або тривогу і використовувати обмеження їжі або переїдання як механізми для заспокоєння або відволікання. Контроль і самоконтроль: жінки з розладами харчової поведінки можуть відчувати потребу у контролі над їжею та вагою як способу забезпечити впевненість і стабільність у своєму житті. Вони можуть почувати, що контроль над харчуванням дає їм відчуття самоконтролю та досягнення.

Важливо підкреслити, що кожна людина і кожен випадок розладу харчової поведінки є унікальним. Психологічні особливості можуть

варіювати в залежності від багатьох факторів, включаючи особисті історії, травми, генетичні чинники та соціокультурні впливи. Дослідження генетики розладів харчування показують, що існує певна генетична схильність до розвитку цих розладів у жінок. Наприклад, дослідження близнюків свідчать про вищий ризик розвитку розладів харчування у тих, хто має споріднених родичів з такими проблемами. [38]

Багато досліджень виявили зв'язок між розладами харчування та нейробіологічними механізмами у жінок. Наприклад, зміни в роботі нейротрансмітерів, таких як серотонін та допамін, можуть впливати на регуляцію апетиту, насолоду від їжі та контроль над харчуванням. [41]

Жіночий гормональний цикл може впливати на розвиток розладів харчової поведінки. Наприклад, під час пременструального синдрому деякі жінки можуть відчувати зміни настрою та апетиту, що може сприяти розвитку розладів харчування. [39]

Вплив гендерних та соціокультурних чинників на розвиток розладів харчування у жінок також досліджується. Наприклад, соціальний тиск на зовнішній вигляд та ідеали краси можуть мати вплив на сприйняття власного тіла та ризик розвитку розладів харчування. [42]

Дослідження в області розладів харчової поведінки виконуються великою кількістю вчених, які стежать за змінами у поведінці та психологічному стані жінок з розладами харчової поведінки. Одним з провідних дослідників в цій галузі є Крістін Харріс-Ласіттер (Christine Harris-Lasciak) з Університету Луїзіани. Вона досліджує психологічні аспекти розладів харчової поведінки у жінок, зокрема, вплив самооцінки, статевої ролі та соціального середовища на розвиток та підтримку цих розладів. Наведемо деякі основні здобутки в галузі дослідження психологічних особливостей жінок з розладами харчової поведінки: перспективи відносно соціальних та культурних чинників: Дослідження показують, що соціальні та культурні чинники грають важливу роль у розвитку розладів харчової поведінки у жінок. Наприклад, стандарти



краси, медіа-вплив, культурні уявлення про ідеальне тіло та соціальний тиск можуть сприяти формуванню негативного сприйняття власного тіла та збільшенню ризику розвитку розладів харчової поведінки. Генетичні та біологічні фактори: Дослідження показують, що існують генетичні та біологічні фактори, які можуть впливати на розлади харчової поведінки у жінок. Наприклад, деякі гени, пов'язані з регуляцією апетиту та метаболізму, можуть мати вплив на схильність до розладів харчової поведінки. Психологічні чинники: Дослідники вивчають різні психологічні аспекти, пов'язані з розладами харчової поведінки у жінок. Наприклад, депресія, тривога, низька самооцінка, стрес та негативні емоції можуть бути факторами, що сприяють розвитку та підтримці розладів харчової поведінки. Роль самооцінки та контролю: Деякі дослідження вказують на те, що недостатня самооцінка та бажання контролю можуть відігравати важливу роль у розвитку розладів харчової поведінки у жінок. Жінки з розладами харчової поведінки можуть використовувати харчування як спосіб отримання відчуття контролю над своїм життям. Інтервенції та терапевтичні підходи: Дослідники працюють над розвитком ефективних терапевтичних підходів для лікування розладів харчової поведінки у жінок. Когнітивно-поведінкова терапія, психотерапія та медикаментозне лікування є деякими з методів, що використовуються для зменшення симптомів та поліпшення психологічного благополуччя жінок з розладами харчової поведінки.

Перші ознаки розладів харчової поведінки зазвичай з'являються у пубертатному або молодому віці. Ознаки: неповноцінне харчування, епізоди переїдання і напади булімії (суб'єктивні та об'єктивні), очисні ритуали, компульсивне заняття спортом, а також негативний вплив на самооцінку тіла. Як правило, нервова анорексія маніфестує в середньому підлітковому віці, а нервова булімія в старшому. Деякі ознаки розладів харчової поведінки тісно пов'язані з підлітковим віком і спричинені не стільки спотвореним образом тіла, а скоріше його суцільною

незадоволеністю [30]. Часто це пов'язано з постійним порівнянням себе з ідеалізованими зображеннями ровесників у соцмережах.

При нервовій анорексії акцентуація особистості проявляється інтелектуальною різносторонністю, в той час як емоційна сфера залишається досить вразливою. Дівчата з нервовою анорексією часто бувають єдиними доньками в сім'ї. Проте, можуть брати і нерідко живуть з почуттям неповноцінності щодо них. Зовнішнє враження від даних осіб буває оманливе. Вони справляють враження абсолютно соціально адаптованих, добросовісних і вихованих, в деяких випадках аж до повного підпорядкування третім особам. Їм притаманний досить високий рівень інтелекту і мають схильність успішно навчатись, зазвичай такі дівчата є відмінницями у школі. Жінки з нервовою анорексією мають досить аскетичні ідеали, високий рівень працездатності і активності у вибраній діяльності. Зокрема, для коректної діагностики і ефективної психотерапії необхідно з'ясувати рівень взаємовідносин у сім'ях хворих. У таких індивідів сімейне життя нерідко супроводжується прагненням до соціального успіху, а також, перфекціонізмом. Їхній сімейний ідеал представляє собою модель самопожертви.

Серед сімей де є хворі на нервову анорексію поширені наступні поведінкові характеристики : високий рівень гіперопіки, ригідність, уникнення будь-яких конфліктів, а також, заохочення дітей брати участь у конфліктах батьків.

У таких родинах здебільшого жіночий авторитет є домінуючим (може бути як мати, так і бабуся). Частіше за все, батьківські фігури перебувають поза емоційним полем особистості, що може частково знизити їх авторитет та цінність.

Загальні характеристики хворих на нервову булімію: перфекціонізм; підозріливість, депресивні стани, нав'язливі думки, компульсивні ритуальні дії; схильність до ризику та імпульсивних вчинків; низька і

досить нестійка самооцінка; порушене сприйняття образу власного тіла ; зацикленість на недосяжних цілях; постійне розчарування через власну «неідеальність»; міжособистісні відносини будуються згідно «булімічної» схеми: інтенсивне захоплення, ідеалізація , а слідом різкий розрив; притаманні травматичні дитячі спогади, що взаємопов'язані з споживанням (їжа як покарання, насильне годування, скандали і т. п.).

Структура особистості буліміків неоднозначна, як і при нервовій анорексії. Дослідження історичних умов появи булімії, Ю. Хабермас дає їй визначення «етнічного розладу» і в диференційному дослідженні відслідковує корені самого захворювання. Він описує конфлікт середнього і пізнього підліткового віку, що має спільні прояви у всіх жінок з булімією. Це, насамперед, вихід з батьківської сім'ї і початок розвитку самостійності, окрім того проблема розвитку у зв'язку з неприйняттям власного тіла і конфлікт сексуальної ідентифікації. На перший погляд буліміки часто здаються дуже впевненими і сильними, незалежними, цілеспрямованими, чистолюбними і стриманими, але це дуже відрізняється від їхньої справжньої самооцінки, визначеної почуттям внутрішньої порожнечі. Найчастіше вони походять з сімей, імпульсивною комунікацією, а також значним потенціалом насильства. Структура відносин у сім'ї відзначається високим рівнем конфліктів, слабким зв'язком між членами сім'ї, високим рівнем дистресу і безуспішною проблемно-вирішальною поведінкою при наявності високого рівня очікувань стосовно соціального успіху.

Розлади харчової поведінки мають вагомий вплив на психологічний стан жінок. Жінки що страждають на розлади харчової поведінки, такі як анорексія чи булімія, періодично переживають стан емоційної нестабільності. Їм притаманно відчувати глибокі емоційні коливання, зокрема, тривогу, депресивні епізоди та відчуття провини. Ці емоційні переживання можуть впливати на загальний психологічний стан жінок і

можуть викликати додатковий стрес або ж навіть дистрес. Розлади харчової поведінки можуть суттєво погіршити самооцінку та сприйняття свого тіла у жінок. Зазвичай жінки з нервовою анорексією мають тенденцію бачити свою фізичну зовнішність спотвореною, незалежно від реальних фактів. Це може викликати постійне незадоволення своїм зовнішнім виглядом, заклопотаність ним та зниження самооцінки. У випадку нервової булімії, жінки можуть мати відчуття втрати контролю над своїм життям, а це також вкрай негативно впливає на самооцінку. Нерідко, розлади харчової поведінки можуть спонукати жінок до соціальної ізоляції. Вони можуть раптом почати відчувати сором та страх бути оціненою через свої харчові вподобання або зовнішність. Це має вплив на здатність жінки підтримувати соціальні відносини та спілкування з іншими людьми, що безпосередньо може погіршити їх психологічний стан. В клінічній практиці часто спостерігається коморбідність розладів харчової поведінки з іншими розладами такими як тривожність, депресія або залежність. А це в свою чергу, може погіршити психологічний стан жінки і ускладнити процес лікування.

## **Висновки до розділу I**

Розлади харчової поведінки – це комплекси симптомів, які виникають через тривалий вплив генетичних, спадкових, емоційних, поведінкових, психологічних, соціальних та міжособистісних факторів. Схильність до порушень харчової поведінки змушує людину до постійного бажання споживати їжу незалежно від почуття голоду. Беручи до уваги дослідження В.Д. Менделевича, можна зазначити, що харчова поведінка охоплює наше ціннісне ставлення до їжі, звички щодо харчування в повсякденному житті і в стресових ситуаціях, а також до формування образу нашого тіла.

Розлади харчової поведінки є складною проблемою, яка включає генетичні, фізіологічні і психологічні фактори. Перші ознаки розладів

харчової поведінки, як правило, проявляються у підлітковому або молодому віці і включають в себе неповноцінне або нерегулярне харчування, епізоди переїдання і напади булімії, ритуали пов'язані з очищенням після їжі, надмірну фізичну активність, а також негативне ставлення до свого тіла. Протягом життя можуть спостерігатися різні типи розладів харчової поведінки, які пов'язані з різними фазами життя. Наприклад, анорексія нервового походження частіше зустрічається в ранньому підлітковому віці, а булімія нервового походження - в більш старшому. Ознаки цих розладів часто пов'язані з незадоволенням своїм тілом і постійним порівнянням себе з ідеалізованими зображеннями ровесників у соціальних мережах. Крім того, вчені визначають інші види розладів харчової поведінки, такі як компульсивне переїдання, парорексія і орторексія. Анорексія нервового походження є найбільш небезпечним розладом, оскільки може мати смертельні наслідки через тотальне виснаження організму. Булімія нервового походження, хоч і не така смертельно небезпечна, та все ж може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям. Компульсивне переїдання раніше не розглядалося як серйозний розлад, але сучасні дослідження пов'язують його зі соматичними захворюваннями, такими як цукровий діабет II типу, серцево-судинними захворюваннями і деякими видами раку.

Розлади харчової поведінки мають значний вплив не тільки на фізичне здоров'я, але й на різні аспекти життя пацієнтів, включаючи професійну діяльність, навчання та стосунки зі своїми близькими. Молоді пацієнти з нервовою анорексією можуть мати проблеми з навчанням через зниження когнітивних функцій, складнощі з концентрацією уваги та схильність до соціальної ізоляції. У осіб з нервовою булімією часто спостерігаються коливання настрою, низька самооцінка і можлива аутоагресивна самопошкоджуюча поведінка.

Важливо підкреслити, що кожна людина і кожен випадок розладу харчової поведінки є унікальним. Психологічні особливості можуть варіюватись в залежності від багатьох факторів, а саме: психологічні травми, генетичні чинники та соціокультурні впливи. Деякі чинники грають важливу роль у розвитку розладів харчової поведінки у жінок, такі як : вплив соціальних та культурних чинників; генетичні та біологічні фактори. Психологічні чинники такі як травматичний досвід, надмірний самоконтроль, негативне сприйняття власного тіла, депресія, тривога, низька самооцінка, стрес та емоційна нерівновага можуть бути факторами, що сприяють розвитку та підтримці розладів харчової поведінки. У розвитку та появі розладів харчової поведінки у жінок не існує якоїсь однієї причини. Порушення з'являються через сукупність зовнішніх і внутрішніх психологічних чинників. Важливо розуміти, що кожна людина має унікальну комбінацію факторів. Індивідуальність кожної особи і контекст, в якому вони перебувають, також важливі для повного розуміння розладів харчової поведінки.

## **РОЗДІЛ 2**

### **МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО СПРИЧИНЯЮТЬ РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК**

#### **2.1 Методологічне підґрунтя емпіричного дослідження та опис психодіагностичного інструментарію**

Для психологічної діагностики розладів у харчуванні та оцінки ефективності їх лікування було розроблено різноманітні методи. Серед них можна зазначити такі: щоденник запису характеру прийняття їжі – передбачає ведення детальних записів про спосіб, час і кількість прийнятих їжі, а також про супутні емоції та фізичні симптоми, пов'язані

з харчуванням. Він допомагає встановити зв'язок між емоціями, станом здоров'я та харчуванням; щоденник для запису "нападів обжерливості": полягає в систематичному відстеженні епізодів обжерливості або неконтрольованого переїдання. У щоденнику фіксуються час, обставини, виклики та супутні емоції, що сприяють появі таких нападів. Це допомагає виявити паттерни та потенційні тригери таких поведінкових збоїв.

Опитувальники для з'ясування дисфункціональних уявлень про фігуру і масу тіла оцінюють ідентифіковані перекручені уявлення та думки, пов'язані з фізичним виглядом і вагою. Опитувальники надають психологу об'єктивну інформацію про ступінь дисфункціональних думок і можуть слугувати орієнтиром для лікування. Опитувальники для діагностики психопатологічних супутніх симптомів розладів у харчуванні оцінюють наявність і важкість супутніх психічних симптомів, таких як депресія, тривога, спрощене мислення та зміни настрою. Це допомагає зрозуміти пов'язані психічні фактори, які можуть впливати на розлади у харчуванні. Ці методи є корисним інструментарієм для психологів і допомагають у розумінні та діагностиці розладів у харчуванні, а також в оцінці ефективності лікування.

Однією з широко використовуваних методик є "Eating Disorder Examination" (Екзаменація розладу харчування), розроблена Крісом Фернандесом та Жаном Купером. Ця методика є структурованим інтерв'ю, спрямованим на збір інформації про симптоми розладів харчування, мотивацію, переконання та історію харчування пацієнта. Вона включає детальні запитання, які допомагають встановити діагноз і визначити основні аспекти розладу харчування. Ще одна відома методика - "Eating Disorder Inventory" (Інвентар розладів харчування), розроблена Девідом Гарнеттом та Полом Гарнеттом. Цей опитувальник має на меті оцінити різні аспекти розладів харчування, такі як самооцінка тіла,

харчова поведінка, переконання про їжу та сприйняття власного тіла. Інструкції до виконання та складання питанників надаються в офіційних джерелах, пов'язаних з цією методикою. "Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis" (Опитувальник для діагностики розладів харчування) - це ще одна методика, яку використовують для виявлення ознак розладів харчування. Інструкції до виконання індивідуальні для кожного опитувальника і залежать від його автора. Цей опитувальник вимагає відповідей на ряд запитань, що стосуються харчових звичок, сприйняття власного тіла, емоційного стану та інших факторів, пов'язаних з харчуванням.

Нами було обрано методики які є валідними і адаптованими для української спільноти. Також вибір базувався на тих методиках, які були б простішими у заповненні.

Першою методикою є Тест "Характеристика Емоційності" Е. П. Льїна, що має наступні переваги: тест дозволяє оцінити рівень емоційної стабільності, що може бути важливим фактором у розумінні харчової поведінки. Він має добре встановлену нормативну базу та надійність. Тест також має і певні обмеження: на значення результатів тесту можуть вплинути індивідуальні фактори та контекст, тому потрібно враховувати інші аспекти при інтерпретації результатів. Тест призначений для самооцінки того, наскільки виражені характеристики емоцій :

- емоційна збудливість;
- емоційна реактивність (інтенсивність, тривалість);
- емоційна стійкість (вплив емоцій на ефективність діяльності).

Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера був обраний нами, тому що дозволяє оцінити рівень контролю над харчуванням та здатність приймати рішення. Він має довіреність та широке застосування у дослідженнях розладів харчування. Проте,



індивідуальні особливості можуть вплинути на відповіді, тому ми скомбінували його з іншими методиками для отримання більш повної картини. Опитувальник діагностує локалізацію контролю над значущими подіями, в інших словах - рівень особистої відповідальності. В основі його лежить розрізнення двох локусів контролю - інтернального і екстернального і, відповідно, двох типів людей - інтерналів і екстерналів.

Інтернальний тип розладу харчової поведінки відображає переконання людини, що події, які відбуваються з нею, залежать переважно від її особистих якостей, таких як компетентність, цілеспрямованість, рівень здібностей і т.д. Вона вбачає закономірність між своєю діяльністю та результатами, які вона отримує. З іншого боку, екстернальний тип розладу харчової поведінки відображає переконання людини, що її успіхи і невдачі переважно залежать від зовнішніх обставин, таких як умови навколишнього середовища, дії інших людей, випадковість, везіння чи невезіння і т.д. Вона приписує зовнішнім факторам визначальну роль у своєму житті. Ці два типи відображають різні переконання про контроль над власною долею і вплив на неї, що може впливати на харчову поведінку людини. Будь-який індивід займає певну позицію на континуумі, що задається цими полярними локусами контролю.

Опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна дозволяє оцінити рівень агресивності, який може бути пов'язаний з харчовою поведінкою. Він має добре розроблену структуру та показники, що дає можливість проводити порівняльний аналіз.

Наступною методикою стала Шкала оцінки харчової поведінки ШОПП (російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А.). Опитувальник застосовують для діагностики розладів харчової поведінки, зокрема нервової анорексії і нервової булімії, застосовується шкала оцінки харчової поведінки. Цей

опитувальник дозволяє оцінити такі складові розладу харчової поведінки, як ступінь тривоги щодо ваги, наявність епізодів переїдання і очисної поведінки, а також поведінкові стереотипи, такі як перфекціонізм, почуття загальної некоректності, відчуття відчуженості від контактів з оточуючими, оцінка здатності чітко відрізнити внутрішні відчуття. вона надає можливість оцінити різні аспекти харчової поведінки, що допомагає зрозуміти фактори, що впливають на розлади харчування. Також, дана методика має високі показники надійності та валідності.

Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД, україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко) є інструментом, розробленим для оцінки негативного досвіду, який діти можуть переживати протягом свого дитинства. Це україномовна адаптація оригінального опитувальника, розробленого О. І. Власовим, Н. В. Родіною, Ю. О. Целіковою, Л. К. Ворніковою та Ю. О. Тихоненко. ОНДД має на меті виявлення та вимірювання різних аспектів негативного дитячого досвіду, таких як насильство, зловживання, занедбання, емоційне та фізичне травматизація. Цей опитувальник дозволяє зібрати інформацію про дитячий досвід на основі самовідчуття людини. Опитувальник складається з ряду запитань, що охоплюють різні ситуації, які дитина може зазнавати в родині або інших соціальних контекстах. Запитання охоплюють такі аспекти, як фізичне насильство, емоційна злочинність, сексуальне насильство, зловживання, занедбання та інші форми негативного досвіду. Відповіді на запитання оцінюються за шкалою, що дозволяє визначити рівень негативного дитячого досвіду, який дитина може бути викрита. Це дозволяє отримати об'єктивну інформацію про те, які види негативного досвіду можуть впливати на дитину, і сприяє розумінню її потреб та вимог.

Методологічне підґрунтя емпіричного дослідження включало в себе застосування різних психодіагностичних інструментів для оцінки

психологічних чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок. Для діагностики емоційної сфери, ми використали Тест «Характеристика Емоційності» Е. П. Ільїна, що дозволяв отримати інформацію про емоційні стани та їх характеристики у досліджуваних осіб. Для визначення рівня суб'єктивного контролю, ми використали Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера. Цей інструмент надавав можливість оцінити ступінь сприйняття особою свого впливу на події та ситуації в контексті харчування. Для дослідження ауто- і гетероагресії, ми використали Опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна, який дозволяв визначити рівень прояву агресивних нахилів у досліджуваних осіб. Для оцінки харчової поведінки досліджуваних, ми використали Шкалу оцінки харчової поведінки ШОПП (російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А.). Цей інструмент надавав можливість детально вивчити особливості харчових звичок, вподобання та ставлення до їжі у досліджуваних осіб.

Для дослідження взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом та розладами харчової поведінки, ми використали Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко. Для статистичного аналізу отриманих даних ми використовували програму Jamovi. Для обробки даних, їх систематизації та кількісного опису, були використані описові статистики, що забезпечували основні статистичні показники і характеристики. Для вивчення взаємозв'язку між змінними був використаний коефіцієнт кореляції Спірмена, який дозволяє розрахувати різні типи регресійних моделей і визначити статистичний метод для вивчення цього зв'язку. Крім того, був застосований метод лінійної регресії для вивчення залежності між залежною змінною і однією або декількома незалежними змінними. Інтерпретація результатів дослідження включала в себе використання різних методів, зокрема кількісний, якісний і порівняльний аналіз. Ці методи дозволили отримати

детальну інтерпретацію зібраних даних, розглянути їх у контексті і встановити зв'язки та відношення між показниками

## 2.2 Опис та структура дослідження

Метою нашого дослідження є визначення взаємозв'язку психологічних чинників жінок схильних до розладів харчової поведінки. Об'єктом дослідження стали розлади харчової поведінки у жінок. Предметом дослідження є психологічні чинники, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок. Виявлення цього зв'язку має велике значення, оскільки допоможе нам краще зрозуміти, як саме психологічні чинники впливають на розвиток розладів харчової поведінки у жінок. Наше дослідження спрямоване на виявлення та аналіз факторів, які можуть впливати на формування негативних відношень до їжі, самооцінки, стресових ситуацій та інших аспектів, пов'язаних з розладами харчової поведінки у жінок. В результаті ми сподіваємося отримати цінні висновки, які допоможуть покращити психологічну підтримку та терапевтичні підходи для жінок, що стикаються з цими розладами.

Організація та етапи дослідження:

1. Підготовчий етап дослідження : нами були сформульовані завдання дослідження, уточнено предмет дослідження, підбір діагностичного інструментарію з урахуванням їх високої ефективності, доступності використання, можливості отримання необхідних результатів, зрозумілість для досліджуваних і прості інструкції.
2. Проведення діагностичного інструментарію - здійснювалося за допомогою сервісу Google Форми, шляхом перенесення питань з вибраних опитувальників в електронний формат та їх поширення серед жінок. Опитування проводилося анонімно.
3. Обробка отриманих результатів: математико-статистичний аналіз даних здійснювався за допомогою програми jamovi. Підрахунок сирих балів здійснювався автоматично на онлайн сервісах.

4. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів : отримані дані були систематично аналізовані та інтерпретовані.

Наша вибірка становила сто тридцять чотири особи жіночої статі. Вік досліджуваних від вісімнадцяти до шістдесят чотирьох років. Це студентки, працевлаштовані жінки, фрілансери і безробітні.

В межах даного дослідження ми виділили чинники, які на нашу думку можуть впливати на розвиток розладів харчової поведінки у жінок. Це такі чинники як : емоційна збудливість, емоційна реактивність (інтенсивність, тривалість), емоційна стійкість (вплив емоцій на ефективність діяльності), негативний дитячий досвід, прагнення до худорлявості, наявність булімії, незадоволеність власним тілом, неефективність, перфекціонізм, недовіра в міжособистісних відносинах, брак впевненості в собі, рівень суб'єктивного контролю, ауто-гетероагресія,

Для діагностики емоційної сфери ми використали Тест «Характеристика Емоційності» Е. П. Ільїна. Щоб дослідити рівень суб'єктивного контролю ми застосовували Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера. Для визначення ауто- і гетероагресії був використаний Опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна. Шкала оцінки харчової поведінки ШОПП, (російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А.) була застосована для оцінки харчової поведінки досліджуваних. Щоб дослідити взаємозв'язок між негативним дитячим досвідом та розладами харчової поведінки ми використали Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко.

Методи статистичного аналізу проводилися за допомогою програми Jamovi. Для обробки даних, їх систематизації та кількісного опису

використовувалися описові статистики, які забезпечували основні статистичні показники і характеристики. У рамках цього дослідження був використаний для вивчення взаємозв'язку між двома змінними використовувався коефіцієнт кореляції Спірмена, який дозволяє розрахувати різні типи регресійних моделей і визначити статистичний метод для вивчення цього зв'язку, а також метод лінійної регресії для вивчення залежності між залежною змінною і однією або декількома незалежними змінними. Для інтерпретації результатів дослідження використовувалися різні методи, зокрема кількісний, якісний і порівняльний аналіз. Ці методи дозволили отримати детальну інтерпретацію зібраних даних, розглянути їх у контексті і встановити зв'язки та відношення між показниками.

Загальна характеристика вибірки:

У більшості досліджуваних Індекс маси тіла (ІМТ) знаходиться в межах норми – 92 особи - 62% ; дефіцит маси тіла виявлено у 20 осіб – 15%; осіб з передожирінням всього 12 – 9%; ожиріння I ступеню – 4 особи – 3%; ожиріння II ступеня – 6 осіб – 4%. (Рис. 2.1 ІМТ)

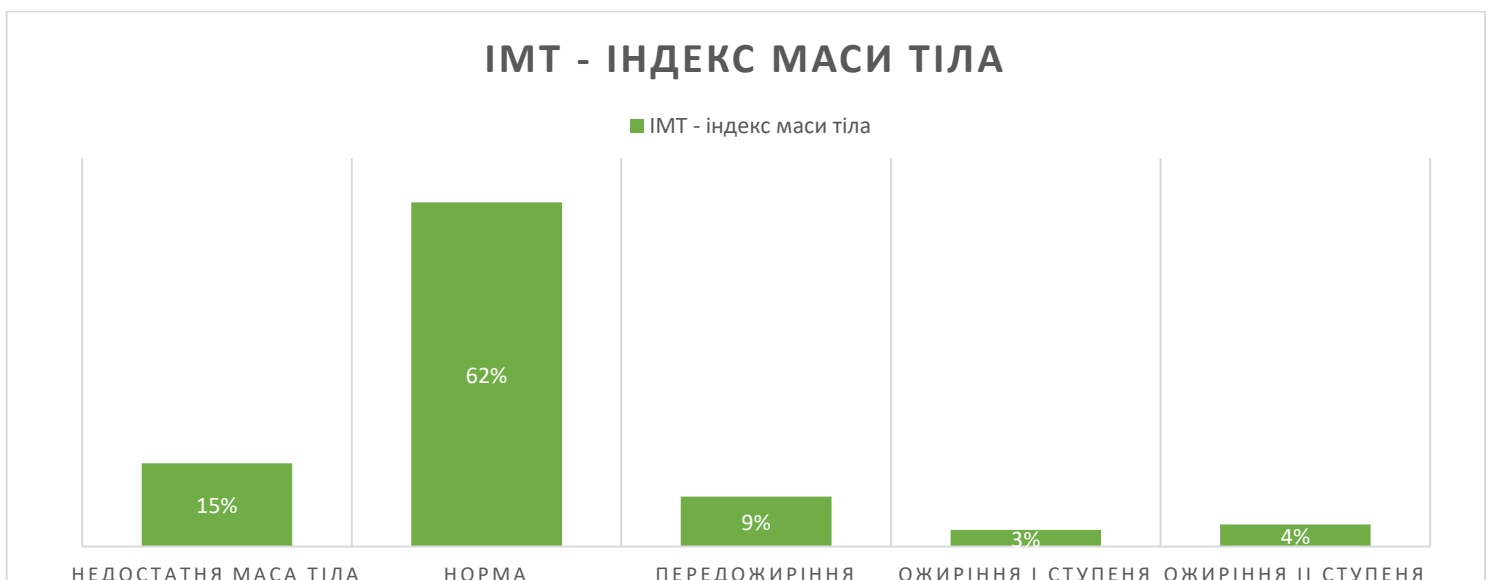


Рис. 2.1 ІМТ

Індекс маси тіла (ІМТ) є числовим показником, що оцінює відповідність маси тіла людини до її зросту. Обчислюється шляхом поділу маси тіла (в кілограмах) на квадрат зросту (у метрах).

Класифікації маси тіла:

- ІМТ менше 18,5 недостатня вага або недоїдання.
- ІМТ від 18,5 до 24,9 нормальний діапазон ваги.
- ІМТ від 25,0 до 29,9 надмірна вага або ожиріння I ступеня.
- ІМТ від 30,0 до 34,9 ожиріння II ступеня.
- ІМТ від 35,0 до 39,9 ожиріння III ступеня (важке ожиріння).
- ІМТ 40,0 або ожиріння VI ступеня (дуже важке ожиріння).

Основна частина досліджуваних працевлаштовані – 71 особа – 53%; студентки – 21 особа – 16%; жінки що працюють на фрілансі – 21 особа – 16 %.; тимчасово безробітні 21 особа – 16% (Рис. 2.2 Зайнятість)

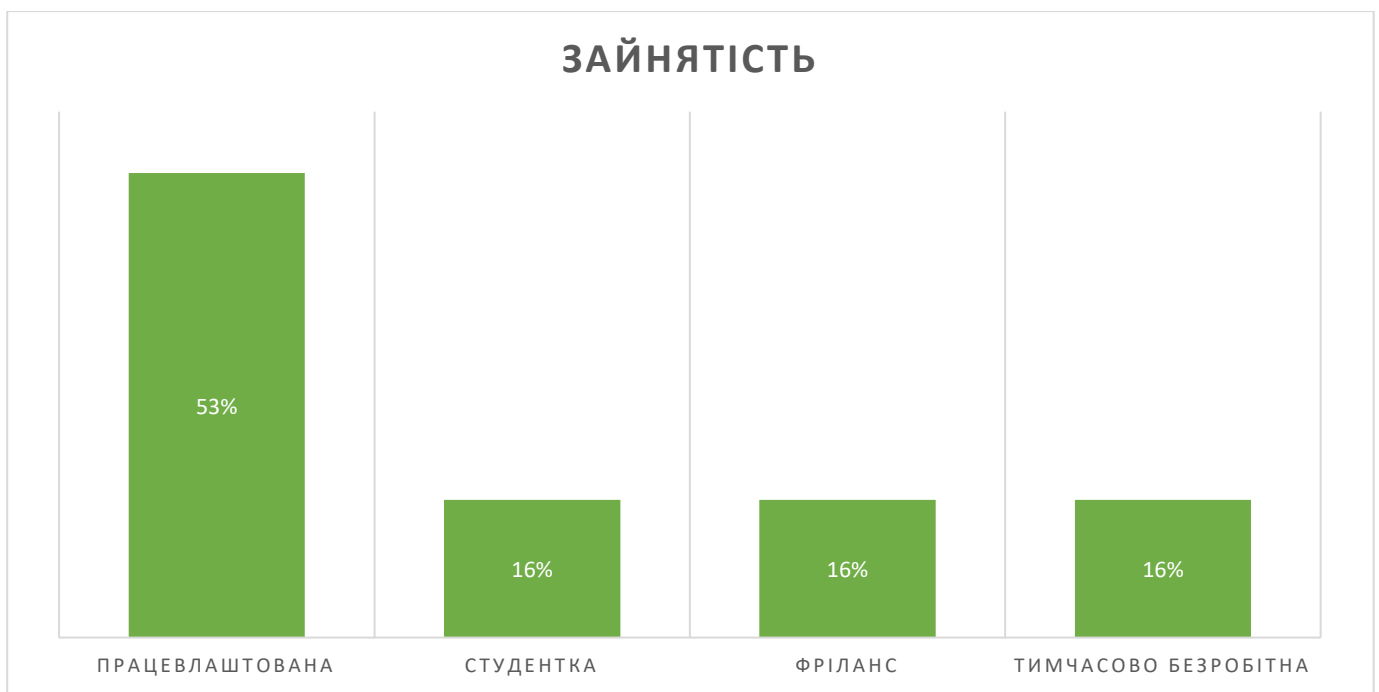


Рис. 2.2 - Зайнятість

Сімейний стан досліджуваних наступний: 40 осіб – 30% перебувають у шлюбі; в стосунках 49 осіб – 37%; без партнера 43 особи – 32%; вільні стосунки 2 особи – 1%. (Рис. 2.3 Сімейний стан).

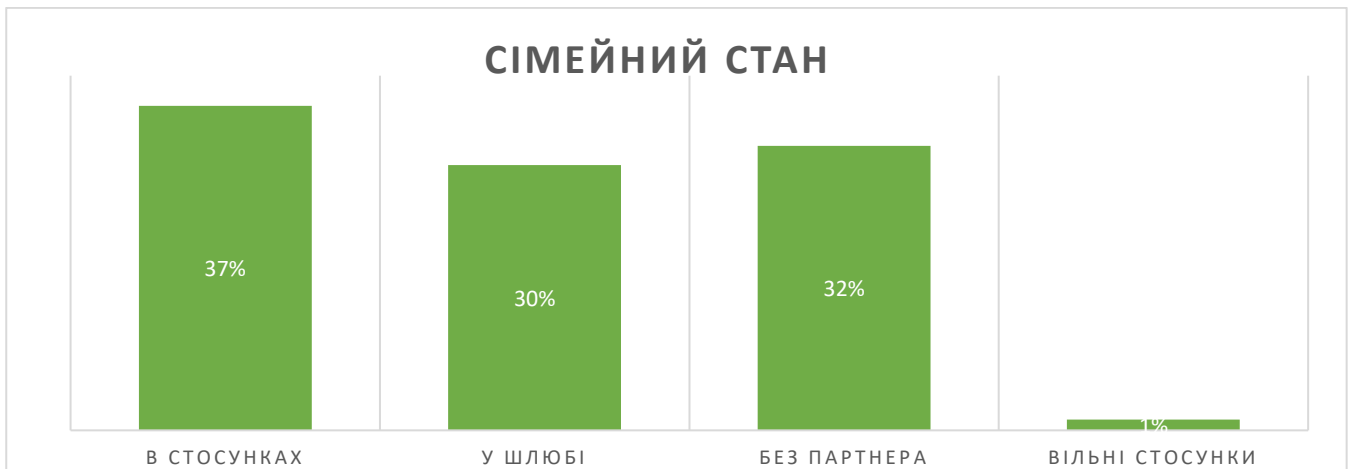


Рис. 2.3 Сімейний стан

## Висновки до розділу II

Метою емпіричного етапу дослідження стало визначення взаємозв'язку психологічних чинників жінок схильних до розладів харчової поведінки. Для цього були використані методики, які сприяли з'ясуванню емоційності, рівня суб'єктивного контролю, агресивності, оцінки харчової поведінки та негативного дитячого досвіду. Зокрема, були використані тести «Характеристика Емоційності» Е. П. Ільїна, опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера, опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна, шкала оцінки харчової поведінки ШОПП (російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А.), а також опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) (україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко). Методики є валідними, надійними та релевантними меті дослідження.

Емпіричне дослідження складалось з наступних етапів: підготовчий етап дослідження; розробка основного етапу дослідження; проведення основного дослідження; аналіз та інтерпретація отриманих даних.



Підрахунок сирих балів здійснювався автоматично на онлайн сервісах. Для обробки статистичних даних було використано програму jamovi. Були задіяні такі методи обробки даних: визначення нормальності розподілу даних за критерієм Шапіро-Вілка, метод лінійної регресії, кореляційний коефіцієнт Спірмена.

У дослідженні взяли участь 134 особи жіночої статі. Вік досліджуваних від 18 до 64. Середній вік вибірки становив 27,2 роки з стандартним відхиленням 8,97. Це студентки, працевлаштовані жінки, фрілансери і безробітні. Жінки з різним сімейним станом та індексом маси тіла.

## **РОЗДІЛ III**

### **АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, АПРОБАЦІЯ РОБОЧОГО ЗОШИТУ**

#### **3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

Проведене нами дослідження було спрямоване на вивчення взаємозв'язку психологічних чинників, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок. Наша ціль полягала у розумінні взаємозв'язків між цими факторами та виявленні ключових психологічних аспектів, які можуть впливати на розвиток розладів харчової поведінки у жінок. З метою досягнення нашої цілі, ми сконцентрувалися на проведенні аналізу та інтерпретації отриманих даних. Ми провели аналіз описових статистик, які надали нам важливу інформацію щодо розподілу та характеристик цих психологічних чинників, пов'язаних з розладами харчової поведінки у жінок.

За критерієм Шапіро-Уілка проведено аналіз розподілу даних для різних шкал. Цей критерій перевіряє гіпотезу про нормальний розподіл

даних. Результати показали, що жодна з шкал не має нормального розподілу. Це означає, що розподіл значень в цих шкалах не підпорядковується типовому симетричному розподілу Гаусса. З огляду на описові статистики, можна зробити наступні спостереження: вік учасників дослідження коливається в діапазоні від 18 до 64 років, з середнім значенням 27.2 і медіаною 25.0. Це означає, що середній вік представників досліджуваної групи становить приблизно 27.2 років. Індекс маси тіла (ІМТ) також варіюється серед учасників, з середнім значенням 22.4 і медіаною 21.8. Це вказує на те, що середня вага учасників відповідає нормальним межам. (Додаток А. Описові статистики)

Інші психологічні чинники, такі як бажання до худоби, недовіра в міжособистісних відносинах, негативний дитячий досвід та інші, також були оцінені за допомогою відповідних шкал. Для кожного з чинників було розраховано середнє значення та медіану, які вказують на типові оцінки та центральні тенденції учасників щодо цих психологічних аспектів. Стандартне відхилення для кожного з показників вказує на розмах варіації даних від середнього значення. Велике значення стандартного відхилення може свідчити про широкий розкид даних, тоді як низьке значення свідчить про меншу варіабельність. Мінімальні та максимальні значення для кожного показника вказують на екстремальні значення, які спостерігалися серед учасників дослідження. Критерій Шапіро-Уїлка використовується для перевірки нормальності розподілу даних. Значення  $W$  та  $p$  для кожного показника вказують на значне відхилення від нормального розподілу.

Крім описових статистик, у нашому дослідженні ми зацікавлені у встановленні взаємозв'язків між психологічними чинниками, що спричиняють розлади харчової поведінки у жінок. Ми прагнемо розуміти, які фактори можуть впливати на появу цих розладів, а також які з них

можуть бути взаємопов'язаними. У цьому розділі ми зосередимося на аналізі взаємозв'язків між різними психологічними чинниками. Ми використовуємо статистичний метод коефіцієнта кореляції Спірмена для виявлення зв'язків між цими змінними. Коефіцієнт кореляції Спірмена дозволяє нам визначити, наскільки сильно і як напрямлено зв'язок між двома змінними. Застосувавши коефіцієнт кореляції Спірмена ми бачимо велику кількість взаємозв'язків.

Існують прямі кореляції між:

Індексом маси тіла та віком. Чим страшою є особа, тим вищий індекс маси тіла, що за статистикою є абсолютно нормальним показником. Ймовірною причиною може бути зміна способу життя та зменшення фізичної активності. Спад активності та зміни життєвого стилю, такі як менша фізична активність, можуть призвести до збільшення ІМТ.

Індексом маси тіла та недовірою в міжособистісних відносинах. Чим вища недовіра в міжособистісних відносинах, тим вищий індекс маси тіла. Недовіра в міжособистісних відносинах може призводити до емоційного стресу, що у свою чергу може спонукати до переїдання або зловживання їжею як засобом заспокоєння або втілення негативних емоцій. Якщо поглянути на цей зв'язок з урахуванням соціокультурних факторів, то недовіра в міжособистісних відносинах також може бути пов'язана з соціокультурними стереотипами та вимогами, що стосуються зовнішності. Ці стереотипи можуть сприяти незадоволенню власним тілом і призводити до змін у харчовому поведінці.

За ознаки РХП (прямі або опосередковані) були взяті такі шкали: "Булімія", "Прагнення до худоби", "Інтероцептивна некомпетентність", "Незадоволенність власним тілом"

Булімія:

Існує слабкий зв'язок між булімією та Перфекціонізмом ( $r=0.31$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений перфекціонізм, тим більш виражена булімія. Зв'язок між булімією та перфекціонізмом має принаймні дві причини: високі стандарти і самокритика. Особи, що мають перфекціоністські тенденції можуть створювати високі стандарти для себе, а також посилену самокритичність. Це може призводити до незадоволення власним тілом і сприяти розвитку булімії як способу контролю за їжею. Другою причиною можуть бути компенсаційні стратегії. Перфекціонізм може спонукати особу шукати способи компенсації за сприйнятий недосконалий контроль над своїм життям. Це може включати контроль за їжею шляхом переїдання та блювання.

Існує дуже сильний зв'язок між булімією та незадоволеністю тілом ( $r=0.714$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена незадоволеність тілом, тим більше представлена булімія. Однією з причин такого тісного зв'язку є соціальний тиск. Суспільні стандарти краси і ідеали можуть створювати незадоволення власним тілом. Це може підштовхувати людей до нездорових харчових звичок, таких як булімія, щоб досягти вигляду, який вони сприймають як бажаний. З іншого боку, незадоволення власним тілом може призводити до емоційного стресу та погіршення самопочуття. У таких ситуаціях булімія може служити як спосіб заспокоїти або втілити негативні емоції.

Існує сильний зв'язок між булімією та інтероцептивною некомпетентністю ( $r=0.631$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена інтероцептивна некомпетентність, тим більше представлена булімія. У випадку зниженої спроможності розпізнавати фізичні сигнали, інтероцептивна некомпетентність вказує на знижену спроможність

розпізнавати та інтерпретувати фізичні сигнали зі свого тіла. Це може призводити до недостатнього сприйняття ситуації насиченості або голоду, що може викликати надмірне переїдання та блювання. В той же час, інтероцептивна некомпетентність може спричиняти труднощі в регулюванні емоцій. У таких випадках булімія може використовуватися як спосіб керування емоціями та втілення негативних внутрішніх станів.

Існує сильний зв'язок між булімією та Недовірою в міжособистісних відносинах ( $r=0.661$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Недовіра в міжособистісних відносинах, тим більше представлена булімія. Пояснити цей сильний зв'язок можна з огляду на дві найпоширеніші причини : емоційна травма або ж самооцінка в міжособистісних стосунках. Негативні досвіди в міжособистісних відносинах, такі як образливі коментарі або зрада, можуть призводити до розвитку недовіри. Це може викликати емоційний стрес, що може бути заспокоєний або виражений через харчову поведінку, включаючи булімію. Недовіра в міжособистісних відносинах може впливати на самооцінку та сприйняття себе. Це може стимулювати шукати компенсацію через харчову поведінку, яка включає булімію.

Існує сильний зв'язок між булімією та Неефективністю ( $r=0.626$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Неефективність, тим більше представлена булімія. Неефективність у різних сферах життя може викликати стремглавий пошук способів саморегуляції та самоконтролю. Булімія може стати механізмом заспокоєння або компенсації недостатньої ефективності в інших сферах життя. Неефективність може призводити до негативної самооцінки та відчуття безсилля. У таких випадках булімія може бути способом відчуття контролю та влади над своїм тілом.

Існує сильний зв'язок між булімією та Прагненням до худоби ( $r=0.601$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражене Прагнення до худоби, тим більше

представлена булімія. Загальна культура споживання і соціальний контекст, який підтримує прагнення до худоби та схильність до постійного контролю за вагою та зовнішнім виглядом, може сприяти розвитку булімії. Люди, які прагнуть до худоби, можуть використовувати булімію як спосіб контролювати свою вагу. Прагнення до худоби може бути пов'язане з низькою самооцінкою та незадоволеністю власним тілом. Булімія може використовуватися як спосіб заспокоєння або компенсації незадоволеності власним зовнішнім виглядом.

Існує прямий зв'язок між булімією та Аутоагресією ( $r=0.433$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Аутоагресія, тим більше представлена булімія. Існує прямий зв'язок між булімією та Гетероагресією ( $r=0.433$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Гетероагресія, тим більше представлена булімія. Булімія та гетеро-аутоагресія можуть бути способами вираження емоційного напруження. Це може бути способом відволіктися від емоційного болю або виразити негативні емоції через фізичний біль. Обидва цих явища можуть бути способами саморегуляції та контролю над власними емоціями. Викликані стресом або негативними емоціями, особа може використовувати ці поведінки для заспокоєння або відновлення контролю.

Існує прямий зв'язок між булімією та Негативним впливом емоцій ( $r=0.254$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний вплив емоцій, тим більше представлена булімія. Булімія може бути способом регулювання негативних емоцій. Особи, які мають виражений негативний вплив емоцій, можуть використовувати булімію як спосіб заспокоєння або відволікання від неприємних емоційних станів. Особи з вираженим негативним впливом емоцій можуть бути більш схильні до переживання інтенсивних емоцій та випробувань, що може сприяти розвитку булімії як способу реагування на ці емоційні впливи.

Існує прямий зв'язок між булімією та Тривалістю емоцій ( $r=0.258$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше тривають емоції, тим більше представлена булімія. Особи, у яких емоції тривають довше, можуть бути більш схильні до розладу харчування, такої як булімія. Використання їжі може стати способом заспокоєння або відведення уваги від триваючих неприємних емоцій. Недостатня здатність контролювати тривалість емоцій може призводити до шукання альтернативних способів регуляції, таких як булімія. Особи можуть використовувати споживання їжі для зменшення тривалості негативних емоційних станів.

Існує прямий зв'язок між булімією та Інтенсивністю емоцій ( $r=0.276$ ;  $p<0,05$ ). Чим більша інтенсивність емоцій, тим більше представлена булімія. Особи з вираженою інтенсивністю емоцій можуть шукати способи, які допоможуть зняти цю емоційну напругу, і булімія може бути одним з таких способів. Нездатність ефективно контролювати інтенсивність емоцій може спонукати особу до споживання їжі як способу заспокоєння або зменшення емоційної напруги.

Існує прямий зв'язок між булімією та Емоційною збудливістю ( $r=0.258$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Емоційна збудливість, тим більше представлена булімія. Особи з вираженою емоційною збудливістю можуть бути менш ефективними в управлінні своїми емоціями, вони можуть шукати способів випробування інтенсивних емоцій. Булімія може слугувати способом реагування на цю емоційну збудливість та випробування шляхом споживання їжі.

Існує прямий зв'язок між булімією та Негативним дитячим досвідом ( $r=0.272$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний дитячий досвід, тим більше представлена булімія. Негативний дитячий досвід, такий як насильство або знущання, може викликати емоційну травму, яка може бути пов'язана з розвитком булімії у дорослому житті. Булімія може бути

способом впоратися з цією травмою або уникненням негативних емоцій, пов'язаних з нею. Травматичне дитинство може впливати на формування негативного відношення до себе, низьку самооцінку та незадоволеність власним тілом, що може сприяти розвитку булімії як шляху досягнення контролю або заспокоєння.

Незадоволеність власним тілом :

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Інтероцептивною некомпетентністю ( $r=0.713$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Інтероцептивна некомпетентність, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Інтероцептивна некомпетентність, тобто нездатність свідомо сприймати та розрізнати фізичні сигнали з власного тіла, може сприяти виникненню незадоволеності власним тілом. Особи з вираженою інтероцептивною некомпетентністю можуть мати складнощі в оцінці свого фізичного стану і форми тіла, що може впливати на негативне сприйняття свого зовнішнього вигляду.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Недовірою в міжособистісних відносинах ( $r=0.654$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Недовіра в міжособистісних відносинах, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Незадовільна самооцінка і негативне ставлення до власного тіла можуть впливати на відношення до інших людей. Особи з вираженою незадоволеністю власним тілом можуть відчувати недовіру або переконаність, що інші люди сприймають їх так само негативно, що може відбитися на їхніх міжособистісних відносинах.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Неефективністю ( $r=0.656$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Неефективність, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Незадоволеність власним тілом може впливати на загальний рівень самооцінки та відчуття власної ефективності. Особи з вираженою



незадоволеністю власним тілом можуть відчувати себе менш компетентними та нездатними досягати своїх цілей, що може сприяти розвитку неефективності.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Прагненням до худоби ( $r=0.612$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражене Прагнення до худоби, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Незадоволеність власним тілом може підштовхувати особу до постійного прагнення досягти ідеальної або стандартної фізичної форми. Особи з вираженою незадоволеністю власним тілом можуть проявляти надмірну увагу до своєї зовнішності, почати дотримувати строгих дієт або займатися надмірним фізичним навантаженням з метою досягнення бажаного зовнішнього вигляду.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Негативним дитячим досвідом ( $r=0.42$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний дитячий досвід, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Негативний дитячий досвід, такий як травми, зневага або несприятливі коментарі щодо зовнішності, можуть впливати на формування негативного відношення до власного тіла. Особи з вираженою незадоволеністю власним тілом можуть мати незавершений процес вирішення негативних емоцій із дитинства, що може підтримувати негативне сприйняття свого зовнішнього вигляду.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Аутоагресією ( $r=0.403$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Аутоагресія, тим більше представлена незадоволеність власним тілом. Незадоволеність власним тілом може призводити до виникнення стресу та емоційного напруження, яке може бути виражено через аутоагресивні дії. Особи з вираженою незадоволеністю власним тілом можуть використовувати

аутоагресію, такі як самопошкодження, як спосіб заспокоєння або вираження своїх емоцій.

Існує дуже сильний зв'язок між незадоволенністю власним тілом та Гетероагресією ( $r=0.398$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Гетероагресія, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Гетероагресія, тобто нахили до агресивних дій та конфліктів з іншими людьми, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує сильний зв'язок між незадоволенністю власним тілом та Загальною інтернальністю ( $r=0.186$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Загальна інтернальність, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Загальна інтернальність, тобто утвердження, що події в житті контролюються власними діями та рішеннями, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує сильний зв'язок між незадоволенністю власним тілом та Інтернальністю у виробничих відносинах ( $r=0.189$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Інтернальність у виробничих відносинах, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Інтернальність у виробничих відносинах, тобто переконання, що успіх чи невдачі на роботі залежать від власних зусиль, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує слабкий зв'язок між незадоволенністю власним тілом та Негативним впливом емоцій ( $r=0.322$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний вплив емоцій, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражений Негативний вплив емоцій, тобто вплив негативних емоцій на психічний стан, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує слабкий зв'язок між незадоволеністю власним тілом та Тривалістю емоцій ( $r=0.329$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Тривалість емоцій, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Тривалість емоцій, тобто тривалість перебування в емоційному стані, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує слабкий зв'язок між незадоволенністю власним тілом та Інтенсивністю емоцій ( $r=0.371$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Інтенсивність емоцій, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Інтенсивність емоцій, тобто сила та глибина переживання емоцій, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Існує слабкий взаємозв'язок між незадоволенністю власним тілом та Емоційною збудливістю ( $r=0.329$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Емоційна збудливість, тим більше представлена незадоволенність власним тілом. Чим більше виражена Інтенсивність емоцій, тобто сила та глибина переживання емоцій, тим більше представлена незадоволенність власним тілом.

Зазначені зв'язки характеризують статистичні відношення між незадоволенням власним тілом і іншими факторами, проте важливо розуміти, що кореляція не завжди означає причинно-наслідковий зв'язок.

#### Прагнення до худоби

Існує слабкий зв'язок між прагненням до худоби та Негативним дитячим досвідом ( $r=0.411$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний дитячий досвід, тим більше представлене прагнення до худоби. Це означає, що чим більше людина мала негативний досвід у дитинстві,

такий як травми, конфлікти або погані стосунки, тим більше вона може проявляти прагнення до худоби.

Існує слабкий зв'язок між прагненням до худоби та Аутоагресією ( $r=0.378$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Аутоагресія, тим більше представлене прагнення до худоби. Люди, які мають нахили до самогубства або шкоди своєму тілу, можуть виявляти більшу схильність до прагнення до худоби як способу заспокоєння, відволікання від внутрішньої болі і знаходження трохи комфорту.

Описані зв'язки є слабкими і можуть варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей і контекстуальних факторів. Вони базуються на статистичних аналізах, і взаємозв'язки між цими факторами не означають причинно-наслідкових зв'язків.

#### Інтероцептивна некомпетентність

Існує сильний зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Недовірою в міжособистісних відносинах ( $r=0.595$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Недовіра в міжособистісних відносинах, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та недовірою в міжособистісних відносинах може мати кілька можливих причин. Відчуття некомпетентності в сприйнятті внутрішніх фізичних сигналів може призводити до зниження впевненості в себе і своїх способностях. Це може впливати на ставлення до інших людей, підсилюючи почуття недовіри. Наприклад, людина з інтероцептивною некомпетентністю може переконуватися, що не може точно розпізнати свої емоції або потреби, тому вона може схильна до більш обережного підходу до міжособистісних відносин і демонструвати підозрілість або недовіру до інших людей.

Існує сильний зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Неефективністю ( $r=0.539$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Неефективність, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та неефективністю, це може пояснюватися наступним чином. Інтероцептивна некомпетентність може впливати на здатність ефективно сприймати свої фізичні потреби та сигнали, що може відбитися на рішеннях та діях особи. Наприклад, людина з низьким рівнем інтероцептивної компетентності може неадекватно реагувати на свої фізичні потреби, такі як голод або втома, що може призводити до недосягнення мети або неефективної поведінки.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Прагненням до худоби ( $r=0.445$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражене Прагнення до худоби, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та прагненням до худоби, можна припустити, що люди з низьким рівнем інтероцептивної компетентності шукають заспокоєння і сприйняття своїх фізичних потреб через взаємодію з тваринами. Взаємодія з тваринами може надати їм відчуття контролю, релаксації та емоційного зближення.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Негативним дитячим досвідом ( $r=0.254$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний дитячий досвід, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Стосовно зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та негативним дитячим досвідом, можна припустити, що негативний досвід у дитинстві, такий як насильство або знеуваження, може спричинити порушення сприйняття фізичних сигналів і розвиток інтероцептивної некомпетентності. Такі досвіди можуть впливати на формування внутрішньої репрезентації тіла та сприйняття фізичних потреб, що може проявлятися в подальшому у взаємодії з оточуючими людьми.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Аутоагресією ( $r=0.331$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Аутоагресія, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та гетероагресією, можна припустити, що некомпетентність в сприйнятті фізичних сигналів може впливати на розуміння та сприйняття емоцій і потреб інших людей. Це може впливати на взаємодію з оточуючими та проявлятися у формі гетероагресії.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Гетероагресією ( $r=0.33$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Гетероагресія, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та гетероагресією, можна припустити, що некомпетентність в сприйнятті фізичних сигналів може впливати на розуміння та сприйняття емоцій і потреб інших людей. Це може впливати на взаємодію з оточуючими та проявлятися у формі гетероагресії.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Негативним впливом емоцій ( $r=0.233$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражений Негативний вплив емоцій, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Стосовно зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та негативним впливом емоцій, можна припустити, що некомпетентність в сприйнятті фізичних сигналів може спричинити недостатню увагу до своїх емоцій і неефективну реакцію на них. Це може призводити до накопичення негативних емоцій та погіршення загального самопочуття.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Тривалістю емоцій ( $r=0.223$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Тривалість емоцій, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність.

Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та тривалістю, інтенсивністю та емоційною збудливістю, можна припустити, що некомпетентність у сприйнятті фізичних сигналів може призводити до перебільшення або недооцінки власних емоцій. Це може впливати на сприйняття тривалості, інтенсивності та збудливості емоцій і проявлятися відповідним чином у поведінці та емоційному стані людини.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Інтенсивністю емоцій ( $r=0.285$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Інтенсивність емоцій, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та інтенсивністю емоцій може мати декілька можливих причин. По-перше, некомпетентність у сприйнятті фізичних сигналів може впливати на спроможність розрізнити та ідентифікувати різні емоції. Якщо людина має обмежену здатність сприймати свої фізичні стани і відчуття, вона може мати труднощі у розпізнаванні та регулюванні своїх емоцій. По-друге, інтенсивність емоцій може бути пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників і внутрішніх станів. Люди з високою інтенсивністю емоцій можуть відчувати емоційні реакції більш інтенсивно і сильно, що може впливати на їх сприйняття власного тіла і фізичних сигналів. Якщо їх здатність регулювати та розпізнавати свої емоції обмежена, це може сприяти розвитку інтероцептивної некомпетентності.

Існує слабкий зв'язок між інтероцептивною некомпетентністю та Емоційною збудливістю ( $r=0.223$ ;  $p<0,05$ ). Чим більше виражена Емоційна збудливість, тим більше представлена інтероцептивна некомпетентність. Щодо зв'язку між інтероцептивною некомпетентністю та емоційною збудливістю, можна припустити, що некомпетентність у сприйнятті фізичних сигналів може призводити до перебільшеної реакції на емоційні подразники. Люди з високою емоційною збудливістю можуть

мати підвищену чутливість до емоційних стимулів і відчувати їх більш інтенсивно. Однак, якщо їх здатність сприймати і регулювати фізичні стани обмежена, це може призводити до посилення інтенсивності і тривалості емоційних реакцій, що впливає на рівень інтероцептивної некомпетентності. У цілому, некомпетентність у сприйнятті фізичних сигналів може впливати на сприйняття і регулювання емоцій, що може проявлятися у високій інтенсивності та збудливості емоцій. Зв'язок між цими факторами може бути взаємним, де некомпетентність у сприйнятті фізичних сигналів може призводити до посилення емоційної реакції, а висока інтенсивність і збудливість емоцій може ускладнювати сприйняття фізичних сигналів.

Лінійна регресія є одним з фундаментальних і популярних методів статистичного моделювання, який дозволяє встановлювати залежність між змінною відгуку та однією або кількома пояснюючими змінними. Наступним кроком ми провели лінійну регресію Незадоволеності тілом і отримали наступні результати (Таблиця 1.2 «Лінійна регресія НТ»).

У нас є набір кореляційних зв'язків між інтероцептивною некомпетентністю та іншими факторами, такими як недовіра в міжособистісних відносинах, неефективність, прагнення до худоби, негативний дитячий досвід, аутоагресія, гетероагресія, негативний вплив емоцій, тривалість емоцій, інтенсивність емоцій та емоційна збудливість. Кожен зв'язок характеризується коефіцієнтом кореляції ( $r$ ) та рівнем значущості ( $p$ ). Коефіцієнт кореляції ( $r$ ) вказує на силу та напрям зв'язку між двома змінними. Чим ближче значення  $r$  до 1 або -1, тим сильніший зв'язок. Позитивне значення  $r$  вказує на прямий зв'язок, тобто коли одна змінна збільшується, інша також збільшується. Негативне значення  $r$  вказує на зворотний зв'язок, тобто коли одна змінна збільшується, інша зменшується. Рівень значущості ( $p$ ) вказує на статистичну достовірність зв'язку між змінними. Зазвичай, якщо рівень значущості менше за певне



порогове значення (зазвичай  $p < 0,05$ ), то ми вважаємо зв'язок статистично значущим.

У наведених коефіцієнтах моделі для прогнозування незадоволеності тілом (Body Dissatisfaction) можна виявити такі значення:

1. Intercept (Перехоплення): Значення  $-9.2719$  вказує на базовий рівень незадоволеності тілом, коли всі інші змінні в моделі дорівнюють нулю.
2. Аутоагресія: Коефіцієнт  $-0.6543$  вказує на зв'язок між аутоагресією та незадоволеністю тілом. Однак, цей зв'язок не є статистично значущим, оскільки р-значення ( $0.672$ ) перевищує статистично значущий рівень (зазвичай  $0.05$ ).
3. Гетероагресія: Коефіцієнт  $0.5410$  вказує на зв'язок між гетероагресією та незадоволеністю тілом. Але, аналогічно до аутоагресії, цей зв'язок не є статистично значущим ( $p = 0.507$ ).
4. Негативний вплив емоцій: Коефіцієнт  $0.5616$  показує, що негативний вплив емоцій має позитивний зв'язок з незадоволеністю тілом. Цей зв'язок є статистично значущим, оскільки р-значення ( $0.008$ ) менше статистично значущого рівня.
5. Негативний дитячий досвід: Коефіцієнт  $0.2597$  показує, що наявність негативного дитячого досвіду має позитивний зв'язок з незадоволеністю тілом. Цей зв'язок є статистично значущим ( $p = 0.001$ ).
6. Загальна інтернальність: Коефіцієнт  $0.0987$  показує, що загальна інтернальність (здатність сприймати контроль над власним життям) має слабкий позитивний зв'язок з незадоволеністю тілом, але цей зв'язок не є статистично значущим ( $p = 0.217$ ).
7. Інтернальність у виробничих відносинах: Коефіцієнт  $0.0288$  показує, що інтернальність у виробничих відносинах (здатність сприймати контроль над робочим оточенням) майже не впливає на незадоволеність тілом, оскільки цей зв'язок не є статистично значущим ( $p = 0.804$ ).

Отже, результати моделі показують, що негативний вплив емоцій та наявність негативного дитячого досвіду можуть бути значимими факторами, пов'язаними з незадоволеністю тілом. Однак, аутоагресія, гетероагресія, загальна інтернальність та інтернальність у виробничих відносинах не мають статистично значущого впливу на незадоволеність тілом, за умов даної моделі та доступних даних

Більшість зв'язків між інтероцептивною некомпетентністю та іншими факторами виявлені як слабкі, що вказує на менш сильний статистичний зв'язок між цими змінними. Проте, слабкий зв'язок все ще може мати практичне значення та інтерпретацію, особливо коли розглядаються багато факторів одночасно.

Згідно з отриманими даними, можна зробити такі припущення про можливі причини таких кореляцій:

1. Недовіра в міжособистісних відносинах: Інтероцептивна некомпетентність може сприяти розвитку недовіри в міжособистісних відносинах. Наприклад, недостатня свідомість та розуміння власних фізичних та емоційних станів може призводити до незрозуміння та неправильного сприйняття інших людей, що може викликати недовіру.
2. Неefективність: Інтероцептивна некомпетентність може бути пов'язана з неефективністю в різних аспектах життя. Наприклад, обмежена здатність відчувати та інтерпретувати свої фізичні сигнали може утруднювати прийняття рішень, розв'язання проблем та досягнення мети.
3. Прагнення до худоби: Виразне прагнення до худоби може бути пов'язане з інтероцептивною некомпетентністю. Наприклад, недостатнє відчуття голоду або ситості може спричиняти нездорові прагнення контролювати їжу та вагу.

4. Негативний дитячий досвід: Інтероцептивна некомпетентність може бути наслідком негативного дитячого досвіду, такого як травми або стрес. Ці негативні досвіди можуть впливати на розвиток інтероцептивної некомпетентності та сприяти незадоволенню власним тілом у дорослому віці.
5. Емоційна збудливість та інтенсивність емоцій: Висока емоційна збудливість та інтенсивність емоцій можуть бути пов'язані з інтероцептивною некомпетентністю. Наприклад, знижена здатність розпізнавати та регулювати свої емоції може впливати на сприйняття власного тіла та призводити до незадоволення власним тілом.

Важливо зауважити, що це лише припущення, і існує потреба в додаткових дослідженнях для підтвердження цих зв'язків. Дані кореляції надають вихідну точку для подальшого дослідження і розуміння взаємозв'язків між цими факторами.

Показники відповідності моделі

Модель	R	R <sup>2</sup>	Скорректированный R <sup>2</sup>
1	0.579	0.336	0.304

>

Коефіцієнти моделі - Незадоволеність тілом

Predictor	Оцінити	SE	t	p
Intercept	-9.2719	3.7584	-2.467	0.015
Аутоагресія	-0.6543	1.5395	-0.425	0.672
Гетероагресія	0.5410	0.8125	0.666	0.507
Негативний вплив емоцій	0.5616	0.2100	2.675	0.008
Негативний дитячий досвід	0.2597	0.0782	3.322	0.001
Загальна інтернальність	0.0987	0.0796	1.240	0.217
Інтернальність у виробничих відносинах	0.0288	0.1159	0.248	0.804

Таблиця 1.2 «Лінійна регресія НТ»

Ми також застосували лінійну регресію для Інтероцептивної некомпетентності (Таблиця 1.3 «Лінійна регресія ІН»). Дана модель лінійної регресії досліджує зв'язок між Інтероцептивною

некомпетентністю і двома передикторами: Інтенсивністю емоцій та Тривалістю емоцій. Результати аналізу показують наявність статистично значущого впливу обох факторів на Інтероцептивну некомпетентність зі значеннями  $p$  менше 0.05.

Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.497	0.247

Model Coefficients - Інтероцептивна некомпетентність

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	3.038	0.644	4.717	< .001
Аутоагресія	0.539	1.290	0.418	0.677
Гетероагресія	-0.125	0.683	-0.183	0.855
Негативний вплив емоцій	0.609	0.615	0.990	0.324
Тривалість емоцій	-2.623	0.845	-3.106	0.002
Інтенсивність емоцій	2.292	0.603	3.800	< .001
Емоційна збудливість	NaN	NaN	NaN	NaN

*Примечание.* Linear model contains aliased coefficients (singular fit)

Таблиця 1.3 «Лінійна регресія ІН»

Передиктор "Інтенсивність емоцій" має оцінку коефіцієнта 2.292 зі стандартною помилкою (SE) 0.603. Значення  $t$ -статистики дорівнює 3.800, що є статистично значущим. Значення  $p$  менше 0.001, що підтверджує статистичну значимість впливу. Це означає, що збільшення Інтенсивності емоцій пов'язане зі зростанням Інтероцептивної некомпетентності. Надмірне переживання інтенсивних емоцій може призводити до зниження вміння свідомо сприймати та розпізнавати внутрішні фізичні стани.

Також, передиктор "Тривалість емоцій" має оцінку коефіцієнта  $-2.623$  зі стандартною помилкою  $0.845$ . Значення  $t$ -статистики дорівнює  $-3.106$ , що є статистично значущим. Значення  $p$  рівне  $0.002$ , підтверджуючи статистичну значимість впливу. Це означає, що збільшення тривалості емоцій пов'язане зі зниженням Інтероцептивної некомпетентності. Надмірне тривале переживання емоцій може призводити до складнощів у свідомому сприйнятті та розпізнаванні фізичних відчуттів. Необхідно зазначити, що модель містить також інші передиктори, такі як Аутоагресія, Гетероагресія та Негативний вплив емоцій, але їх коефіцієнти не є статистично значущими згідно з аналізом. Тому, на підставі наданих даних, їх вплив на Інтероцептивну некомпетентність не може бути визначений. В цілому, результати моделі підтверджують, що інтенсивність і тривалість емоцій є важливими факторами, які впливають на рівень Інтероцептивної некомпетентності. Отже, краще розуміння цих зв'язків може сприяти розвитку стратегій для покращення вміння свідомо сприймати інтероцептивні сигнали та покращення загального самопочуття.

Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.563	0.317

Model Coefficients - Прагнення до худоби

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	0.2319	0.5275	0.4396	0.661
Негативний дитячий досвід	0.1769	0.0502	3.5243	< .001
Аутоагресія	-0.0965	0.9860	-0.0979	0.922
Гетероагресія	0.1838	0.5209	0.3529	0.725
Негативний вплив емоцій	0.3061	0.4694	0.6520	0.516
Тривалість емоцій	-1.1354	0.6454	-1.7592	0.081
Інтенсивність емоцій	0.9706	0.4676	2.0758	0.040
Емоційна збудливість	NaN	NaN	NaN	NaN

Таблиця 1.4 «Лінійна регресія ПХ»

Результати моделі лінійної регресії показують вплив різних факторів на прагнення до худоби у дорослому віці. Оцінки коефіцієнтів та статистичні показники кожного передиктора надають інформацію про силу та статистичну значимість їх впливу.

Intercept (Перехоплення): Має оцінку коефіцієнта 0.2319 зі стандартною помилкою (SE) 0.5275. Значення t-статистики дорівнює 0.4396, що не є статистично значущим ( $p = 0.661$ ). Це означає, що при відсутності інших передикторів, очікуване значення Прагнення до худоби дорівнює 0.2319.

Негативний дитячий досвід: Має оцінку коефіцієнта 0.1769 зі стандартною помилкою 0.0502. Значення t-статистики дорівнює 3.5243, що є статистично значущим ( $p < 0.001$ ). Це означає, що існує статистично значущий вплив Негативного дитячого досвіду на Прагнення до худоби у дорослому віці. Збільшення Негативного дитячого досвіду пов'язане зі зростанням Прагнення до худоби.

Аутоагресія, Гетероагресія, Негативний вплив емоцій, Тривалість емоцій, Інтенсивність емоцій та Емоційна збудливість: Коефіцієнти цих передикторів не є статистично значущими згідно зі значеннями  $p$ , що перевищують прийнятну межу значущості (зазвичай  $p > 0.05$ ). Це означає, що в даній моделі немає достатньої доказової бази для виявлення впливу цих факторів на Прагнення до худоби.

Таким чином, результати моделі підтверджують, що Негативний дитячий досвід має статистично значущий вплив на Прагнення до худоби у дорослому віці. Інші розглянуті фактори не мають статистично значущого впливу в даній моделі.

### **3.2 Апробація робочого зошиту для жінок з розладами харчової поведінки**

В сучасному світі досі ігнорується питання розладів харчової поведінки. Проблема поширеності розладів харчової поведінки залишається невідомою або ж навіть невидимою для суспільства, що ускладнює людям з розладами харчової поведінки знайти порозуміння, а тим паче, підтримку серед оточення. Сьогодні на просторах вітчизняної психології не існує робочих зошитів для роботи з розладами харчової поведінки в українському перекладі. Цей факт зумовлює вибір даного завдання для магістерської роботи.

Численні дослідження свідчать про високий рівень смертність унаслідок нервової анорексії та інших розладів харчової поведінки, хоча подібні проблеми не є поширеними серед населення. Тому медичним працівникам, психологам та психотерапевтам надзвичайно важливо розробляти ефективні програми лікування. Робочий зошит був створений як частина лікувальної програми для молодих людей з розладами харчової поведінки. Головною його метою є допомога людям краще розуміти свій власний досвід. Зошит, можуть використовувати як спеціалісти, так і ті, хто до них звертається по допомогу. Зошит включає завдання, що спонукають до рефлексії, роздумів, малювання, сприяючи взаємодії з труднощами як з першим кроком до їх подолання. Ми прагнемо, щоб ця книга стала цінним інструментом для розуміння, самовиявлення та прогресу на шляху до одужання від розладів харчової поведінки серед українських жінок.

Авторами робочого зошиту є Елісон Ейворс та Софі Несбітт. Елісон Ейворс отримала кваліфікацію клінічного психолога в 1999 році. Під час навчання вона зацікавилася розладами харчової поведінки та отримала докторський ступінь у цій галузі. Вона провела якісне дослідження, яке досліджувало причини відмови від медичних послуг для лікування нервової анорексії. Це дало їй можливість опитати жінок про значення їхніх харчових труднощів і дало їй безцінне уявлення про дуже функціональну роль, яку може відігравати анорексія в житті людей, і про

величезну боротьбу, з якою вони стикаються, щоб подолати цей розлад. Софі Несбітт особливо зацікавилася роботою з молодими людьми з розладами харчової поведінки, працюючи стажером клінічного психолога. Її докторське дослідження досліджувало роль фізичних вправ як фактора ризику у розвитку та підтримці розладів харчової поведінки. Вона також мала змогу клінічно працювати з молодими людьми з розладами харчування в стаціонарному відділенні. Значна частина цієї роботи включала роботу та ефективне спілкування з молодими людьми, і вона особливо зацікавилася розробкою психологічно-освітньої інформації для цієї групи клієнтів.

Робочий зошит «Голод до усвідомлення» (переклад з англ. *Hunger for Understanding*) – це унікальний робочий зошит, спеціально розроблений для людей, що мають розлади харчової поведінки. Цей зошит пропонує інноваційний підхід до навчання, який поєднує практичні завдання і надає підтримку, спрямовану на покращення відношення до їжі, самооцінки та самоприйняття. Унікальні завдання та вправи, розроблені для зошиту "*Hunger for Understanding*", допоможуть людям з розладами харчової поведінки розширити свої знання про харчування, відновити здорові зв'язки з їжею та покращити своє фізичне і емоційне благополуччя.

Зошит пропонує не лише конкретні завдання, але і практичні поради, стратегії та інструменти для розв'язання проблем, пов'язаних з харчуванням. Він допомагає розуміти фактори, що впливають на розлади харчової поведінки, розвивати здоровий спосіб мислення про їжу та встановлювати позитивні зв'язки з тілом. Цей зошит надає безпосередню підтримку та наставництво, щоб допомогти людям з розладами харчової поведінки розробити нові стратегії, змінити шкідливі звички та збудувати позитивні стосунки з їжею. Він сприяє самопізнанню, підтримці психологічного благополуччя та розвитку навичок саморегуляції.



"Голод до Розуміння" надає можливість самостійного навчання та розуміння свого стану, а також сприяє залученню до спільноти людей з подібними досвідами. Він створений з метою надати індивідуальний підхід до кожного користувача і підтримувати їх у процесі одужання та змін.

Переклад зошиту відбувався поетапно розділ за розділом, за допомогою усіх доступних перевірених джерел, щоб якісно адаптувати його для роботи з людьми, що страждають на розлади харчової поведінки. Першим етапом було дослідження інтернет ресурсів щодо ефективності робочого зошиту. Другим етапом став аналіз зошиту та розподіл розділів для перекладу. Третім етапом здійснювався безпосередньо переклад зошиту з урахуванням особливостей українського населення. Четвертий етап полягав у перевірці кожного розділу на правильність та якість перекладу. П'ятим етапом стало формування зошиту у документі Word з додатком ілюстрацій. Шостий етап апробації зошиту містив загальну перевірку отриманого зошиту та порівняння з оригіналом. Робочий зошит містить 11 розділів.

Розділ "Що таке нервова анорексія?" розглядає основні аспекти цього розладу харчової поведінки, включаючи його походження, ознаки та причини розвитку. Автори зошиту прагнуть дати читачам глибше розуміння цього захворювання та спонукати їх до відокремлення анорексії від своєї особистості. Розділ розпочинається з історичного огляду походження нервової анорексії, надаючи читачам контекст та визначення цього розладу. Після цього детально описуються характеристики анорексії, такі як нездорове бажання схуднути, спотворене сприйняття власного тіла та обмеження у харчуванні. Важливий аспект, що розглядається, - це фізичні та психологічні наслідки, які можуть виникнути внаслідок анорексії.

Окрім того, розділ звертає увагу на причини розвитку анорексії. Автори розглядають фактори, які можуть сприяти появі цього розладу, такі як психологічний стрес, низька самооцінка, медійний тиск і суспільні стандарти краси. Це допомагає читачам розуміти комплексність та багатогранність цього захворювання.

У заключній частині розділу розташовані вправи, спрямовані на ідентифікацію анорексії в свідомості людини. Ці вправи мають на меті допомогти читачам відокремити анорексію як окрему сутність від їх особистості. Вони включають завдання, такі як надання імені анорексії, порівняння власного досвіду з досвідом інших та малюнок образу анорексії. Ці завдання дозволяють пацієнтам переглянути анорексію з боку і відокремити її від своєї особистості. В цілому, перший розділ зошиту поглиблює розуміння нервової анорексії, надаючи читачам історичну та контекстуальну інформацію, ознаки та причини розвитку цього розладу. Вправи в кінці розділу сприяють відокремленню анорексії від особистості, що сприяє глибшому саморозумінню і може бути корисним для подальшої роботи з пацієнтами, що мають цей розлад харчової поведінки.

Розділ "Що спричиняє анорексію?" зосереджується на детальнішому розгляді причин появи та розвитку анорексії, а також на її впливі на різні аспекти життя особистості, включаючи дозвілля та оточення. Автори зошиту намагаються розкрити різні фактори, які можуть сприяти розвитку анорексії, та її вплив на загальний життєвий досвід людини. У розділі розглядаються причини, які можуть стати фундаментом для розвитку анорексії. Автори глибоко аналізують фізичні, психологічні та соціокультурні фактори, такі як низька самооцінка, психологічні стресори, суспільні стандарти краси, роль медіа та соціальні очікування. Це допомагає читачам краще розуміти складність цього розладу та його взаємозв'язок з різними аспектами життя.

Крім того, у розділі пропонуються вправи, спрямовані на більше усвідомлення впливу оточуючих людей на самосприйняття особистості в позитивному та негативному плані. Ці вправи допомагають читачам розглянути вплив різних соціальних взаємодій на їхнє самовизначення та сприяють свідомому формуванню здорового самоусвідомлення. Додатково, у розділі запропонована вправа під назвою "Твій шлях", яка стимулює читача намалювати хронологічну шкалу власного життя з урахуванням усіх подій, які вплинули на розвиток особистості. Ця вправа сприяє глибшому розумінню історії та контексту власного життя, що може бути корисним для виявлення зв'язків між подіями та розвитком анорексії.

У третьому розділі зошити "Як впливає дієта?" розглядається докладна інформація про вплив дієт на самопочуття і здоров'я, а також про роботу організму людини. Автори зосереджуються на цікавих дослідженнях, що стосуються впливу дієт і голодування, а також їхніх наслідків. У розділі пропонуються вправи, спрямовані на осмислення власного харчування та порівняння анорексичного раціону з здоровим. Ці вправи надають можливість читачам аналізувати свої харчові звички та розуміти різницю між здоровою дієтою і тим, що характерно для людей з анорексією. Вони спонукають до самопізнання і усвідомлення важливості збалансованого харчування для добробуту та фізичного здоров'я.

Додатково, пропонується вправа розподілу їжі на "хорошу" і "погану". Ця вправа спрямована на розуміння ставлення до їжі та викликаного ними емоційного впливу. Читачі запрошуються аналізувати свої відносини до харчування та сприймання різних продуктів як "добрих" або "поганих". Це допомагає розкрити вплив емоційного ставлення до їжі на харчові звички та самопочуття. Третій розділ робочого зошити надає читачам глибшу інформацію про вплив дієт на організм та пропонує вправи, які сприяють свідомому аналізу та усвідомленню власного харчування.

Четвертий розділ робочого зошиту «Як анорексія впливає на тебе», розглядає вплив анорексії на мислення, сприйняття, самопочуття, діяльність, організм та оточення особистості. У цьому розділі пропонуються вправи, які допомагають читачам глибше зрозуміти цей вплив. Перша вправа полягає у малюнки образу тіла особистості під впливом анорексії. Це завдання дозволяє читачам візуалізувати, як вони сприймають своє тіло під час хвороби, з фокусом на спотворення образу тіла. Друге завдання ставить за мету намалювати свій образ тіла очима оточуючих людей. Це сприяє усвідомленню різниці між тим, як сама особистість бачить своє тіло, і як його сприймають інші люди, що допомагає розкрити вплив соціального сприйняття на самооцінку. Третя вправа спрямована на порівняння обох малюнків. Читачі запрошуються проаналізувати різницю між тим, як вони сприймають своє тіло, як його бачать інші люди, і як це впливає на їхню самооцінку та почуття про себе.

Нарешті, остання вправа спрямована на усвідомлення реальних втрат, які супроводжують розлад харчової поведінки. Читачі запрошуються роздумати про те, як анорексія впливає на їхні стосунки, дозвілля, інтереси та інші аспекти життя. Це допомагає розкрити більш глибоке розуміння втрат, які можуть виникнути в результаті боротьби з анорексією.

У п'ятому розділі робочого зошиту «Що підтримує анорексію» детально розглядаються ключові фактори, які підтримують існування анорексії в житті людини. Цей розділ ставить за мету розуміння та аналіз чинників, що сприяють триванню анорексії і впливають на різні аспекти життя особистості. Перша вправа цього розділу полягає в написанні власних факторів, які сприяють підтримці анорексії в житті. Це можуть бути різні чинники, такі як низька самооцінка, перфекціонізм, негативний вплив оточуючих, соціальний тиск, страх змін та інші. Ця вправа спонукає читачів зосередитися на своїх особистих думках, почуттях та

поведінці, що підтримують анорексію, та допомагає усвідомити ці фактори. Друга вправа спрямована на усвідомлення довіри і близькості з оточуючими людьми в реальному та ідеальному світі. Читачам пропонується роздумати про свої взаємини з різними людьми в їхньому житті і проявляти відкритість та співпрацю в комунікації. Ця вправа сприяє розумінню важливості підтримки та позитивного впливу близьких людей на процес одужання від анорексії.

Остання вправа розділу спонукає читачів проаналізувати вплив анорексії на близькість з іншими людьми. Читачам пропонується розглянути, як розлад харчової поведінки впливає на їхні стосунки, дозвілля, інтереси та інші аспекти їхнього життя. Ця вправа допомагає усвідомити реальні втрати, які виникають внаслідок анорексії, і сприяє розвитку мотивації для змін та покращень у взаєминах з оточуючими.

У шостому розділі робочого зошиту «Хитрощі анорексії» розглядаються хитрощі та маніпуляції, які характеризують анорексію як "друга" і способи, якими вона впливає на життя людини. Цей розділ спрямований на усвідомлення того, як анорексія контролює та маніпулює життям особистості. Вправи, запропоновані у цьому розділі, сприяють розумінню ролі анорексії і її впливу на мислення та почуття. Перша вправа полягає в пошуку та виокремленні хитрощів та маніпуляцій, які використовує анорексія. Читачам пропонується аналізувати свої думки, переконання та поведінку, які підтримують цей розлад харчування. Ця вправа сприяє розумінню того, як анорексія використовує різні стратегії, щоб утримувати людину у своєму впливі. Друга вправа спрямована на розгляд анорексії як найкращого друга і на усвідомлення того, якими способами вона переконує особистість у цьому. Читачам пропонується роздумати про те, як анорексія може використовувати хитрощі, щоб зберігати свою присутність у житті і переконувати людину, що вона є невід'ємною частиною їхньої ідентичності. Наступна вправа спонукає

розглянути анорексію як кривдника. Читачів запрошують зосередитися на впливі, який анорексія має на їхнє самопочуття, самооцінку та взаємини з оточуючими. Ця вправа сприяє розумінню того, як анорексія може викликати страждання та обмежувати особистості в різних аспектах їхнього життя.

Остання вправа цього розділу спонукає читачів роздумати про перспективи майбутнього - як з анорексією, так і без неї. Вона сприяє задуму про можливості змін, розвитку і одужання, а також про важливість вибору здорового шляху життя.

Розділ допомагає особистості усвідомити маніпулятивну природу анорексії і її вплив на різні аспекти життя. Виконання вправ допомагає створити свідомість про ці механізми, що допомагає читачам краще зрозуміти анорексію як розлад і протистояти його впливу.

Сьомий розділ робочого зошиту «Роздуми про зміни» містить коментарі інших молодих людей з анорексією, а також інформацію про етапи звільнення від розладу. Він спрямований на роздуми про процес змін і подолання анорексії. У цьому розділі наведені етапи підготовки до змін та цикли одужання. Кожна вправа сприяє усвідомленню і активному розгляду різних аспектів анорексії та пошуку шляхів до одужання.

Перша вправа полягає у складанні списку переваг і корисних аспектів, пов'язаних з анорексією. Читачі запрошують зосередитися на позитивних аспектах, які вони можуть бачити або відчувати у зв'язку з розладом. Ця вправа допомагає зрозуміти, які переваги асоціюються з анорексією, а також визначити, що можна замінити цими перевагами під час процесу одужання. Наступна вправа спрямована на роздуми про те, як анорексія заважає і ускладнює життя. Читачам пропонується проаналізувати негативні наслідки, які супроводжують розлад харчування, і як він впливає на різні сфери життя, такі як фізичне здоров'я, стосунки, самопочуття та задоволення. Третя вправа полягає в написанні

прощального листа анорексії. Читачам пропонується висловити свої почуття, думки та негативний вплив, який анорексія має на їхнє життя. Ця вправа допомагає знайти силу прощення і звільнення від анорексії. Вправа на оцінку змін у житті людини. Читачам пропонується переглянути свій шлях і побачити, які зміни вже відбулися в їхньому житті під час боротьби з анорексією. Вони зобов'язані відзначити досягнення, маленькі кроки і прогрес, які зробили на шляху до одужання. Наступна вправа спонукає читача усвідомити причини для змін і подальшого подолання анорексії, склавши список. Читачам пропонується проаналізувати, що їх надихає і мотивує для прогресу і змін у своєму житті. Ця вправа сприяє усвідомленню внутрішніх мотивів та цілей, які допомагають зробити кроки до одужання. Вправа на оцінку рівня впевненості у подоланні анорексії. Читачам пропонується оцінити свій рівень впевненості в своїй здатності подолати анорексію. Вони можуть обрати рівень впевненості від 1 до 10 і обговорити причини, які допомагають або заважають їм відчувати себе впевнено. Остання вправа розділу спонукає читача подумати про можливі перешкоди, які можуть виникнути під час процесу одужання, і спланувати способи їх подолання. Читачам пропонується зробити список можливих перешкод і розглянути стратегії, які можуть допомогти їм подолати ці перешкоди і продовжити свій шлях до одужання.

Розділ допомагає читачам усвідомити і оцінити свій стан, знайти мотивацію для змін і розвитку, а також спланувати способи подолання можливих перешкод. Це важливий етап в процесі одужання, який сприяє рефлексії, розумінню і підготовці до майбутніх змін у житті.

Восьмий розділ, під назвою "Покращення", містить рекомендації і вправи, спрямовані на підтримку подолання анорексії і покращення якості життя. Основна мета цього розділу - надати читачам інструменти і

стратегії, які допоможуть їм зробити позитивні зміни у своєму житті. Ось деякі з вправ, які містяться в цьому розділі.

Перша вправа полягає у написанні актуальних правил життя. Читачам пропонується створити список принципів і цінностей, які є важливими для них і які допоможуть у подоланні анорексії. Це можуть бути правила, пов'язані з харчуванням, само-підтримкою, міжособистісними відносинами тощо. Вправа розподілу правил на корисні і шкідливі. Читачам потрібно проаналізувати свій список правил і визначити, які з них сприяють покращенню здоров'я і благополуччя, а які можуть бути шкідливими або підтримувати анорексію. Третя вправа спонукає читача до аналізу власного оточення. Читачам пропонується розглянути своє оточення, включаючи людей, медіа, соціальні мережі і т.д. Вони повинні визначити, як це оточення впливає на їх почуття себе, самооцінку і ставлення до їжі, а також розглянути можливість змінити оточення на більш підтримуюче і сприятливе. В наступній вправі пропонується описати вільний від анорексії час. Читачам потрібно уявити себе після подолання анорексії і описати, як вони бачать своє життя без розладу харчової поведінки. Вони можуть зосередитися на своїх цілях, мріях, відносинах, самопочутті і розвитку. Вправа на роботу з відслідковуванням думок. Читачам пропонується практикувати свідоме спостереження за своїми думками і відслідковувати негативні або деструктивні міркування, пов'язані з їжею, вагою, зовнішнім виглядом і т.д. Вони можуть навчитися замінювати ці думки на позитивні, об'єктивні і підтримуючі. Вправа передбачає поставити читача на місце свого найкращого друга. Читачам пропонується уявити, що їх найкращий друг переживає анорексію і замислитися, які поради і підтримку вони надали б йому. Потім вони можуть застосувати ці поради до себе. В наступному завданні читачеві пропонується подумати над словами підтримки для близької людини, яка також має розлади харчової поведінки. Це може бути лист або повідомлення, в якому читач висловлює свою підтримку,



розуміння і надію на одужання. Вправа скласти список речей, які стануть доступні після одужання. Читачам потрібно уявити, які нові можливості, відкриття і задоволення вони отримають після того, як зможуть подолати анорексію. Вправа подумати і записати способи піклування про себе. Читачам пропонується зосередитися на самообслуговуванні, фізичному здоров'ї, психологічному благополуччі, відпочинку і задоволенні. Вони можуть скласти список дій, які допоможуть їм дбати про своє фізичне і емоційне самопочуття. Ознайомлення з технікою трикутника дихання. Читачам розповідається про техніку глибокого і свідомого дихання, яка може сприяти зниженню стресу, релаксації і покращенню самопочуття.

Останнє завдання в розділі пропонує читачеві розглянути звільнення від анорексії як на подорож. Вони можуть продумати та намалювати речі, які вони хотіли б взяти з собою на цю подорож, наприклад, ресурси, підтримку, навички, мрії і цілі. Ці вправи та рекомендації восьмого розділу спрямовані на надання читачам інструментів, які допоможуть їм зробити позитивні зміни у своєму житті та покращити своє самопочуття.

Розділ "Робота в команді" має на меті надати додаткову інформацію щодо повернення до нормального діапазону ваги під час процесу одужання від анорексії, а також підкреслити важливість командної роботи та залучення сім'ї до цього процесу. Один з вправ, яка може бути включена у цей розділ, є наступна. Вправа на визначення допомоги, яку надає кожна людина, зайнята у процесі одужання особистості. Просить читача створити список людей, які грають важливу роль у підтримці і одужанні від анорексії. Попросити зазначити, яким чином кожна з цих осіб може допомогти: чи це підтримка і слухання, спільні активності, позитивні слова, розуміння чи будь-яка інша форма підтримки. Запропонувати роздумати про значущість цієї допомоги і як вона може вплинути на процес одужання та покращання самопочуття.

Ця вправа сприяє усвідомленню ролі та значення людей, які оточують особу у процесі одужання. Допомога і підтримка оточуючих можуть грати важливу роль у подоланні анорексії та поверненні до нормального діапазону ваги.

Особливості десятого розділу "Стати впевненіше у собі" полягають у наданні корисної інформації про асертивність та розвиток впевненості у собі. Розділ також пропонує розглянути різні способи комунікації з людьми та ознайомитись з власними правами. Вправи, які можна зустріти у цьому розділі, спрямовані на закріплення асертивного способу спілкування та підвищення рівня впевненості у собі.

Перша вправа на ознайомлення з власними правами пропонує читачеві усвідомити свої основні права як індивіда. Також, вправа спрямована підштовхнути читача скласти список прав, які можуть включати право на повагу, право на власну думку, право на особистий простір та інші. Вправа спонукає підкреслити важливість визнання та захисту цих прав у взаєминах з іншими людьми. Вправа «Написання кишенькових прав» пропонує створити маленький список основних прав, які можна мати при собі. Ці правила можуть бути короткими реченнями або ключовими словами, які нагадують про важливі аспекти особистої гідності та самооцінки. Вправа на асертивність пропонує читачеві відповідати на різні ситуації, де потрібно показати асертивність. Вона підказує стратегії асертивної комунікації, такі як вміння висловлювати свої потреби, відмовлятися від неприйнятних пропозицій, виражати свою думку без агресії або пасивності.

Ці вправи допомагають читачам розвинути навички асертивного спілкування, визначити свої права та підвищити рівень впевненості у собі. Розділ надає інструменти, які можуть бути корисними в процесі одужання та покращення самопочуття.

Одинадцятий і заключний розділ робочого зошиту "Міфи та запитання про нервову анорексію" має на меті остаточно розвіяти поширені міфи про нервову анорексію та надати відповіді на деякі запитання, що можуть виникати у читачів. Цей розділ надає можливість завершити процес роботи з робочим зошитом, а також стимулює читачів продовжити дослідження та знаходити відповіді на їхні запитання.

Єдина вправа у цьому розділі полягає у записуванні запитань, на які читачі ще не отримали відповіді, і спробі зайнятися пошуком відповідей разом з кимось, кому можна довіряти. Це може бути професійний терапевт, лікар або довірена особа, яка може надати підтримку та допомогти у знаходженні довідкової інформації. Ця вправа стимулює читачів активно займатися власним освітнім процесом і підвищує самосвідомість щодо нервової анорексії. Вона сприяє розширенню знань, усуненню невизначеності і сприяє збагаченню особистого розуміння теми.

Отже, робочий зошит надає цінну інформацію та практичні вправи, спрямовані на боротьбу з анорексією і досягнення одужання. Кожен розділ розглядає різні аспекти анорексії, від міфів та стереотипів до важливості командної роботи та впевненості у собі. Зошит допомагає виявити фактори, що сприяють анорексії, розглянути роль самооцінки та вплив розладу на близькість з іншими людьми. Він також пропонує практичні завдання для усвідомлення хитрощів анорексії, оцінки змін у житті та роботи над покращенням самопочуття. Робочий зошит акцентує увагу на важливості асертивної комунікації, визначенні власних прав і пошуку підтримки від довірених осіб. Він також надає інформацію про процес одужання, роботу над зміною міфів та запитань, що пов'язані з анорексією.

Загальною метою робочого зошиту є сприяння одужанню, надання підтримки та пошук відповідей на запитання. Зошит є цінним ресурсом

для тих, хто бореться з анорексією, і сприяє їхньому шляху до здоров'я та благополуччя, стимулюючи самопізнання, зміну усвідомлення та зміну поведінки.

### **Висновки до розділу III**

На основі проведеного дослідження, ми виявили численну кількість взаємозв'язків психологічних чинників жінок схильних до розладів харчової поведінки. Було встановлено сильний зв'язок між булімії та розладами харчової поведінки, зокрема з незадоволеністю власним тілом, інтероцептивною некомпетентністю, недовірою у міжособистісних відносинах, неефективністю, прагненням до худоби, аутоагресією, впливом негативних емоцій, тривалістю та інтенсивністю емоцій, емоційною збудливістю та негативним дитячим досвідом. виявлено сильний зв'язок між незадоволеністю власним тілом та іншими розладами харчової поведінки, зокрема з інтероцептивною некомпетентністю, недовірою у міжособистісних відносинах, неефективністю, прагненням до худоби, негативним дитячим досвідом, аутоагресією, гетероагресією, загальною інтернальністю та інтернальністю у виробничих відносинах.

Результати лінійної регресії підтвердили, що фактор негативного дитячий досвіду значно впливає на бажання людей схуднути в дорослому віці. Це означає, що якщо людина мала негативний досвід у дитинстві, то вона більш схильна до бажання схуднути.

Переклад робочого зошиту проходив поетапно, з використанням доступних перевірених джерел, з метою якісної адаптації його для роботи з людьми, що страждають на розлади харчової поведінки. Процес включав дослідження інтернет-ресурсів щодо ефективності робочого зошиту, аналіз та розподіл розділів для перекладу, безпосередній переклад з урахуванням особливостей українського населення, перевірку правильності та якості перекладу, формування зошиту у документі Word з

ілюстраціями та апробацію зошиту шляхом загальної перевірки та порівняння з оригіналом.

## **ВИСНОВКИ**

На основі проведеного дослідження розладів харчової поведінки у жінок із застосуванням аналізу наукової літератури та емпіричного дослідження було отримано наступні висновки.

Теоретичне дослідження дозволило нам підсумувати, що розлади харчової поведінки це група психічних розладів пов'язаних із харчуванням і зацикленістю на їжі незалежно від почуття голоду. З'ясовано, що порушення харчової поведінки є одним з проявів адиктивної поведінки і можуть мати наслідки що становлять загрозу для життя людини. За результатами теоретичного аналізу, встановлено, що найчастіше від розладів харчової поведінки страждають жінки. Аналіз наукових положень дозволив визначити різні види розладів харчової поведінки, які відрізняються своїми проявами та характеристиками. Найпоширенішими видами розладів харчової поведінки є анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Наприклад, анорексія характеризується критичним обмеженням харчування. Булімія включає періоди переїдань, за якими слідує компенсаторні моделі поведінки, такі як спровоковане блювання. Компульсивне переїдання характеризується повторюваними епізодами надмірного споживання їжі без компенсаторних дій.

Організоване та проведене емпіричне дослідження підтвердило зв'язок між розладами харчової поведінки і психологічними чинниками. Зокрема, виявлено, що незадоволеність власним тілом, інтероцептивна некомпетентність, недовіра у міжособистісних відносинах, неефективність, прагнення до худоби, ауто-агресія, вплив негативних емоцій, тривалість та інтенсивність емоцій, емоційна збудливість та негативний дитячий досвід мають значний вплив на розлади харчової поведінки у жінок.

Результати лінійної регресії підтвердили, що фактор негативного дитячого досвіду значно впливає на бажання людей схуднути в дорослому віці. Це свідчить про те, що особи, які мали негативний досвід у дитинстві, більш схильні до бажання схуднути.

Для досягнення цілей дослідження були використані наступні методики : Тест «Характеристика Емоційності» Е. П. Ільїна, Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) Д. Роттера, Опитувальник ауто- і гетероагресії Є.П. Ільїна, Шкала оцінки харчової поведінки ШОПП, російськомовна адаптація Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А., Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) україномовна адаптація О. І. Власова, Н. В. Родіна, Ю. О. Целікова, Л. К. Ворнікова, Ю. О. Тихоненко.

Робочий зошит для роботи з людьми, які страждають на розлади харчової поведінки, був перекладений поетапно з використанням доступних та перевірених джерел з метою забезпечення якісної адаптації. Цей процес включав кілька етапів, починаючи з дослідження інтернет-ресурсів, які висвітлюють ефективність робочого зошиту.

Результати отримані протягом нашого дослідження вказують на значний вплив психологічних чинників на розлади харчової поведінки у жінок. Виявлено, що булімія, незадоволеність тілом, інтероцептивна некомпетентність та інші фактори можуть взаємодіяти і підсилювати один одного, сприяючи появі та поглибленню цих розладів. Не менш важливою є також роль біологічних та генетичних факторів, соціального середовища, сімейного контексту та культурних впливів у формуванні цих психологічних чинників.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2017. № 3. С. 35–43
2. Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Попов Ю.В., Пичиков А.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. фМРТ состояния покоя и воксель-базированная морфометрия пациентов с нервной анорексией. Лучевая диагностика и терапия. 2019. № 1. С. 26–27.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М.: Прогресс, 1986. 42
4. Визгина, А.В. Гендерные особенности процессов самосознания и самоотношения - А.В. Визгина - «Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: Материалы ХХІХ международной заочной научно-практической конференции. – Новосибирск: изд. «СибАК» – 2013 – С.43-55.
5. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря. Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. — М: Когито-Центр; 2011. — 312 с.
6. Дорожовец, А.Н. Искажение образа физического Я у больных с ожирением и нервной анорексией : автореф. дисс. канд. псих. наук - А.Н. Дорожовец; Государственный университет им. М.В. Ломоносова. – Москва, 1986. – 1
7. Каменецкая, Е. В. Репрезентация телесного Я при нарушении пищевого поведения [Электронный ресурс] - Е.В. Каменецкая, Т.А. Ребеко - Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 118–128. URL:doi:10.17759/exppsy.2015080311
8. Карабина, Ю.С. Эталон физической привлекательности как социокультурный фактор образа телесного Я у женщин - Ю.С. Карабина - Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2010. – Том 16. – С. 144-148.
9. Келина М. Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения - Вестник Московского государственного лингвистического университета (серия «Психологические науки»). 2012. № 7 (640 с.)

10. Келина, М.Ю. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста – Келина М.Ю., Е.В. Маренова, Т.А. Мешкова - М.: МГППУ. Психологическая наука и образование, 2011. – №5. – С. 44-51."
11. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5. С. 46.
12. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия - Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Академический проект. Екатеринбург. Деловая книга. – 2008. – 460 с.
13. Крылова, Н.Н. Самоотношение и саморегуляция студента: феноменология и плоскости пересечения понятий - Н.Н. Крылова - Вестник Пензенского государственного университета. – 2014. – №1(5). – С. 25-29
14. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
15. Лаврова, О.В. Концепция телесности в интегративной психотерапии [Электронный ресурс] - О.В. Лаврова - Журнал практического психолога, 2006. – URL: <http://www.adhoc-coaching.spb.ru>.
16. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. 2000. № 5 (1). С. 160–165.
17. Ляпин В.А. Пищевое поведение студентов вузов разного профиля - В.А. Ляпин, Н.В. Семенова, Э.А. Демчук - Омский научный вестник, №134, 2014.- С. 147-150
18. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. – М.: Эксмо, 2007. – 1040 с.; 1300 с.
19. Матвеев А.А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией. Вестник Московского университета. 2008. № 4. С. 38–53.



20. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии : монография. СПб : Речь, 2007. 129 с.
21. Минирт, Ф. Наркотик под названием еда - Ф.Минирт, П. Майер - М.:Триада. – 2009. – 364 с.
22. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я - 10 перегляду – [Електронний ресурс] - Режим доступу до ресурсу: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4328>
23. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Збірник наукових праць К.-Подільського національного університету ім. І. Огієнка Серія «Проблеми сучасної психології». 2009. № 6 (2).
24. Палмер, Б. Нарушения питания. Все, что нужно знать - Б. Палмер. – М.: МАСТ. – 2006. – 80 с
25. Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. Динамика нарушений interoцепции у пациенток с нервной анорексией в процессе лечения. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 4 (2). С. 68–77.
26. "Ромацкий, В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) - В.В. Ромацкий, И.Р. Семин - Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – №3. – С. 61-69."
27. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — Москва: издательство МГУ, 1989. - С. 156, – С. 41-44.
28. Свааб Дік Ми – це наш мозок - Nemiro Ltd, видання українською мовою, 2016. – 35 - 230с.;
29. Скугаревский, О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения: инструкция по применению - О.А. Скугаревский. – Минск: Изд-во БГМУ. – 2005. – 34 с.
30. Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения: клиникобиологический подход - О.А. Скугаревский - Белорус.мед.журн. – 2002. № 1. – С. 82-87.

31. Фролова, Ю.Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела - Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский - Социология. – 2004, – №2. – С. 61-68
32. Шевченко К. А., Чалов В.Н. Нарушение пищевого поведения в подростковом и юношеском возрасте вследствие деструктивных стилей воспитания - Международный журнал экспериментального образования. - 2015.-№ 11-6.-С. 1000-1004;
33. Bulik, C. M., & Slof-Op 't Landt, M. C. (2009). Genetics of eating disorders. In Encyclopedia of Neuroscience (pp. 1139-1145). Elsevier.
34. Elfhag K, Morey LC. (2008, Aug) Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav*;9(3):285-93. doi: 10.1016
35. Klump, K. L., & Keel, P. K. (2003). Sibling effects in the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 383-391.
36. Singh A.R., Veale D. (2019) Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J. Psychiatry*, Jan. 9, 61(1): 131–135.
37. Stice, E., & Yokum, S. (2014). Neural vulnerability factors that increase risk for future weight gain. *Psychological Bulletin*, 140(3), 677-709.
38. Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7.
39. Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. and Defares, P. B. (1986), The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int. J. Eat. Disord.*, 5: 295-315 c.



