МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

# на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0533-з-1
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Зоц Ганна Сергіївна
Керівник: канд. психол. наук, доцентка
кафедри психології Грандт В.В.
Рецензент: Гредінарова О.М., к.психол.н.,
доцент кафедри психології

Запоріжжя

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціалізація 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри_____
«_____»_____20____року

**З А В Д А Н Н Я**
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТОВІ (СТУДЕНТЦІ)

Зоц Ганна Сергіївна
_____
(прізвище, ім'я, по батькові)

1 Тема роботи (проєкту) Психологічні аспекти виникнення розладів харчової поведінки у жінок

керівник роботи: Грандт В.В.,канд. психол. наук, доцентка кафедри психології.

затверджені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 886-с

2 Термін подання студентом роботи 07.11.2024

3 Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) здійснити теоретичний аналіз проблеми розладу харчової поведінки у жінок; сформулювати практичні рекомендації щодо поліпшення стану жінок, котрі мають булімію як різновиду розладів харчової поведінки.

5 Перелік графічного матеріалу: 10 таблиць, 11 рисунків

6 Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посадаконсультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | завдання видав | завдання прийняв |
| Вступ | Грандт В.В., доцент | | |
| Розділ 1 | Грандт В.В., доцент | | |
| Розділ 2 | Грандт В.В., доцент | | |
| Розділ 3 | Грандт В.В., доцент | | |
| Висновки | Грандт В.В., доцент | | |

7 Дата видачі завдання_____

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Термін виконання етапів роботи | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1. | Збір та систематизація матеріалів | Січень-березень 2024 р. | Виконано |
| 2. | Написання вступу | Березень 2024 р. | Виконано |
| 3. | Написання першого розділу | Квітень-червень 2024 р. | Виконано |
| 4. | Написання другого розділу та третього розділу | Липень-серпень 2024 р. | Виконано |
| 5. | Написання висновків | Вересень 2024 р. | Виконано |
| 6. | Передзахист | Листопад 2024 р. | Виконано |
| 7. | Нормоконтроль | Листопад 2024 р. | Виконано |

Студент _____ Г.С. Зоц

Керівник роботи (проєкту) _____ В.В. Грандт

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

# РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 93 сторінки, 10 таблиць, 11 рисунків, 61 джерело, 19 додатків.

Об’єкт: розлад харчової поведінки, як психологічний феномен.

Предмет: психологічні аспекти виникнення булімії у жінок.

Мета: визначення та вивчення психологічних аспектів виникнення розладів харчової поведінки у жінок.

Гіпотеза дослідження: виникнення булімії у жінок пов'язане з психологічними факторами, такими як стрес, самооцінка та стереотипи щодо зовнішності.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна: дослідження розкриє нові аспекти взаємозв'язку між психологічними факторами та розладами харчової поведінки у жінок, враховуючи сучасні теоретичні підходи та емпіричні дані.

Галузь використання: результати дослідження можуть бути корисними для психологів, психотерапевтів, а також для розробників програм та стратегій попередження та лікування розладів харчової поведінки.

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ, ЖІНКИ, ДОСЛІДЖЕННЯ, МЕТОДИ.

# SUMMARY

Zots H.S. Psychological aspects of the occurrence of eating disorders in women.

Master's qualification work: 93 pages, 10 tables, 11 illustrations, 61 sources, 19 appendix.

The object of the study is the occurrence of eating disorders.

The subject of the study is the psychological aspects of the occurrence of eating disorders in women.

Purpose: to determine and study the psychological aspects of the occurrence of eating disorders in women.

Research hypothesis: the occurrence of eating disorders in women is associated with psychological factors such as stress, self-esteem and stereotypes about appearance.

Research methods: theoretical: theoretical and methodological analysis, classification and systematization of scientific sources, comparison and generalization of research data; empirical: observation, testing.

Scientific novelty: the study will reveal new aspects of the relationship between psychological factors and eating disorders in women, taking into account modern theoretical approaches and empirical data.

Field of use: the results of the study can be useful for psychologists, psychotherapists, as well as for developers of programs and strategies for the prevention and treatment of eating disorders.

The first chapter provides a theoretical analysis of modern scientific approaches to the study of eating disorders (ED) in women. The main causes and types of RCP are outlined, and bulimia as a separate type of RCP is considered. Special attention is paid to the psychological aspects of the formation of eating behavior in women, in particular the influence of stressful situations, low self-esteem and social stereotypes regarding appearance. The chapter also analyzes the conditions under which pathological patterns of eating behavior develop and provides an overview of key research in this area.

The second chapter presents the results of an empirical study of the psychological aspects of the occurrence of eating disorders in women. The methodological justification of the study and the applied diagnostic methods for detecting eating disorders were determined. The psychological characteristics of women suffering from RHP were also investigated in order to identify factors contributing to their occurrence. The section contains data analysis and conclusions regarding the relationship between psychological characteristics and susceptibility to RCP.

The third chapter offers an 8-week group work program to reduce the impact of bulimia on women's lives. An analysis of the results of the influence of the psychocorrection program on the lives of women with bulimia was also carried out.

Key words: eating disorders, psychological aspects, women, research, methods.

**ЗМІСТ**

ВСТУП..... 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ..... 11

1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення розладів харчової поведінки..... 11

1.2. Характеристика причин та основних видів розладів харчової поведінки ... 17

1.3. Булімія, як різновид РХП ..... 23

1.4. Психологічні аспекти вивчення булімії і умов її формування у жінок ..... 26

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ..... 38

2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження..... 38

2.2. Діагностика порушень харчової поведінки у жінок ..... 47

2.3. Аналіз чинників, що впливають на виникнення РХП у жінок..... 56

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ РОБОТИ З ЖІНКАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ БУЛУМІЄЮ..... 66

3.1 Розробка психокорекційної програми для роботи з жінками, що страждають від білімії ..... 66

3.2 Аналіз результатів психокорекційної програми для роботи з жінками, що страждають від білімії ..... 71

ВИСНОВКИ..... 84

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ..... 88

ДОДАТОК……..94

# ВСТУП

Сучасна психологічна наука приділяє значну увагу проблемам гармонійного функціонування особистості, важливою складовою якого є здорове самопочуття та ведення здорового способу життя. Одним із ключових факторів цього є харчування, що має вирішальне значення для підтримання фізичного та психічного здоров'я людини. Важливість правильного харчування важко переоцінити, адже воно є основою довголіття та запорукою повноцінного функціонування організму.

Останніми роками населення України перебуває під значним впливом численних стресових факторів. Спочатку пандемія COVID-19 спричинила економічні та соціальні труднощі, а сьогодні люди зазнають потужного впливу наслідків повномасштабної війни. Ці події викликають глибокий травматичний стрес, який негативно впливає на якість життя. Реакція людей на стрес різниться, проте однією з поширених форм емоційної реакції є порушення харчової поведінки, зокрема переїдання як спосіб зняття напруження.

Сучасний соціум активно нав'язує свої стандарти краси та критерії естетичного сприйняття зовнішності, що часто змушує людей, особливо жінок, прагнути відповідати цим нав'язаним ідеалам. Стереотипи щодо зайвої ваги, яка асоціюється з невдачею, і стрункості, що сприймається як символ успіху та краси, значно впливають на самосприйняття жінок. Це сприяє підвищенню актуальності проблеми харчової поведінки, яка особливо гостро постає у сучасному суспільстві.

Не менш важливою є складність розуміння природи харчової поведінки, її ґенези та ключових складових. Для глибшого розкриття цієї проблеми необхідно застосовувати спеціальні методи, які допоможуть вивчити харчову поведінку як складну міжфункціональну психологічну систему. Недостатня розробленість цієї теми в сучасній психологічній науці та її актуальність обумовили вибір напрямку цього дослідження.

Тема розладів харчової поведінки (РХП) у жінок набуває особливої актуальності в сучасному суспільстві через зростання кількості випадків таких порушень, а також тісний зв’язок з психологічними аспектами, що визначають харчову поведінку. РХП, зокрема булімія та анорексія, стають дедалі поширенішими серед жінок різних вікових груп і соціальних верств. Це явище тісно пов’язане з впливом медіа, стереотипами щодо ідеального тіла, підвищеним рівнем стресу та особистісними особливостями. Дослідження психологічних аспектів РХП допомагає краще зрозуміти причини цих розладів і розробити ефективні методи їх профілактики та лікування, що робить тему дослідження надзвичайно важливою.

Актуальність теми дослідження зумовлена зростаючою кількістю жінок, які страждають на розлади харчової поведінки, і недостатньою увагою до психологічних аспектів, що впливають на формування цих розладів. Глибше розуміння психологічних причин виникнення РХП дає можливість розробляти нові стратегії для їх попередження та ефективного лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що порушеннями харчової поведінки займалися такі науковці, як Л.М. Вольнова, Т.Г. Вознесенська, І.В. Бурлачук, І.В. Корицький, О.Б. Мельничук, Л.В. Кириленко та І.Г. Малкіна-Пих. Вивченням психологічних особливостей розладів харчової поведінки серед жінок займалися Абсалямова Л. М, О.В. Андрієва, Антонова З. О., Ханецька Н. В., Кудла Т. В, О.О. Гаврилов, Н.Ф. Калініна, С.О. Ковальчук, О.Є. Конопкін, О.В. Палій, І.І. Свириденко, А.В. Фролов, В.І. Шебанова та інші дослідники.

Об’єкт: розлад харчової поведінки, як психологічний феномен.

Предмет: психологічні аспекти виникнення булімії у жінок.

Мета: визначення та вивчення психологічних аспектів виникнення булімії у жінок.

Гіпотеза дослідження: виникнення булімії у жінок пов'язане з психологічними факторами, такими як стрес, самооцінка та стереотипи щодо зовнішності.

Завдання:

- обґрунтувати теоретичні засади вивчення розладів харчової поведінки;
- вивчити поняття булімії та охарактеризувати основні психологічні підходи щодо її розуміння;
- провести емпіричне дослідження проявів, причин та наслідків булімії у жінок, як різновиду розладів харчової поведінки;
- розробка психокорекційної програми для жінок страждаючих білімією.

Методи дослідження. теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

У дослідженні розладів харчової поведінки у жінок будуть використані такі методики: Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона; Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою; Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI); Опитувальник дослідження порушень харчової поведінки (Eating Disorder Examination, EDE); SCOFF-опитувальник; Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ); Трьохфазний опитувальник (TFEQ).

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному вивченні психологічних аспектів РХП у жінок та виявленні психологічних чинників, що сприяють їх виникненню, що дозволяє розширити наукове розуміння взаємозв'язку між емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами харчової поведінки.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості використання результатів роботи у діяльності психологів, психотерапевтів і медичних працівників для розробки програм профілактики та корекції РХП, а також у освітніх закладах для підвищення обізнаності про проблему.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечені використанням валідних методик діагностики, коректною обробкою отриманих результатів та їх апробацією на практиці.

Апробація результатів дослідження здійснювалася на наукових конференціях, у публікаціях автора, а також у процесі практичної роботи з жінками, які страждають на РХП.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 141 сторінку, з них 90 сторінок основного тексту, 6 сторінок списку використаних джерел, що налічує 61 найменування.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

## 1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення розладів харчової поведінки

Харчова поведінка – це складна взаємодія людини зі світом, що проявляється у виборі їжі, її споживанні та ставленні до цього процесу. Ця поведінка не обмежується лише фізіологічними потребами, а охоплює широкий спектр психологічних та соціальних аспектів. Як зазначає Л.М. Абсалямова, харчування для людини – це не просто задоволення голоду, а й засіб взаємодії з оточенням [2, 32].

В.Д. Менделевич додає, що харчова поведінка – це не просто звичка їсти, а цілий комплекс переконань, емоцій та дій, пов’язаних з їжею. Це наше ставлення до їжі, як ми харчуємось у повсякденному житті та в стресових ситуаціях, як ми сприймаємо своє тіло та намагаємось його змінити [15, с. 103].

Іншими словами, харчова поведінка – це те, як ми думаємо, відчуваємо і діємо стосовно їжі. Це наша індивідуальна харчова «модель», яка формується під впливом багатьох факторів: біологічних, психологічних, соціальних та культурних.

Люди з позитивним ставленням до їжі використовують її як джерело енергії для життя і росту. Вони відчувають справжній голод і вміють зупинятися, коли наситяться. Для них їжа – це не просто паливо, а й задоволення для смакових рецепторів. Вони розуміють важливість здорового харчування для загального благополуччя і дотримуються принципу: ми те, що ми їмо. Інакше кажучи, їжа слугує життю, а не навпаки [59].

Харчування з перших днів життя формує наш емоційний світ. Для немовляти насичення – це не просто задоволення фізіологічної потреби, а й

відчуття безпеки та любові. Цей ранній досвід залишає глибокий слід на наших подальших стосунках з їжею. Протягом першого року життя, їжа стає не лише засобом виживання, а й інструментом взаємодії з матір'ю. Згодом, харчування тісно переплітається з нашими соціальними взаємодіями та культурними традиціями [14, 10].

Потреба в їжі у людини – це не просто інстинкт, а складний комплекс фізіологічних, психологічних та соціальних потреб. Їжа для нас – це джерело задоволення, засіб зняття стресу, спосіб спілкування, а іноді навіть символ статусу. Наші харчові звички формуються під впливом культури, сім'ї та особистого досвіду. У стресових ситуаціях ми часто звертаємося до їжі, щоб впоратися з негативними емоціями [24, 23].

Розлади харчової поведінки – це серйозні захворювання, які суттєво впливають на фізичне та психічне здоров'я людини. Вони характеризуються порушеннями харчових звичок, що призводять до негативних наслідків для організму. Причини виникнення розладів харчової поведінки різноманітні і включають як біологічні, так і психологічні фактори [23].

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб, розлади харчової поведінки – це серйозні відхилення від нормальної поведінки, пов'язані з прийомом їжі. Ці відхилення не можна пояснити іншими захворюваннями, не відповідають віковим нормам і не є типовими для певної культури [61].

Ще в 17 столітті лікарі описували випадки, коли люди свідомо відмовлялися від їжі, втрачали вагу і спотворювали свою зовнішність. Такі симптоми, які пізніше отримали назву анорексії, були описані ще в 1689 році [50].

Ще в 19 столітті лікарі звернули увагу на такий феномен, як відмова від їжі та різка втрата ваги. В. Галл був одним з перших, хто описав цей стан як "нервову анорексію" і детально розглянув його симптоми [58]. Разом з колегою Ш. Ласегом він також виявив, що у деяких пацієнтів з анорексією спостерігаються періоди обжерливості з подальшим штучним очищенням шлунка. Ці вчені припустили, що анорексія може бути пов'язана з внутрішньосімейними проблемами та соціальним статусом пацієнтів [58].

Історично склалося так, що розлади харчової поведінки спочатку вважалися виключно фізичними захворюваннями. Проте, протягом XX століття погляди на природу цих розладів значно змінилися. Було доведено, що психологічні, соціальні та культурні фактори відіграють важливу роль у їх розвитку. Класичні дослідження Л. Бінсвангера, Г. Рассела і А. Станкарда внесли значний вклад у розуміння анорексії, булімії і інших пов'язаних з ними розладів [6, 40,49].

Булімія як окремий розлад харчової поведінки була детально описана лише близько 50 років тому [4]. З того часу кількість досліджень, присвячених цьому феномену, значно зросла. Вчені все більше усвідомлюють, що булімія – це не просто проблема з їжею, а складний психологічний розлад, який виникає внаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів.

За даними О.О. Скугаревського, булімія може бути способом непрямого вираження емоцій і задоволення психологічних потреб. Люди з таким розладом часто використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїми внутрішніми конфліктами і невдоволенням [23]. Причини виникнення булімії можуть бути різноманітними, включаючи спадковість, особливості виховання і особистісні характеристики.

Сучасні дослідники пропонують різні визначення розладів харчової поведінки (РХП). Професор J. Arcelus розглядає РХП як серйозні психічні розлади, пов'язані з порушеннями харчування, які можуть призвести до небезпечних наслідків для здоров'я [35, 725]. О.В. Орлова також підкреслює, що РХП – це серйозне психічне захворювання, яке негативно впливає як на фізичне, так і на психічне здоров'я [15, 214]. Водночас, Л.М. Абсалямова розрізняє поняття "порушення" і "розлад" харчової поведінки, зазначаючи, що не всі відхилення в харчуванні є захворюваннями [2, 28].

*Таблиця 1.1*

**Основні вектори синергетичного підходу до розладів харчової поведінки (за В.І. Шебановою)**

| Вектор | Опис |
|---|---|
| Соматогенез | Розвиток систем і функцій організму |
| Психогенез | Розвиток психічних функцій |
| Соціогенез | Розвиток соціальних ролей та міжособистісних стосунків |
| Екзистенціалгенез | Розвиток духовної сфери особистості |

Джерело: сформовано автором на основі [27]

Згідно з дослідженнями Шебанової, розвиток розладів харчової поведінки можна розглядати як поступовий процес, що починається з наявності певних схильностей і закінчується формуванням повноцінного розладу. Важливими факторами ризику є сімейні дисфункції та порушення психічної адаптації до зовнішнього середовища. Ці фактори можуть створювати умови для розвитку так званого "аліментарного діатезу" - стану підвищеної чутливості до впливу зовнішніх і внутрішніх факторів, який може призвести до порушень харчової поведінки [28].

Механізми розвитку адикції до їжі полягають у тому, що їжа починає виконувати компенсаторну функцію, допомагаючи людині впоратися з різними психологічними проблемами. Однак, з часом ця компенсаторна функція перетворюється на залежність, коли людина вже не може контролювати свої харчові звички. Штучна стимуляція голоду, яка виникає в результаті цього процесу, підсилює залежність і ускладнює подолання розладу [47, с. 22].

Дослідження харчової поведінки людей з адикцією виявили існування кількох різних типів мотивації, які спонукають їх до такого харчування (табл.1.2) [2, с. 42-23].

*Таблиця 1.2*

**Види адиктивних мотивацій харчової поведінки**

| Вид адиктивної мотивації | Опис |
|---|---|
| Заспокійлива (атарактична) | Харчування для зменшення емоційної напруги та тривожності |
| Задовільна (гедоністична) | Споживання їжі для задоволення, щоб зробити життя приємнішим або "побалувати себе" |
| Престижна (псевдокультурна) | Їжа як спосіб демонстрації витонченого смаку або фінансового достатку |
| Підкорена (субмисивна) | Неможливість відмовитися від їжі через залежність від думок оточуючих і бажання підкорятися |
| Комунікативна (псевдокомунікативна) | Тенденція до переїдання під час соціальних заходів, що призводить до відчуття тяжкості |

Джерело: сформовано автором на основі [2].

Дослідження розладів харчової поведінки (РХП) все частіше звертаються до фізіологічних механізмів. Вчені виявили, що порушення на рівні нейромедіаторів у гіпоталамусі можуть призводити до гормонального дисбалансу та, як наслідок, до розвитку РХП. Сучасні технології, такі як МРТ та фМРТ, дозволяють детально вивчати зміни в мозку людей з такими розладами.

Завдяки цим дослідженням вдалося створити докладні схеми, які пояснюють, як відбувається розвиток, наприклад, компульсивного переїдання (рис.1.1).

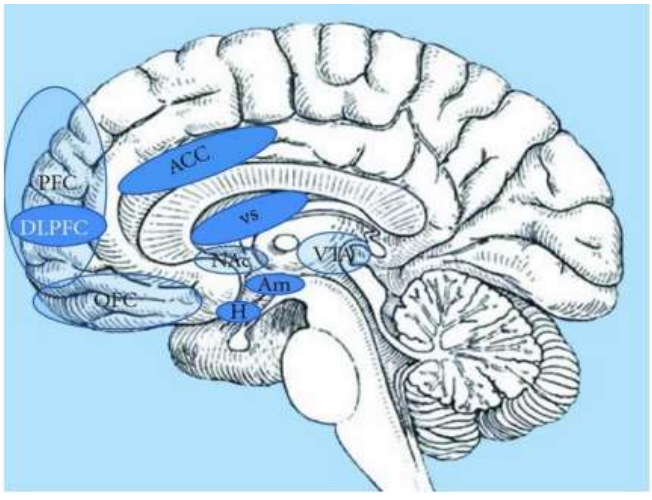



**Рис. 1.1. Нейропсихологічні порушення при компульсивному переїданні**

У розвитку компульсивного переїдання ключову роль відіграють гіпоталамус та система винагороди. Гіпоталамус, як центр регуляції апетиту, стимулюється кишковими гормонами і запускає процес споживання їжі. Система винагороди, включаючи мигдалеподібне тіло, прилеглу речовину та інші структури, забезпечує мотивацію до пошуку та споживання їжі, а також пов'язані з цим емоції. Порушення балансу між цими двома системами призводить до розвитку патологічної харчової поведінки [41; 42; 48; 56; 60].

У своїй роботі G. Frank підкреслює, що нейробіологічні дослідження все більше свідчать про центральну роль системи винагороди в розвитку розладів харчової поведінки (РХП) [42]. Зокрема, зміни в орбітофронтальній корі та острові можуть впливати на здатність людини контролювати свої харчові звички. При цьому, нервова анорексія може бути пов'язана з підвищеною активністю цієї системи, а нервова булімія – зі зниженою.

При вивченні розладів харчової поведінки особливу увагу приділяють нейромедіаторам, зокрема серотоніну та дофаміну. Серотонін пов'язаний з регуляцією настрою та емоцій, а дофамін – з відчуттям задоволення та винагороди. Дослідження показують, що дисбаланс цих нейромедіаторів може сприяти розвитку розладів харчової поведінки. Наприклад, низький рівень серотоніну може бути пов'язаний з певними рисами особистості, які часто зустрічаються у людей з такими розладами [56].

Формування харчової залежності тісно пов'язане з активацією системи винагороди в мозку. Коли ми їмо, виділяються нейромедіатори, такі як дофамін, що викликають відчуття задоволення та підкріплюють харчову поведінку. З часом їжа може стати основним джерелом позитивних емоцій, що призводить до розвитку харчової залежності.

Соціальні фактори, такі як ідеалізація худорлявості в ЗМІ та соціальних мережах, посилюють цей процес. Тиск суспільства на досягнення певного ідеалу краси може призвести до розвитку розладів харчової поведінки, таких як нервова анорексія. Дослідження показують, що країни з високим рівнем культу тіла мають більш високу поширеність РХП. Наприклад, Південна Корея, де

існує сильний тиск на досконалу фігуру, демонструє високий рівень захворюваності на нервову анорексію [22; 38].

Проведений аналіз теоретичних підходів до вивчення розладів харчової поведінки підкреслює необхідність інтегративного підходу, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Для ефективного дослідження цього феномену необхідно враховувати як нейробіологічні механізми, так і вплив соціального середовища, особистісних особливостей та генетичної схильності. Такий комплексний підхід дозволить не лише глибше зрозуміти причини розвитку розладів харчової поведінки, а й розробити більш ефективні стратегії їх профілактики та лікування.

## 1.2. Характеристика причин та основних видів розладів харчової поведінки

Харчова поведінка є сукупністю специфічних взаємодій людини з навколишнім середовищем, що ґрунтується на задоволенні базової потреби в їжі. В своїх дослідженнях автор підкреслює, що харчова поведінка людини формується під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, об'єднання яких створює міжфункціональну психологічну структуру. Важливо не лише задоволення фізіологічної потреби, а й сам процес споживання їжі, який, своєю чергою, впливає на цю потребу [7].

Харчова поведінка включає набір звичок людини, пов'язаних із прийомом їжі, які формуються під впливом сімейних цінностей, етнічних і культурних особливостей, виховання, а також фізіологічних аспектів. Ці звички еволюціонують під впливом суспільства, в якому живе людина, і стандартів краси, що постійно змінюються. Проте не всі зміни можна вважати патологічними або травматичними [8].

Таким чином, можна зробити висновок, що харчова поведінка залежить від багатьох факторів, таких як культурні особливості, сімейні цінності, виховання, а також фізичний стан і здоров'я людини. Ці звички можуть змінюватися з віком і під впливом місця перебування [12].

Психологічні фактори також відіграють важливу роль у формуванні харчових звичок і смакових переваг. Однією з основних причин погіршення здоров'я є порушення структури харчування та зниження його якості. Багато захворювань, таких як дефіцит або надлишок мінеральних речовин і вітамінів, негативно впливають на фізичний та інтелектуальний розвиток людини. Тому профілактика та корекція порушень харчової поведінки з дитячого віку мають велике соціально-гігієнічне значення. Харчування — це не лише фізіологічний, але й соціально та культурно обумовлений процес, тому організація раціонального харчування має враховувати психологічні аспекти [10].

Розлади харчової поведінки виникають внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Фізіологічні причини, такі як порушення обміну речовин, гормональні дисбаланси та нейрохімічні особливості, створюють біологічний підґрунтя для розвитку цих розладів. Соціальні чинники, особливо ідеалізація худорлявості та тиск на досягнення певного ідеалу краси, посилюють цей вплив.

Багато досліджень, зокрема роботи Polivy J., Herman C.P. [54], демонструють, що суворі дієти часто бувають неефективними в довгостроковій перспективі. Обмеження в їжі можуть призвести до емоційних зривів і переїдання, що, в свою чергу, ускладнює досягнення бажаних результатів. Більш того, "вагове плато" може стати додатковим фактором, який демотивує людей, що дотримуються дієти.

Стиль виховання, який характеризується недостатньою турботою, емоційною холодністю та високими вимогами, може сприяти розвитку розладів харчової поведінки у дітей. Часто такі сім'ї мають авторитарний стиль виховання, де батьки, особливо матері, прагнуть до досконалості і нерідко виявляють недовіру до дитини. Це може призводити до того, що дитина відчуває невпевненість, тривогу і шукає інші способи задовольнити свої емоційні потреби, зокрема, через їжу [13].

Дослідження Boerner L. M. [36] підкреслюють, що батьківські методи виховання, такі як використання їжі як нагороди чи покарання, можуть сприяти формуванню неправильних харчових звичок у дитини. Це може призвести до

того, що дитина сприймає їжу як засіб задоволення емоційних потреб, а не як джерело енергії. Крім того, Смоляр В.І. [25] звертає увагу на важливість ранніх дитячих досвідів та сімейних відносин у формуванні харчової поведінки. Стресові ситуації та конфлікти в сім'ї можуть призвести до того, що їжа стає способом впоратися з негативними емоціями.

Люди з розладами харчової поведінки часто використовують їжу як спосіб впоратися зі своїми емоціями і захиститися від зовнішнього світу. Нестійка самооцінка, страх невдачі і прагнення до досконалості можуть спонукати їх до контролю над своїм тілом через їжу. Як зазначає С.С. Недоступ [20, 114], такі люди часто використовують їжу для того, щоб заглушити свої почуття, уникнути проблем і відчути себе краще.

Вивчення розладів харчової поведінки є багатогранною науковою проблемою. З одного боку, психодинамічні теорії, такі як теорія Х. Браш [53], акцентують увагу на важливості ранніх досвідів і внутрішньопсихічних конфліктів [52]. З іншого боку, сучасні генетичні дослідження, представлені, зокрема, S. Маркусом [50], дозволяють виявити біологічні механізми, які лежать в основі цих розладів. Результати близнюкових досліджень, наприклад, роботи А. Рикані підтверджують роль генетичних факторів у розвитку нервової анорексії.

Соціальні очікування щодо ідеальної фігури відіграють значну роль у розвитку розладів харчової поведінки. Люди з РХП часто відчувають тиск з боку суспільства, який підштовхує їх до постійного контролю ваги і прагнення до досконалості. Як зазначають дослідження [48], перфекціонізм і низька самооцінка тісно пов'язані з цими процесами. Незважаючи на значний внесок генетики в розвиток РХП (Kortegaard та ін. [16], Wade та ін. [51]), соціальні фактори також відіграють важливу роль у формуванні і підтримці цих розладів.

Згідно з дослідженням З.Я. Ковальчук [9, 7], піки проявів розладів харчової поведінки (РХП) припадають на певні вікові періоди, зокрема на підлітковий вік (15-16 років) та молодість (22-25, 27-28 років). Ці періоди характеризуються посиленим прагненням до ідеальної зовнішності та

струнκості, що часто призводить до обмеження в їжі та розвитку РХП. Дослідниця виділяє ряд психологічних особливостей, характерних для жінок з такими розладами, серед яких: депресія, низька самооцінка, перфекціонізм, істеричні прояви та труднощі з прийняттям себе.

Дослідження в галузі розладів харчової поведінки демонструють, що ці розлади мають комплексну природу і виникають в результаті взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Так, Т.В. Кудла та співавтори [11, 128] підкреслюють важливу роль психологічних факторів, таких як перфекціонізм і соціальна тривога. З іншого боку, В.І. Шебанова та Т.М. Яблонська [31, 2] описують характерні поведінкові патерни, пов'язані з цими розладами, такі як цикли обмежень і переїдання.

Для ефективного розуміння та лікування розладів харчової поведінки необхідно застосовувати холістичний підхід, який враховує не лише фізичні аспекти, але й психологічні та соціальні. Як зазначає В.І. Шебанова [30, с. 4], розлади харчової поведінки слід розглядати як розлади тілесності, що відображають більш глибокі проблеми особистості. Цей висновок підтверджується дослідженнями J. Polivy та C. P. Herman [54], які демонструють, що цикл обмежень і переїдання є типовим для людей з такими розладами.

Розглянемо види розладів харчової поведінки більш детально (табл.1.3).

*Таблиця 1.3*

**Класифікація розладів харчової поведінки за МКХ-10 та DSM-V**

| Класифікація | Види розладів харчової поведінки |
|---|---|
| МКХ-10 (Міжнародна класифікація психічних хвороб, 10-й перегляд) | Нервова анорексія, Нервова булімія |
| DSM-V (Діагностичне і Статистичне керівництво з психічних розладів, 5-й перегляд) | Нервова анорексія, Нервова булімія, Компульсивне переїдання, Інші неуточнені розлади харчової поведінки |

Джерело: [39; 61]

Нервова анорексія - це серйозний розлад харчової поведінки, що характеризується навмисним схудненням. Згідно з МКХ-10 [61, 173] та DSM-V, діагноз нервової анорексії ставиться, якщо вага людини значно нижча за норму (індекс маси тіла менше 17,5), і вона активно прагне до подальшого схуднення. Це може проявлятися в обмеженні споживання їжі, викликанні блювання, прийомі проносних засобів та інших шкідливих для здоров'я діях. Крім того, люди з анорексією мають спотворене сприйняття свого тіла, вважаючи себе повними навіть при критично низькій вазі. Такий розлад призводить до серйозних порушень в організмі, зокрема, до проблем з ендокринною системою та затримки росту.

Хоча критерії діагностики нервової анорексії в МКХ-10 та DSM-V дещо відрізняються, обидва класифікатори підкреслюють навмисне схуднення та спотворення сприйняття власного тіла як основні ознаки цього розладу. За даними DSM-V [39], пацієнти з анорексією відмовляються підтримувати нормальну вагу і мають ірраціональний страх ожиріння. Крім того, спостерігаються гормональні порушення, особливо у дівчат підліткового віку. Статистика свідчить, що анорексія зустрічається частіше у жінок, ніж у чоловіків, а її поширеність становить від 0,9% до 2,0% серед жінок та від 0,1% до 0,3% серед чоловіків [57].

Нервова анорексія часто розглядається як форма самопошкодження, оскільки люди свідомо завдають шкоди своєму організму, відмовляючись від їжі. Ця поведінка мотивована патологічними уявленнями про ідеальну зовнішність та бажанням відповідати суспільним стандартам краси. Характерною рисою анорексії є тривале приховування проблеми, особливо серед підлітків. Пацієнти зазвичай звертаються за допомогою лише на пізніх стадіях, коли стан здоров'я вже значно погіршився (табл.1.4).

*Таблиця 1.4*

**Стадії розвитку синдрому нервової анорексії**

| Стадія | Опис |
|---|---|
| Ініціальна | Початковий етап, коли формуються перші ознаки розладу харчової поведінки |
| Активної корекції | Етап активної боротьби з вагою, часто з надмірним обмеженням харчування |
| Кахексія | Крайній ступінь виснаження організму через значну втрату ваги |
| Редукція синдрому | Стадія часткової стабілізації стану, яка може бути тимчасовою |

Джерело: [21].

Розвиток нервової анорексії можна розглядати як поступовий процес, що проходить через кілька стадій. На ініціальній стадії люди з розладом починають відчувати невдоволення своєю зовнішністю, сприймаючи окремі частини тіла як надмірно повні. Це призводить до розбіжності між реальним тілом і ідеалізованим образом. На відміну від дисморфоманії, депресивні симптоми на цій стадії не так виражені.

Стадія активної корекції характеризується різноманітними спробами схуднення, включаючи дієти, фізичні навантаження, блювоту, прийом проносних засобів тощо. З часом розвивається кахексія – критичне виснаження організму, що супроводжується значною втратою ваги, порушеннями шкіри, волосся, серцево-судинної системи та іншими проблемами [21].

DSM-V виділяє кілька факторів ризику, що сприяють розвитку нервової анорексії у підлітків та молодих людей: соціальні норми щодо краси, генетична схильність, біологічні особливості та особистісні характеристики.

Хоча нервова булімія і нервова анорексія – це два різних розлади харчової поведінки, вони мають певні спільні риси. Однак, на відміну від анорексії, при булімії люди не прагнуть до значного схуднення. Навпаки, вони переживають періоди неконтрольованого переїдання, після чого намагаються позбутися спожитої їжі. Як зазначає МКХ-10 [61, 175], для діагностики булімії необхідна наявність повторюваних епізодів переїдання, компенсаторної поведінки та надмірної заклопотаності вагою.

## 1.3. Булімія, як різновид РХП

Булімія є одним із найпоширеніших розладів харчової поведінки (РХП), що характеризується періодичними епізодами неконтрольованого переїдання, після яких слідують компенсаторні дії, спрямовані на уникнення набору ваги. Вона, як і інші РХП, є серйозним психологічним захворюванням, що впливає на фізичне та психічне здоров'я людини. Проблеми з харчовою поведінкою все частіше зустрічаються серед різних вікових груп, що робить це захворювання важливою проблемою сучасної медицини та психології.

Булімія, як і інші РХП, має складну етіологію, де взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні фактори. Серед біологічних причин можна виділити генетичну схильність і порушення в роботі нейромедіаторів, таких як серотонін, які регулюють апетит і настрій. Психологічні фактори включають низьку самооцінку, хронічний стрес, депресію та тривогу, які можуть провокувати неконтрольоване споживання їжі як спосіб «втечі» від негативних емоцій [21].

Нервова булімія – це складний розлад харчової поведінки, який характеризується повторюваними епізодами неконтрольованого переїдання, за якими слідують спроби позбутися спожитої їжі шляхом викликання блювоти, використання проносних засобів або надмірних фізичних навантажень [45]. Цей цикл переїдання та очищення супроводжується постійним занепокоєнням власною зовнішністю та вагою, що негативно впливає на самооцінку та якість життя людини.

Соціальні чинники також відіграють важливу роль у розвитку булімії. Сучасний культ тіла, акцент на худорлявості та постійне порівняння себе з іншими через соціальні мережі можуть сприяти формуванню нездорових уявлень про власне тіло. Тиск з боку суспільства, що вимагає відповідати певним стандартам краси, змушує багатьох людей вдаватися до екстремальних методів контролю ваги.

*Таблиця 1.5*

**Класифікація нервової булімії**

| Тип | Опис |
|---|---|
| З очисними процедурами | Людина регулярно викликає блювання або вживає проносні засоби для очищення організму. |
| Без очисних процедур | Людина застосовує інші компенсуючі методи, такі як тривале голодування чи надмірна фізична активність, але не вдається до очищення. |

Джерело: [21].

Нервова анорексія та булімія - ці розлади традиційно пов'язують із надмірною заклопотаністю вагою та формою тіла. Особи з цими розладами часто прагнуть до ідеальної худорлявості і вдаються до крайніх заходів, щоб досягти бажаного результату.

Нервова анорексія характеризується навмисним обмеженням споживання їжі, що призводить до значного зниження ваги. Хоча деякі люди з анорексією можуть періодично переїдати і викликати блювоту, основною ознакою є саме голодування.

Нервова булімія характеризується циклічними епізодами неконтрольованого переїдання, після яких людина вдається до різних способів, щоб позбутися спожитої їжі (викликання блювоти, використання проносних засобів, надмірні фізичні навантаження).

За даними досліджень, нервова булімія є досить поширеним розладом серед жінок, зустрічаючись у 1,1-4,6% випадків [57]. Чоловіки страждають на булімію значно рідше – лише в 0,1-0,5% випадків.

Компульсивне переїдання – це окремий розлад харчової поведінки, який відрізняється від нервової булімії. Згідно з DSM-V, для діагностики цього розладу необхідна наявність повторюваних епізодів неконтрольованого споживання великої кількості їжі, які супроводжуються принаймні трьома з таких ознак:

- Швидке поглинання їжі;
- Їжа до відчуття дискомфорту;

- Споживання їжі без відчуття голоду;
- Їжа на самоті через сором;
- Почуття провини після переїдання.

На відміну від булімії, при компульсивному переїданні люди не вдаються до компенсаторної поведінки, такої як блювання або надмірні фізичні навантаження [39].

Люди, які страждають на компульсивне переїдання, часто описують відчуття втрати контролю над процесом їжі. Вони можуть споживати великі об'єми їжі навіть тоді, коли не відчувають голоду. Ця поведінка, як правило, супроводжується почуттям сорому та провини, що призводить до бажання їсти на самоті.

Основні ознаки компульсивного переїдання:

- Споживання великої кількості їжі - за короткий проміжок часу людина з'їдає значно більше їжі, ніж зазвичай;
- Втрата контролю - виникає відчуття неможливості зупинитися, навіть якщо людина розуміє, що їсть занадто багато.

Згідно з дослідженнями, компульсивне переїдання є досить поширеним розладом. Так, за даними Statistics & Research on Eating Disorders, у 2022 році частота цього розладу серед жінок становила від 0,2% до 3,5%, а серед чоловіків – від 0,9% до 2,0% [57].

Булімія завдає серйозної шкоди здоров'ю людини. Часті епізоди блювання призводять до порушення електролітного балансу, що може викликати серйозні проблеми із серцево-судинною системою, включаючи аритмії та навіть серцеві напади. Агресивні очисні процедури викликають ерозію зубної емалі, через що страждають зуби, а шлунково-кишкові проблеми можуть призвести до виразок, гастриту та інших ускладнень.

Психологічні наслідки булімії не менш серйозні: людина стає більш тривожною, страждає від зниження самооцінки і може замкнутися у власних проблемах, що веде до соціальної ізоляції.

Лікування булімії має бути комплексним і включати психотерапію, медикаментозне втручання та підтримку з боку сім'ї. Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), допомагає пацієнтам змінити деструктивні моделі мислення і поведінки, що призводять до розладів харчової поведінки. Медикаментозне лікування може включати антидепресанти, які нормалізують рівень серотоніну і зменшують відчуття тривоги.

Дуже важливою є підтримка з боку сім'ї та соціального оточення. Пацієнтам необхідно відчувати, що вони не самі у своїй боротьбі з хворобою, що допомагає знизити рівень стресу і підвищити мотивацію до одужання.

## 1.4. Психологічні аспекти вивчення булімії і умов її формування у жінок

Різноманітні фактори, від біологічних до антропологічних, взаємодіють у складний і динамічний спосіб, впливаючи на формування та підтримку харчових уподобань людини. Важливо враховувати поведінкові впливи в ширшому контексті психосоціальних взаємодій для того, щоб розробляти рекомендації щодо харчування, методи дієтичної корекції та інформаційні кампанії, які сприятимуть формуванню здорових харчових звичок у споживачів. Для правильного визначення цілей таких змін і модифікації базових переконань та поведінкових патернів необхідно розуміти ключові фактори, що впливають на вибір харчування.

Історично підхід до громадського здоров'я в контексті харчових змін базувався на припущенні, що люди самостійно відмовляться від очевидно нездорових харчових звичок, аби запобігти потенційним захворюванням [3]. Хоча здається логічним, що знання може впливати на поведінку, однак навіть велике поширення інформації про харчові ризики не призводить до значних змін у харчовій поведінці, поки не подолані психологічні, поведінкові та соціальні бар'єри. Якщо б харчові зміни були такими простими, як здається на перший погляд, тоді б лише надання інформації призводило до змін у

поведінці, але це не відбувається автоматично в жодному аспекті харчових звичок.

Харчова поведінка формується протягом усього життя, тому її зміна потребує впровадження нових звичок, які мають бути постійними і тривати довше, ніж будь-які короткострокові втручання [1].

Рекомендації щодо зниження споживання жирів часто передбачають уникнення певних продуктів або цілих груп харчування, що може сприйматися як надмірно обмежувальне. Одноманітні дієти мають додатковий недолік, оскільки викликають відчуття незадоволення через несмачність та неповноту харчового досвіду. Крім того, вони можуть не відповідати національним або сімейним традиціям харчування. Внесення змін у харчову поведінку також може вимагати більше ресурсів, знань, навичок, часу та зусиль для приготування їжі. Додаткові перешкоди створюють соціальний тиск, реклама та інші культурні фактори, які можуть суперечити запропонованим змінам у харчуванні. Також значний вплив мають соціальні та політичні цінності, економічні фактори, зокрема доступність продуктів, що може стати важливою перешкодою для втілення бажаних харчових змін. У результаті всі ці бар'єри роблять дієтичні рекомендації легшими для пропонування, ніж для реального виконання [29].

Жінка, яка регулярно споживає каву з молоком у ранковий час, приймає рішення замінити традиційну каву на варіант без кофеїну з метою поліпшення стану свого здоров’я. Таке рішення може бути обумовлене прагненням зменшити негативний вплив кофеїну на організм, зокрема, мінімізувати ризики підвищеного серцевого ритму або покращити якість сну. Це здається простим рішенням, але насправді воно може призвести до низки несподіваних наслідків. Кава без кофеїну може мати інший смак, ніж звичайна кава. Жінці доведеться шукати нові сорти кави, експериментувати з різними добавками, щоб знайти той самий смак, який їй подобається. Багато людей п'ють каву не тільки через смак, але й через звичку. Відмова від звичної ранкової кави може викликати відчуття дискомфорту, а в деяких випадках навіть ломку. Кава часто є частиною соціальних ритуалів. Якщо жінка звикла пити каву з колегами на

роботі, їй може бути складно відмовитися від цієї традиції, особливо якщо всі інші п'ють звичайну каву. Деякі люди використовують кофеїн для підвищення енергії. Відмова від кофеїну може вплинути на їхню працездатність і потребувати пошуку альтернативних способів підбадьорювання.

Це показує, що на перший погляд проста зміна харчової поведінки супроводжується низкою додаткових рішень у різних аспектах життя. Крім того, до, під час і після прийняття рішення про зміну харчових звичок, позитивні наслідки мають постійно переважати всі труднощі, що виникають на шляху до реалізації і підтримки цієї зміни. Чим більше факторів залучено до процесу зміни, тим більше виникає потенційних перешкод, і тим складніше здійснити і зберегти ці зміни в харчовій поведінці [28].

Більшість наукових досліджень, присвячених питанням харчового вибору, зосереджується на фізіологічних і психологічних чинниках, приділяючи значно менше уваги культурним, історичним, соціальним та демографічним аспектам. Численні дослідження, що вивчають фактори, які впливають на вибір їжі, формують великий масив фрагментованих даних, які потребують інтеграції та систематизації на різних рівнях. Майбутні дослідження в цій галузі зосереджуватимуться на дихотоміях між біологічним і соціальним, індивідуальним і колективним, одиничним та популяційним, а також між мікро- та макрорівнем аналізу [27]. Варто з'ясувати, як здорове харчування пов'язане з іншими аспектами здорового способу життя, наприклад, відмовою від куріння та фізичною активністю.

Важливо враховувати такі чинники, що впливають на харчову поведінку людини, як:

1. Культурні цінності. Варто зазначити, що культура у широкому сенсі є основою для формування харчових уподобань. Люди використовують культурні категорії та правила своїх спільнот, субкультур, етнічних та професійних груп для визначення того, яку їжу вони вважають прийнятною та найкращою, які обсяги споживання та поєднання продуктів є допустимими, а також які продукти традиційно визнаються корисними або, навпаки, забороненими. Коли люди з більш традиційних суспільств (зокрема

українського) починають долучатися до глобальної харчової системи, вони стикаються з так званим "харчовим переходом", під час якого приймають та наслідують харчові звички західних суспільств, які часто відзначаються вищим вмістом жирів порівняно з традиційною культурою.

Основною характеристикою цього переходу є поступова зміна від споживання грубих зернових і продуктів з борошна на користь високоенергетичних продуктів, багатих на жири, насичені жири та цукор [27]. Ця тенденція відображається у бажанні споживачів урізноманітнити та збільшити калорійність своєї дієти. Зі збільшенням споживання молока, риби, свіжих овочів та фруктів також зростає частка жирів та цукрів у раціоні. Харчовий перехід тісно пов'язаний з активною урбанізацією та підвищеною доступністю оброблених продуктів, що зазвичай містять більше жирів, цукру та солі [27].

2. Сприйняття, переконання, установки та цінності. Люди формують власні погляди на їжу, спираючись на культурні норми та психосоціальні фактори, які визначають їхні харчові звички. Такі культурні уявлення можуть відрізнятися від наукових підходів до безпечності або поживної цінності продуктів. Наприклад, громадське сприйняття ризиків, пов'язаних з обробкою фруктів і овочів хімічними речовинами, зазвичай відрізняється від думки вчених і дієтологів, оскільки люди часто перебільшують небезпеку зовнішніх, неконтрольованих та техногенних ризиків, приділяючи менше уваги тим ризикам, на які вони можуть впливати своїм вибором.

На соціальному рівні питання харчування рідко стають гострими проблемами громадського порядку денного, хіба що вони набувають драматичного характеру і можуть призвести до серйозних наслідків. Піднесення певних харчових питань до рівня суспільної важливості не завжди відповідає науковим моделям, оскільки на це впливають різні соціальні групи, які переслідують конкуруючі інтереси та намагаються або висвітлити, або приглушити ті чи інші теми в громадській дискусії [27]. За останні десятиліття питання підвищеного споживання жирів успішно привертало увагу, що призвело до виникнення явища "жирофобії" у певних прошарках суспільства.

Така соціальна динаміка підкреслює важливість харчових виборів як частини громадського порядку денного у сучасному суспільстві.

3. Соціальні впливи. Зазвичай людина вживає їжу у колі інших людей. Дослідження свідчать, що соціальна фасилітація призводить до зменшення споживання їжі, коли людина їсть на самоті, і, навпаки, до збільшення споживаних порцій під час спільних прийомів їжі, особливо у колі знайомих. Родина і друзі є основними моделями для наслідування та відіграють важливу роль у груповому тиску на вибір продуктів харчування, як-от страви з підвищеним чи зниженим вмістом жирів або нові продукти [1]. Родинна підтримка має значення для запровадження та збереження харчових змін, що підтверджується дослідженнями щодо зниження ризиків серцево-судинних захворювань та лікування ожиріння і пов’язаних із ним розладів харчування [51]. Брак соціальної підтримки може зруйнувати індивідуальні зусилля на шляху до змін у харчуванні або суттєво зменшити їх ефективність [51].

4. ЗМІ та реклама. Засоби масової інформації відіграють важливу роль у формуванні уявлень про їжу та харчування, особливо серед жінок. Більша частина рекламних коштів витрачається компаніями, що виготовляють упаковані солодощі та жировмісні продукти, які проходять через високий рівень обробки. Оскільки точна інформація про обсяги продажів і відповідні витрати на рекламу часто є комерційною таємницею, важко встановити прямий зв'язок між рекламою і продажем. Проте є чимало доказів, які свідчать про те, що рекламні кампанії значно підвищують обсяги реалізації харчових товарів.

Багато досліджень вивчали, чи страх чи загроза в рекламі можуть стимулювати жінок до бажаних змін у харчовій поведінці. Загальний висновок цих досліджень вказує на те, що як позитивні, так і негативні повідомлення можуть суттєво впливати на короткострокову зміну харчової поведінки, однак жоден рекламний підхід не є гарантовано ефективним для формування і підтримки довготривалих змін у харчових звичках [55].

5. Доступність. Для багатьох жінок харчові продукти, які вони бажають споживати, зазвичай є легко доступними. Завдяки динамічному розвитку харчової промисловості, асортимент улюблених продуктів стає все більшим і

різноманітнішим. Проте варто зазначити, що поняття «доступність» може трактуватися по-різному в залежності від соціальних груп.

«Всезагальна» доступність охоплює всі харчові позиції, які можуть бути придбані споживачами, включаючи фінансовий аспект, тоді як «моментальна» доступність визначає легкість і зручність вживання їжі. Продукти, які можна швидко спожити, характеризуються тривалим терміном зберігання, мінімальними вимогами до приготування та можливістю споживання в будь-якому місці, часто у зручній упаковці.

Доступність харчових продуктів у публічних місцях (ресторанах, кафе, школах, лікарнях, магазинах, їдальнях і на робочих місцях) залежить від низки взаємопов’язаних факторів, таких як бюджет, умови зберігання та охолодження, а також потреби споживачів. Тому деякі продукти можуть виявитися відносно недоступними, доступними в обмеженій кількості або ж за завищеними цінами [46].

Хоча збільшення доходів не завжди призводить до покращення якості харчування, ціна має значний вплив на вибір жінок. Наприклад, більш дорогі продукти, такі як червона риба, елітні види м'яса чи свіжі фрукти та овочі в зимовий період можуть бути менш доступними в бідних міських або сільських районах. І навіть якщо такі продукти потрапляють на прилавки, низькі доходи місцевого населення залишаються суттєвою перешкодою для їх доступності.

6. Різноманіття. Багатий вибір дієт часто пов’язують із вищим рівнем споживання корисних і поживних речовин, а також зі зниженими ризиками захворювань і смертності. Жінки, які віддають перевагу різноманітному харчуванню, зазвичай споживають більше їжі загалом. Проте, разом із цим, різноманіття може бути пов'язане з підвищеним споживанням жирів, цукру, солі або холестерину.

У вузькому сенсі збільшення різноманіття харчування, зокрема споживання фруктів і овочів, може як зменшувати, так і не впливати на вживання висококалорійних продуктів. Наприклад, хоча жінки, які споживають різні види фруктів та овочів, можуть покращити своє харчування, це не обов’язково призведе до зменшення споживання жирів, якщо вони не скоротять

вживання жирного м'яса, смажених страв або продуктів з високим вмістом жиру [51].

7. Харчові вподобання. Багато споживачів, особливо жінки, вважають, що їх вибір продуктів значною мірою обумовлений смаковими відчуттями, а не такою характеристикою, як поживність чи користь. У цьому контексті «смак» охоплює не лише смакові відчуття, а й аромат і текстуру їжі. Сенсорні реакції на смак, запах, вигляд і текстуру продуктів є ключовими чинниками, що впливають на харчові вподобання та звички [51].

Високоенергетичні продукти користуються великою популярністю серед усіх соціальних, культурних і етнічних груп, що свідчить про те, що бажання жінок споживати жири, цукри та сіль може бути підконтрольним фізіологічним процесам. Дослідження щодо вподобань до жирної їжі у людей та тварин прослідковують зв'язок від біологічних аспектів до складних поведінкових теорій. Збільшене споживання жирів асоціюється з генетичними мутаціями (лептин), змінами в нейропептидних рівнях у мозку, а також з факторами, такими як маса тіла батьків і соціально обумовлені уподобання до висококалорійних продуктів.

Як вказують дослідження, оральне сприйняття жирності їжі, в основному, контролюється запаховими і текстурними відчуттями. Наприклад, жири у молочних продуктах мають форму жирових кульок, що сприймаються як ніжні та м'які. Водозв'язуюча здатність жиру забезпечує соковитість стейків і м'якість випічки. Термальні обробки при високих температурах створюють хрусткі текстури. В цілому, продукти з вмістом жиру сприймаються як більш різноманітні, ароматні та смачні, що робить їх особливо привабливими для жінок [51].

8. Соціальне навчання. Процес навчання щодо їжі триває впродовж усього життя, але найзначніші зміни відбуваються протягом перших п’яти років, особливо у дівчаток. У цей період діти переходять від молочної дієти, яка багата на жири (більше 50% їх калорій надходить з молочних продуктів), до раціону з нижчим вмістом жирів. В даний час дієтологи рекомендують, щоб діти дошкільного віку отримували близько 30% калорій із споживаних жирів

[3]. Цей перехід також передбачає навчання споживати різноманітні рідкі та тверді страви [3].

Формування харчових звичок у ранньому віці залежить від генетичних схильностей дівчаток і їх попереднього досвіду з молочною дієтою. Такі схильності зазвичай проявляються в негативному ставленні до кислих та гірких смаків. Батьки часто трактують реакції своїх малюків на різні смаки як індикатор вподобань, що впливає на їх вибір харчових продуктів для дитини.

Молодші діти, в тому числі дівчатка, можуть відмовлятися від нових страв через харчову неофобію, але цю реакцію можна змінити шляхом створення регулярних можливостей спробувати нові продукти. Якість і різноманітність харчового досвіду в ранньому дитинстві є критично важливими для формування смакових уподобань. Повторювані спроби нових страв можуть перетворити початково невподобані продукти на нейтральні, а з часом навіть на улюблені.

Дослідження способів подання жирної їжі дітям у соціальних контекстах відкривають нові можливості для формування харчових вподобань [29]. Наприклад, жировмісні продукти можуть стати улюбленими, якщо їх подають у позитивному контексті, на родинних святах чи у поєднанні з іншими вподобаними смаками. Також важливою є роль інших членів родини, які виступають прикладом для дівчаток. Страви з високим вмістом калорій часто забезпечують позитивне відчуття насичення, що може стати стимулом для їх споживання. Проте занадто часте використання продуктів з високим вмістом цукру, жиру та солі як винагороди може порушити основні психосоціальні функції їжі.

Досвід раннього дитинства також формує відчуття відрази до певних продуктів. Навіть одноразове відчуття нудоти чи дискомфорту під час споживання певної їжі може спричинити відразу до неї. Змінюються також вподобання до солодких і солоних смаків, залежно від пережитого досвіду. Більш того, їжа, споживана для отримання винагороди (часто у вигляді більш бажаних продуктів), може швидко стати ненависною.

Калорійність їжі має суттєвий вплив на обсяги споживання харчових продуктів дітьми, особливо дівчатками. Дослідження свідчать, що немовлята та молодші діти здатні адаптувати обсяги споживаної їжі відповідно до калорійності продуктів, які вони вживають [3]. Хоча обсяг їжі під час одного прийому може коливатися, загальна калорійність за 24 години демонструє стабільність. Індивідуальні варіації у здатності саморегулювати калорійність часто пов'язані з особливостями досвіду годування в дитинстві та надмірною вагою батьків.

Крім того, навіть якщо дівчаткам пропонуються продукти зі збалансованим вмістом жирів, це не гарантує успішного споживання. Практики годування демонструють значний потенціал у впливі на енергетичний баланс організму через формування харчових вподобань, вибір продуктів і обсяги споживаної їжі. Суворий контроль з боку батьків може призвести до формування вподобань до жирних і висококалорійних продуктів, а також обмежити вибір дитини, заважаючи їй відчути різноманіття харчування.

Такі дії можуть порушити здатність дівчаток до саморегуляції у споживанні їжі, оскільки батьки часто вважають, що діти потребують настанов щодо того, що, коли і в яких кількостях їм слід споживати. Впроваджуючи жорсткі правила, батьки можуть суттєво обмежити можливості дітей для самоконтролю.

Глибше усвідомлення факторів, що впливають на харчові вподобання дітей, зокрема, дівчаток, може пояснити формування харчової поведінки в дорослому віці, яка часто суперечить рекомендаціям дієтологів. Це знання може допомогти розробити альтернативні стратегії профілактичних інтервенцій, що сприяють формуванню здорових харчових звичок.

Знання є важливим інструментом, який жінки можуть використовувати для створення когнітивних зв'язків між харчуванням та здоров'ям, що в свою чергу здатне змінити їхню поведінку. Однак, само по собі знання не завжди є ефективним [2]. У сучасному світі інформація про здоровий спосіб життя та харчові ризики доступна широкому загалу, але багато жінок або не знають, як

застосувати цю інформацію на практиці, або ж не мають достатньої мотивації для внесення реальних змін у свої харчові звички.

Опитування показують, що жінки часто зменшують обсяги свого щоденного споживання їжі, хоча це не завжди відбувається свідомо. Таке применшення найчастіше спостерігається серед тих, хто має надмірну вагу. Додатково, жінки часто мають хибні уявлення про вміст жиру та калорій у багатьох популярних продуктах, що входять у їхній раціон.

Отже, в контексті інформаційного впливу на формування «здорових» харчових моделей слід визнати, що знання не завжди гарантує значні зміни у харчовій поведінці жінок.

У результаті аналізу низки чинників, що впливають на харчову поведінку жінок, ми визначили ключові фактори, які слід враховувати при наданні психологічної допомоги особам з розладами харчової поведінки. Серед цих чинників значну роль відіграють культурні аспекти, а також індивідуальні переконання та установки щодо харчування. Соціальні впливи також мають важливе значення — жінка може відчути спонукання до споживання певних продуктів, спостерігаючи за тим, що їдять її знайомі.

Вплив засобів масової інформації та реклами, хоча інколи може бути позитивним, часто має негативний характер, заохочуючи нездорові харчові вибори. Не менш важливими є характеристики самих продуктів, такі як їхня доступність і різноманіття, які можуть суттєво впливати на харчову поведінку жінок.

Багато досліджень підкреслюють значущість соціального навчання та обізнаності про здорову їжу, яка є правильною і корисною. Проведений теоретичний аналіз дозволив виокремити різні групи факторів — від культурних цінностей до специфіки продуктів харчування.

Подальші дослідження будуть зосереджені на емпіричному вивченні психологічних факторів, які впливають на харчову поведінку жінок різного віку.

У першому розділі магістерської роботи розглянуто теоретико-методологічні засади вивчення психологічних аспектів виникнення розладів харчової поведінки у жінок. Досліджено наукові підходи, що вивчають розлади харчової поведінки, їх причини, основні види та психологічні аспекти формування харчової поведінки у жінок.

Нами були проаналізовані основні наукові підходи до вивчення розладів харчової поведінки. Було виявлено, що дослідження цих розладів здійснюється з різних перспектив: біологічної, психологічної, соціокультурної та когнітивно-біхевіоральної. Біологічний підхід акцентує увагу на генетичних факторах і фізіологічних процесах, що впливають на харчову поведінку. Психологічний підхід, в свою чергу, фокусується на внутрішніх конфліктах, емоційних переживаннях та особистісних рисах, які можуть призводити до розладів харчової поведінки. Соціокультурний підхід висвітлює вплив суспільних норм, медіа, сімейних традицій та інших соціальних чинників на формування харчових звичок і уподобань.

У процесі роботи була зроблена спроба систематизації причин, що призводять до виникнення розладів харчової поведінки. Основними факторами виявилися генетичні схильності, соціальні впливи, особистісні характеристики та психологічні травми. Було виділено основні види розладів харчової поведінки, зокрема анорексію, булімію та компульсивне переїдання. Розуміння цих розладів вимагає комплексного підходу, оскільки вони можуть мати різні прояви та наслідки для здоров’я.

Слід зазначити, що в своєму дослідженні нами буде розглянуто булімію як один із різновидів розладів харчової поведінки жінок. Було проаналізовано її симптоми, причини виникнення, а також вплив на психічне та фізичне здоров'я жінок. Булімія часто супроводжується психологічними проблемами, такими як тривога, депресія, низька самооцінка, що вказує на необхідність комплексного підходу в лікуванні та підтримці таких жінок.

Окремо були вивчені психологічні аспекти вивчення харчової поведінки. Розглянуто, як формуються харчові звички у жінок, які чинники впливають на їх вибір їжі, а також роль соціального навчання в цьому процесі. Визначено, що

харчова поведінка жінок є результатом складної взаємодії генетичних, соціальних та психологічних факторів.

У результаті проведеного аналізу було встановлено, що розлади харчової поведінки у жінок є багатоаспектним феноменом, що вимагає комплексного дослідження. Розуміння психологічних аспектів, що впливають на формування харчових звичок, дозволить не лише краще усвідомити проблему, а й розробити ефективні програми психологічної підтримки та корекції харчової поведінки жінок.

Подальші дослідження повинні зосередитися на емпіричному вивченні цих факторів з метою формування більш точних моделей, що сприятимуть розробці заходів профілактики і лікування розладів харчової поведінки. Ці зусилля можуть позитивно вплинути на здоров’я жінок, підвищуючи їхній рівень життя та психологічне благополуччя.

# РОЗДІЛ 2
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

## 2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

Проведене дослідження було спрямоване на глибоке розуміння причин, що лежать в основі розладів харчової поведінки у молодих жінок віком 18-25 років. Саме цей період характеризується активним формуванням самоідентифікації та становленням стійких харчових звичок.

Теоретичний аналіз дозволив систематизувати знання про різноманітні фактори, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки. На основі отриманих даних було сформульовано гіпотези щодо ключових чинників, які найбільш імовірно проявляються у вибірковій групі.

Етапи дослідження:

1. Організація та проведення діагностики харчових порушень і пов'язаних психологічних особливостей у жінок із застосуванням комплексу психодіагностичних методик;
2. Обробка групових результатів, розрахунок описової статистики та процентних показників за кожною методикою, представлення даних у формі таблиць і діаграм;
3. Визначення психологічних особливостей жінок із харчовими розладами за допомогою методів математичної статистики;
4. Розробка та випробування програми психокорекції харчових порушень у жінок;
5. Узагальнення отриманих результатів і формулювання остаточних висновків.

Для емпіричної перевірки гіпотез було розроблено спеціальний інструментарій, що дозволив оцінити як об'єктивні (наприклад, фізичні параметри), так і суб'єктивні (психологічні, соціальні) аспекти харчової

поведінки учасниць. Вибір саме цієї вікової групи обумовлений її особливою вразливістю до впливу суспільних стереотипів щодо краси та ідеального тіла.

Дослідження було проведено на базі моєї психологічної практики. Учасниками дослідження стали 20 жінок віком від 18 до 25 років, які звернулися за психологічною допомогою. Всі учасниці виявили підвищену зацікавленість у темі харчової поведінки та сприйняття власного тіла. Відбір учасниць здійснювався з урахуванням таких критеріїв, як вік, стать та відсутність діагностованих органічних захворювань, що могли б вплинути на результати дослідження.

Метою дослідження було не лише виявити поширеність розладів харчової поведінки в даній віковій групі, але й встановити причинно-наслідкові зв'язки між різними факторами, що сприяють їх розвитку. Отримані результати можуть бути використані для розробки ефективних програм профілактики та лікування розладів харчової поведінки серед молоді.

Для емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у жінок використано низку методик та опитувальників, що дозволяють всебічно оцінити психологічні й поведінкові аспекти харчової поведінки та визначити фактори, що впливають на вибір харчової стратегії.

1. Методика суб’єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона застосовується для визначення впливу рівня самотності на вибір харчової поведінки у жінок, що може слугувати важливим індикатором для діагностики харчових порушень [16].

2. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою, спрямований на діагностику невдоволення власним тілом, що є частою проблемою у осіб з харчовими розладами [18].

Для більш глибокої діагностики харчових порушень використовуються специфічні опитувальники, що дозволяють виявити окремі симптоми, особливості харчової поведінки та клінічні форми розладів:

- Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) націлена на діагностику нервової анорексії, булімії, а також вивчення психологічних аспектів, пов'язаних із лікуванням таких розладів [32].

- Опитувальник «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE) оцінює чотири основні шкали: обмежувальна харчова поведінка, психологічна стурбованість їжею, масою тіла та формою тіла [19].
- SCOFF-опитувальник призначений для експрес-оцінки харчових розладів і містить п'ять питань, що дозволяють швидко виявити основні симптоми нервової анорексії та булімії [16].
- Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) діагностує різні типи порушень харчової поведінки: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний типи [5].
- 3-фазний опитувальник (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ), відомий також як опитувальник Стункарда, дозволяє оцінити когнітивні й поведінкові аспекти харчування, зокрема контроль за масою тіла, втрату контролю над харчуванням і чутливість до голоду [26].

Ці інструменти взаємодоповнюють один одного, дозволяючи провести всебічний аналіз і глибоку оцінку чинників, які впливають на харчову поведінку та її порушення.

1. Опитувальник «Методика діагностики рівня суб’єктивного відчуття самотності» (Додаток А).

Призначення методики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона полягає в оцінці індивідуального рівня відчуття самотності, який є суб'єктивним психологічним станом, а не об’єктивною соціальною ізоляцією. Методика дозволяє дослідити, наскільки сильно особа відчуває самотність у повсякденному житті та наскільки ця самотність впливає на її емоційне благополуччя.

Цей інструмент спрямований на:

1. Виявлення емоційної самотності: Оцінюється ступінь відчуття ізольованості, незадоволеності наявними соціальними контактами та нестачі емоційної підтримки, яка має суттєвий вплив на психологічний стан.
2. Вивчення зв'язку між самотністю та іншими аспектами психічного здоров'я: Наприклад, у дослідженнях із харчовими розладами ця методика

використовується для визначення, як відчуття самотності може провокувати компульсивну або обмежувальну харчову поведінку.

3. Діагностика ризику соціальної ізоляції: Допомагає виявити індивідів, які, можливо, потребують підтримки для уникнення негативних наслідків, пов'язаних із почуттям самотності, таких як тривожність, депресія або поведінкові розлади.

Таким чином, методика є важливим інструментом для діагностики емоційних станів, що виникають через суб'єктивне відчуття самотності, а також для подальшої розробки та корекції психологічних програм допомоги.

2. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою (Додаток Б).

Методика діагностики невдоволення власним тілом, розроблена О.А. Скугаревським і С.В. Сивухою в Білоруському державному університеті, є спеціалізованим опитувальником для осіб, які мають розлади харчової поведінки. Її мета — виявити ступінь незадоволеності власним тілом, яка може істотно впливати на психічний стан і поведінкові реакції таких осіб.

Методика спрямована на аналіз кількох ключових аспектів ставлення до власного тіла: визначається загальний рівень задоволеності чи незадоволеності вагою, формою та окремими частинами тіла, що дає змогу оцінити глобальне сприйняття зовнішності; досліджуються почуття та емоції, пов'язані з власною зовнішністю, які можуть значною мірою визначати самооцінку та загальний емоційний фон; аналізуються переконання про власну зовнішність і образ тіла, які формують когнітивну схему тіла та впливають на самооцінку; вивчається специфічна поведінка щодо власного тіла, зокрема, чи уникає людина дивитися на себе в дзеркало, зважуватися або відвідувати спортивні зали, що може вказувати на глибоке незадоволення своїм тілом.

3. Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) (Додаток В).

Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) – це опитувальник, призначений для оцінки харчової поведінки та психологічних особливостей, пов'язаних із розладами харчування, такими як нервова анорексія

і булімія. Ця методика допомагає виявити психологічні аспекти, які можуть сприяти виникненню та підтриманню таких розладів. Вперше EDI був розроблений у 1983 році Девідом Гарнером, і з тих пір він зазнав кількох оновлень, щоб врахувати нові наукові дані та посилити його діагностичну точність.

Структура методики EDI: EDI включає кілька шкал, кожна з яких оцінює різні аспекти харчової поведінки та пов'язаних із нею психологічних особливостей.

До основних шкал належать:

Стремління до худорлявості (Drive for Thinness) – вимірює ступінь прагнення до зниження ваги та страх перед набором зайвих кілограмів.

Бульмія (Bulimia) – оцінює схильність до переїдання та епізодів неконтрольованого споживання їжі.

Незадоволеність своїм тілом (Body Dissatisfaction) – визначає рівень невдоволення зовнішністю та формою тіла.

Підвищена чутливість до критики (Interpersonal Distrust) – вимірює рівень недовіри та вразливості до оцінки з боку інших людей.

Інтероцептивна обізнаність (Interoceptive Awareness) – визначає труднощі у розпізнаванні та розумінні власних фізіологічних та емоційних станів.

Перфекціонізм (Perfectionism) – оцінює прагнення досягати високих стандартів та страх перед невдачами.

Призначення: EDI використовується як інструмент скринінгу для визначення рівня ризику розладів харчової поведінки та психологічних особливостей, які можуть супроводжувати ці розлади. Він є корисним як для клінічної практики (у психологів, психотерапевтів), так і для досліджень у сфері харчових розладів. Шкала EDI може використовуватися для попередньої оцінки пацієнтів і моніторингу ефективності терапії під час лікування.

Результати опитувальника дозволяють виділити різні психологічні особливості та специфічні аспекти харчової поведінки, які потребують уваги. Високі показники на шкалах можуть свідчити про наявність проблемних областей, що потребують подальшої діагностики та корекційних заходів.

4. Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q), а також його коротка версія EDE-QS, є популярними інструментами для оцінки симптомів розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія та переїдання. EDE-QS, в порівнянні з повною версією, має спрощену структуру, що робить його більш зручним для використання в клінічній практиці (Додаток Г).

EDE-QS містить ряд запитань, що охоплюють різні аспекти харчової поведінки та емоційного стану, пов’язаного з харчуванням. Запитання формулюються зрозуміло, що полегшує їх застосування в клінічних умовах. Відповіді оцінюються за шкалою, що дозволяє визначити частоту і тяжкість симптомів, причому високі бали свідчать про більшу вираженість проблеми.

В клінічній практиці EDE-QS використовується психологами, психіатрами та дієтологами для оцінки стану пацієнтів з розладами харчової поведінки. Цей інструмент допомагає моніторити прогрес у лікуванні та визначати зміни в симптоматиці з часом, що важливо для адаптації терапії.

У наукових дослідженнях EDE-QS активно застосовується для вивчення ефективності різних терапевтичних підходів до лікування розладів харчової поведінки. Інструмент може використовуватися як у великих клінічних випробуваннях, так і в популяційних дослідженнях для виявлення тенденцій у розвитку цих розладів.

Основні переваги EDE-QS полягають у його стислій формі, високій надійності та дійсності, а також у гнучкості застосування в різних контекстах. Цей опитувальник є ефективним інструментом для оцінки та моніторингу розладів харчової поведінки, допомагаючи фахівцям надавати більш точну та інформовану допомогу пацієнтам.

5. Опитувальник SCOFF є простим і швидким інструментом для скринінгу харчових розладів, який дозволяє лікарям і фахівцям у сфері психічного здоров'я виявляти потенційні проблеми, пов'язані з харчовою поведінкою у пацієнтів. Його назва є акронімом, що походить від перших літер ключових запитань, які входять до опитувальника.

Запитання SCOFF:

1. Чи викликаєте Ви блювоту (Sick), коли переїли?

2. Чи непокоїть Вас втрата контролю (Control) над тим, скільки Ви їсте?

3. Чи схудли Ви за останні три місяці більше ніж на 6 кілограмів (приблизно 14 фунтів [One stone])?

4. Чи вважаєте Ви себе товстим(ою) (Fat), якщо оточуючі кажуть, що Ви худий(а)?

5. Чи можете Ви сказати, що їжа (Food) домінує у Вашому житті?

Призначення опитувальника:

Опитувальник SCOFF призначений для швидкої оцінки симптомів, що можуть свідчити про наявність розладів харчової поведінки, таких як анорексія чи булімія. Він був розроблений для використання в клінічній практиці та може бути застосований як перший крок у процесі діагностики. Основні переваги SCOFF:

- Простота та швидкість: Опитувальник складається з лише п'яти запитань, що дозволяє швидко оцінити стан пацієнта.
- Висока чутливість: Навіть кілька позитивних відповідей можуть свідчити про серйозні проблеми, що вимагають подальшого обстеження.
- Зручність у використанні: SCOFF може бути використаний різними фахівцями, включаючи лікарів загальної практики, психотерапевтів та дієтологів.

Результати опитування можуть бути корисними для направлення пацієнтів на подальшу діагностику та лікування, а також для моніторингу їх стану протягом часу. Таким чином, SCOFF є важливим інструментом для виявлення розладів харчової поведінки на ранніх стадіях і своєчасного надання необхідної допомоги.

6. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) є психометричним інструментом, розробленим для виявлення різних типів харчової поведінки, зокрема обмежувальної, емоційної та екстернальної. Цей опитувальник було створено з метою надання фахівцям

простого та валідизованого інструменту, який дозволяє проводити якісну та кількісну оцінку поведінкових розладів, пов'язаних із переїданням і ожирінням (Додаток Ґ).

Основні компоненти DEBQ:

1. Обмежувальна харчова поведінка: дана категорія оцінює прагнення особи контролювати своє харчування, уникати певних продуктів або обмежувати загальну кількість споживаних калорій. Вона може бути свідченням спроби підтримувати або досягати бажаної ваги.

2. Емоційна харчова поведінка: ця частина опитувальника фокусується на зв'язку між емоціями та харчовою поведінкою. Вона визначає, чи вживає особа їжу для поліпшення настрою, заспокоєння стресу або у відповідь на емоційний дискомфорт.

3. Екстернальна харчова поведінка: дана категорія стосується впливу зовнішніх чинників на вибір їжі. Наприклад, особа може їсти більше під час святкових подій або у відповідь на рекламу їжі, незалежно від свого фізіологічного голоду.

Призначення опитувальника: DEBQ дозволяє виявити типи харчової поведінки, що можуть свідчити про наявність харчових розладів або ризик їх розвитку; опитувальник допомагає фахівцям зрозуміти, як емоційні стани впливають на вибір їжі та харчову поведінку пацієнтів; дослідження причин переїдання та ожиріння: DEBQ використовується в наукових дослідженнях для вивчення зв'язків між харчовими поведінковими паттернами і проблемами із зайвою вагою.

Результати опитувальника можуть допомогти фахівцям у розробці індивідуалізованих програм лікування, які враховують специфічні аспекти харчової поведінки пацієнтів.

Узагальнюючи, DEBQ є важливим інструментом для оцінки та розуміння харчової поведінки, що дозволяє виявити ризики та підходи для корекції харчових розладів, а також для моніторингу результатів лікування.

7. Трьохфакторний опитувальник харчування (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-R18) — це науковий інструмент, розроблений для вивчення різних аспектів харчової поведінки, що пов'язані з розвитком ожиріння. Він зосереджується на трьох ключових факторах, які впливають на прийом їжі: когнітивних обмеженнях, неконтрольованому прийомі їжі та емоційному прийомі їжі (Додаток Д).

Призначення TFEQ-R18:

1. Оцінка когнітивних обмежень: цей аспект вивчає, наскільки людина може контролювати своє харчування на основі раціональних рішень. Високі результати в цій категорії свідчать про здатність особи контролювати обсяг споживаної їжі.

2. Визначення неконтрольованого прийому їжі: цей фактор оцінює схильність особи до переїдання або вживання їжі без обмежень, навіть коли вона не голодна. Це може бути наслідком біологічних або психологічних факторів, що ведуть до недостатнього контролю над споживанням їжі.

3. Аналіз емоційного прийому їжі: цей аспект досліджує, як емоції впливають на харчову поведінку, зокрема, як стрес, тривога або депресія можуть призводити до споживання їжі як засобу заспокоєння.

TFEQ-R18 є скороченою версією оригінального TFEQ, що робить його зручнішим для використання. Він складається з 18 запитань, на які респонденти відповідають, оцінюючи свою харчову поведінку за чотирибальною шкалою від «Цілком згоден» до «Цілком не згоден».

Опитувальник TFEQ-R18 використовується в дослідженнях, пов'язаних з харчовими звичками, ожирінням і психічним здоров'ям, а також у клінічній практиці для оцінки ризиків та формування індивідуальних програм корекції харчової поведінки. Його результати можуть допомогти в розробці стратегій управління вагою та підтримки здорового способу життя.

## 2.2. Діагностика порушень харчової поведінки у жінок

З метою діагностики рівня самотності було проведено тестування за опитувальником «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності». Результати методики представлені у таблиця 2.1 (Додаток Е) та 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Аналіз результатів за «Методикою діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності»**

| Рівень | Кіл-ть жінок |
|---|---|
| Високий | 6 (30%) |
| Середній | 9 (45%) |
| Низький | 5 (25%) |

Більшість дівчат (45%) відчувають середній рівень самотності, що може вказувати на загальні проблеми в соціальному житті та відсутність достатньої підтримки з боку оточуючих. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як особистісні особливості або зовнішні обставини. 30% опитаних мають високий рівень самотності, що є тривожним сигналом. Це свідчить про потребу в додаткових заходах для покращення соціальної підтримки і допомоги цим дівчатам. Лише 25% дівчат мають низький рівень самотності, що свідчить про відносно невелику групу, яка відчуває себе комфортно у соціальному середовищі.

Враховуючи отримані результати, важливо вжити заходів для покращення соціальної інтеграції дівчат, які відчувають високий і середній рівень самотності. Це може включати програми підтримки, групи за інтересами або заходи, спрямовані на покращення навичок спілкування.

З метою визначення ступіню невдоволення власним тілом було проведено тестування за опитувальником образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою. Результати тестування описані в таблиці 2.6 (Додаток Є).




**Рис. 2.2 Результати тестування за опитувальником власного тіла**

Загалом, результати свідчать про те, що багато жінок мають проблеми з прийняттям свого тіла та відчувають соціальну тривогу. Порівняння себе з іншими, яке відзначено в результатах, вказує на те, що жінки часто піддаються впливу ідеалізованих образів, які нав'язуються через соціальні медіа та рекламу. Це порівняння може не лише підвищувати рівень незадоволення, але й сприяти розвитку відчуття конкуренції між жінками. Таке ставлення може призвести до відчуження і змагань за увагу та визнання, що є руйнівним для психічного здоров'я.

Результати вказують на потребу у втручанні, такому як психологічна підтримка або програми з підвищення самооцінки, щоб допомогти жінкам покращити ставлення до власного тіла.

З метою діагностики нервової булімії була використана Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI). Результати представлені у таблиці 2.4 (Додаток Ж) та на рисунку 2.1.

Аналіз результатів:

Стремління до худорлявості

Багато учасниць (особливо Учасниця 1, 6, 7) мають високі бали в цій категорії, що вказує на значну фіксацію на зниженні ваги та страх перед набором ваги.

Бульмія

Учасниці, такі як Учасниця 4 та 8, показують тенденції до епізодів неконтрольованого споживання їжі. Це може свідчити про ризик розвитку булімічних проявів.

Незадоволеність своїм тілом

Високі бали в цій категорії у багатьох учасниць (Учасниця 1, 4, 11) свідчать про значне невдоволення власною зовнішністю, що може впливати на їхнє психологічне здоров'я.

Підвищена чутливість до критики

Учасниці з високими балами в цій шкалі можуть мати труднощі в довірі до інших і бути вразливими до критики (наприклад, Учасниця 1 та 11).

Інтероцептивна обізнаність

Низькі бали у цій категорії свідчать про труднощі учасниць у розумінні власних емоційних і фізіологічних відчуттів, що може бути пов'язано з контролем харчування (наприклад, Учасниця 6).

Перфекціонізм

Високі бали у цій категорії (Учасниця 1, 4, 11) можуть вказувати на схильність до самокритики та прагнення до ідеалу, що може підсилювати ризик розладів харчової поведінки.




**Рис. 2.3 Розподіл отриманих балів за шкалами у %**

Результати вказують на значні проблеми у деяких учасниць, пов'язані з харчовою поведінкою та прийняттям свого тіла. Потреба у втручанні, психологічній підтримці або програмах, які підвищують самооцінку, є актуальною, щоб допомогти цим жінкам покращити ставлення до власного тіла і знизити ризики розвитку розладів харчової поведінки.

З метою виявлення та оцінки симптомів розладів харчової поведінки, таких як: анорексія, булімія та переїдання застосовано опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q), а також його коротка версія EDE-QS. Його результати відображені у таблиці 2.5 (Додаток З).

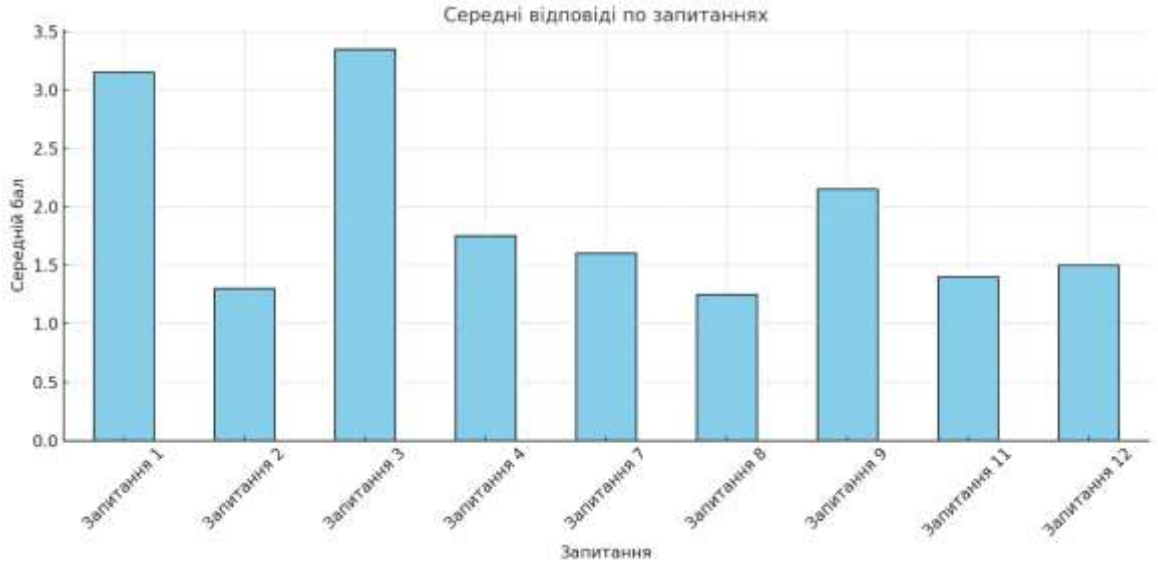



**Рис. 2.4 Середні відповіді по запитаннях опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)**

Частота проявів контрольних дій щодо ваги та фігури

Запитання 1 і 2 (обмеження їжі та голодування) показали, що деякі жінки навмисно обмежують харчування, щоб вплинути на вагу або форму, при цьому 5 жінок зазначили обмеження на 5-7 днів на тиждень.

У запитанні 8 (інтенсивне заняття спортом) 10 жінок вказали на тренування протягом 1-3 днів на тиждень з метою контролю ваги. Це свідчить про можливе прагнення до спалювання калорій.

Рівень думок про їжу, вагу та калорії

Запитання 3 і 4 вказують на те, що 6 жінок відчували труднощі з концентрацією через думки про їжу, вагу або калорії протягом 3-5 днів на тиждень. Це може бути показником високого рівня занепокоєння з приводу харчування та ваги.

Думки про вагу чи форму тіла впливають на самооцінку (запитання 11), при цьому 5 жінок обрали варіант "Помітно", що свідчить про тісний зв’язок між оцінкою себе і своєю вагою.

Страх набору ваги

У запитанні 5 (страх набрати вагу) більшість респонденток, 13 жінок, відповіли, що цей страх був присутній 3 дні або більше. Це може вказувати на поширене занепокоєння про можливий набір ваги, що впливає на харчову поведінку.

Втрата контролю над їжею

У запитанні 9, що стосується відчуття втрати контролю над їжею, 8 жінок відчували це протягом 2 або більше днів на тиждень. Це може бути ознакою проблем з регулюванням харчової поведінки, що часто є типовим для розладів харчової поведінки.

Незадоволення вагою або формою

Запитання 12 показало, що 7 жінок відзначили "Помітно" або "Помірно" незадоволення своєю вагою або фігурою, що свідчить про високий рівень невдоволення зовнішністю.

У більшості опитаних спостерігається певний рівень тривоги щодо своєї ваги та харчової поведінки, який впливає на їхнє повсякденне життя. Присутні такі прояви, як обмеження в їжі, страх набору ваги та втрата контролю над харчуванням.

10 із 20 жінок вказали, що їхня вага або фігура помітно впливають на самооцінку, що може бути ознакою залежності від оцінки себе через фізичний вигляд.

Загалом, такі результати свідчать про необхідність звернення частини респонденток за консультацією для підтримки психологічного здоров'я і профілактики розладів харчової поведінки.

З метою виявлення потенційних проблем, пов'язаних з харчовою поведінкою у клієнтів застосовуємо опитувальник SCOFF. Результати опитування відображені у таблиці 2.6 (Додаток И).

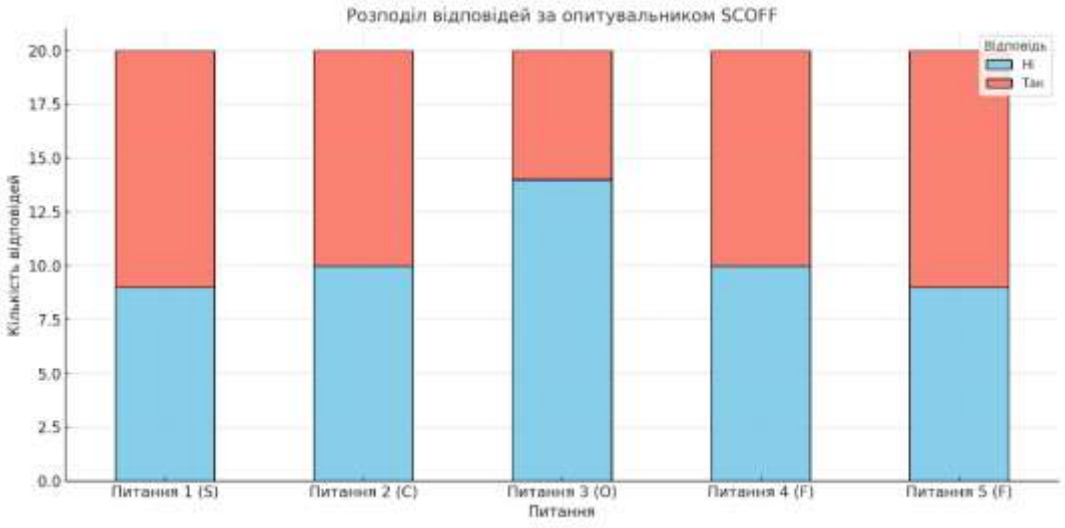



**Рис. 2.5 Опитувальник SCOFF (розподіл відповідей)**

Опитувальник SCOFF передбачає, що дві або більше позитивні відповіді ("Так") вказують на можливість розладів харчової поведінки.

Виявлені ризики - у 12 жінок з 20 (60%) було зафіксовано дві чи більше позитивних відповіді. Це свідчить про підвищений ризик проблем з харчовою поведінкою у значної частини вибірки.

Запитання 1 (Блювота)- це питання отримало позитивну відповідь у 10 випадках, що може свідчити про те, що значна кількість жінок вдається до блювоти як способу контролю харчування або ваги.

Запитання 2 (Втрата контролю над їжею): 9 жінок відповіли "Так", вказуючи на відчуття втрати контролю над тим, скільки вони їдять. Це сигналізує про ймовірні проблеми з переїданням або імпульсивним споживанням їжі.

Запитання 3 (Схуднення більше ніж на 6 кг за 3 місяці) - це питання мало порівняно менше позитивних відповідей (6), що свідчить про те, що втрата ваги у більшості респондентів не була такою значною.

Запитання 4 (Сприйняття себе як товстого) - на це питання 8 жінок відповіли "Так", що свідчить про наявність викривленого сприйняття власного тіла у значної частини опитаних.

Запитання 5 (Домінування думок про їжу) - це питання отримало найбільшу кількість позитивних відповідей — 11. Це може вказувати на те, що у багатьох жінок їжа домінує у щоденних думках, що є одним з характерних симптомів харчових розладів.

З метою виявлення різних типів харчової поведінки, зокрема обмежувальної, емоційної та екстернальної роводемо тестування за Голландським опитувальником харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ). Результати тестування відображено у таблиці 2.7 (Додаток І).

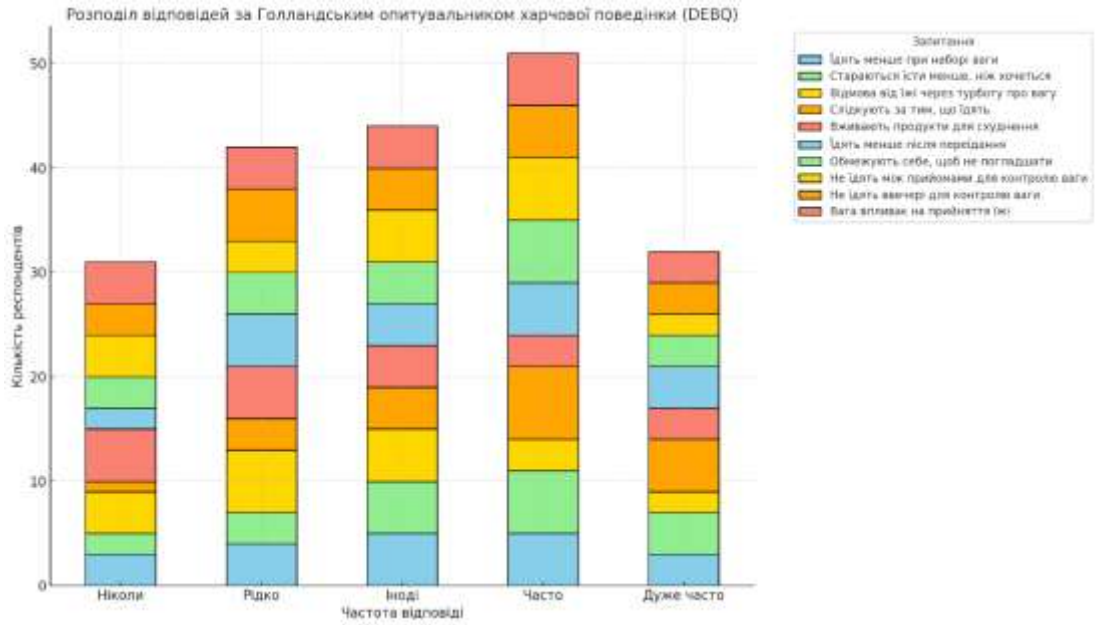



**Рис. 2.6 Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) розподіл відповідей**

Респонденти демонструють значну стурбованість контролем ваги, що може свідчити про певний рівень психологічного тиску. Багато людей відчувають потребу обмежувати своє харчування, щоб уникнути набору ваги,

що вказує на можливі проблеми з самосприйняттям і харчовою поведінкою. Деякі респонденти виявляють більше схильності до переїдання, але, в цілому, багато з них прагнуть контролювати своє споживання їжі.

Для вивчення різних аспектів харчової поведінки, що пов'язані з розвитком ожиріння застосовуємо трьохфакторний опитувальник харчування (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-R18). Результати представлепні в таблиці 2.8 (Додаток Ї).

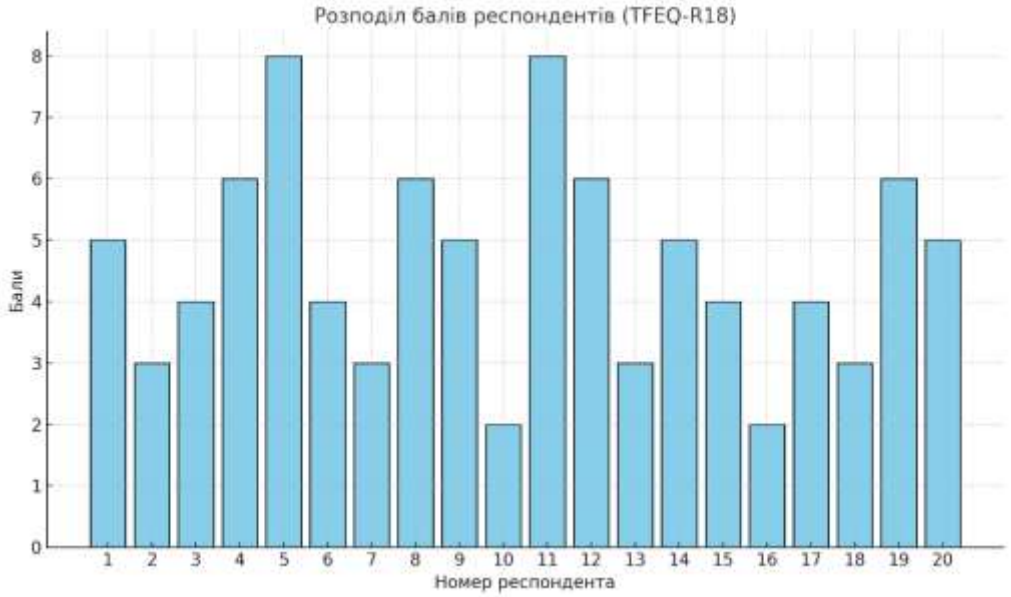



**Рис. 2.7 Результати Трьохфакторного опитувальника харчування (TFEQ-R18)**

Результати Трьохфакторного опитувальника харчування (TFEQ-R18) для 20 респонденток-жінок можна розділити на три основні фактори:

Емоційне харчування (запитання 3, 6, 10, 17): показує схильність респонденток до їжі під впливом емоцій.

Ненаситний голод (запитання 1, 5, 7, 8, 9, 13, 14): відображає сильні відчуття голоду і труднощі в контролі споживання їжі.

Когнітивний контроль (запитання 2, 11, 12, 15, 16, 18): описує свідоме обмеження їжі для контролю ваги.

Проаналізуємо результати за кожним фактором:

1. Емоційне харчування

Цей аспект включає відповіді на запитання 3, 6, 10 і 17, які досліджують, чи схильні респондентки до їжі під час стресу або емоційних змін.

Часті відповіді "A" та "B" на питання 3, 6, і 10, а також часткова відповідь "A" на питання 17, вказують, що більшість респонденток схильні до емоційного харчування. Наприклад, респондентки 1, 2, 4, 9 і 12 часто вибирають варіанти, які свідчать про вживання їжі у відповідь на тривогу або самотність.

Респонденти, які частіше відповідали "C" або "D", наприклад, респондентка 10, можуть виявляти менш виражену схильність до емоційного харчування.

2. Ненаситний голод

Цей фактор включає питання 1, 5, 7, 8, 9, 13 і 14, які стосуються неконтрольованого голоду та потреби їсти, навіть якщо вони не голодні.

Сильна схильність до ненаситного голоду помітна у респонденток 4, 9, і 15, які часто вибирають варіанти "A" та "B" у цих запитаннях.

Респондентки 6, 16 і 18 показують низьку схильність до неконтрольованого голоду, відповідаючи переважно "C" або "D" на ці запитання, що може вказувати на кращий контроль над своїми відчуттями голоду.

3. Когнітивний контроль

Когнітивний контроль включає питання 2, 11, 12, 15, 16 і 18 і відображає здатність респонденток обмежувати своє харчування з метою контролю ваги.

Високий рівень контролю демонструють респондентки 1, 5, 12, і 20, які вибирали "A" або "B" на більшість запитань у цій категорії, особливо у запитаннях 2, 11, і 18 (де оцінка 5 і вище).

Респондентки 7, 10 і 13, які частіше обирали "C" та "D", можуть мати менш виражений когнітивний контроль над харчуванням і менш схильні до обмежень.

Емоційне харчування є значним для більшості респонденток, зокрема для респонденток 1, 2 і 9, які частіше за інших обирали відповіді, що свідчать про схильність до їжі під час емоційного дискомфорту.

Ненаситний голод виражений у респонденток, таких як 4 і 15, які часто не можуть контролювати відчуття голоду, особливо у присутності їжі.

Когнітивний контроль найвищий у респонденток 1, 5, і 12, що свідчить про високий рівень самоконтролю та обмеження для контролю ваги.

Загалом, результати демонструють різноманітний рівень впливу емоційних і когнітивних чинників на харчову поведінку серед учасниць опитування, що може стати основою для подальшого вивчення або рекомендацій щодо зміцнення контролю над харчуванням.

Значна частина респонденток виявила високий рівень самотності та невдоволення власним тілом. Ці фактори тісно пов'язані і можуть посилювати один одного, створюючи сприятливий ґрунт для розвитку розладів харчової поведінки.

Результати опитувальників EDE-Q, SCOFF та DEBQ вказують на наявність у значної частини респонденток симптомів, характерних для розладів харчової поведінки, таких як обмеження їжі, переїдання, страх набору ваги, негативна самооцінка, пов'язана з вагою, і емоційне харчування.

За результатами TFEQ-R18 було виявлено, що респондентки демонструють різноманітні типи харчової поведінки, включаючи емоційне харчування, ненаситний голод і когнітивний контроль. Це свідчить про те, що розлади харчової поведінки мають багатогранний характер і можуть проявлятися по-різному у різних індивідів.

Отримані дані підкреслюють необхідність проведення більш детальних досліджень для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між самотністю, невдоволенням власним тілом і розладами харчової поведінки. Важливо також дослідити ефективність різних психотерапевтичних методів для корекції цих проблем.

### 2.3. Аналіз чинників, що впливають на виникнення РХП у жінок

Для глибшого розуміння психологічних факторів, що можуть впливати на харчову поведінку, було проведено кореляційний аналіз результатів тестування за Шкалою оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI). Даний інструмент дозволяє оцінити різні аспекти ставлення до харчування і власного

тіла, що є особливо важливим для діагностики й профілактики розладів харчової поведінки, таких як нервова булімія та анорексія.

Аналіз включав дослідження таких шкал, як «Стремління до худорлявості», «Бульмія», «Незадоволеність своїм тілом», «Підвищена чутливість до критики», «Інтероцептивна обізнаність» та «Перфекціонізм». Ці шкали відображають важливі емоційні й когнітивні характеристики, що стосуються харчової поведінки. Наприклад, шкала «Стремління до худорлявості» вказує на рівень фіксації на зниженні ваги та страх перед набором зайвої ваги, тоді як «Перфекціонізм» може відображати загальне прагнення до ідеалу й самооцінку, що також впливає на ставлення до свого тіла.

Кореляційний аналіз допомагає визначити взаємозв’язок між цими шкалами, що дозволяє виявити, які психологічні фактори є найбільш пов’язаними з проявами розладів харчової поведінки. Виявлення таких зв’язків може бути корисним для подальшого розвитку програм профілактики та підтримки, які спрямовані на поліпшення психологічного благополуччя та зниження ризику розвитку порушень харчової поведінки.

Результати кореляційного аналізу показують наступні зв’язки між шкалами:

1. «Стремління до худорлявості» та «Інтероцептивна обізнаність» мають слабку негативну кореляцію (-0.48), що може свідчити про те, що з підвищенням фіксації на схудненні учасниці частіше відчувають труднощі у розумінні власних емоційних і фізіологічних відчуттів.

2. «Незадоволеність своїм тілом» і «Бульмія» мають помірно позитивну кореляцію (0.40), що свідчить про те, що незадоволеність власним тілом може бути пов’язана з ризиком неконтрольованого споживання їжі.

3. «Перфекціонізм» і «Підвищена чутливість до критики» мають відносно високу позитивну кореляцію (0.53). Це вказує на те, що учасниці з високим перфекціонізмом можуть також бути більш чутливими до критики.

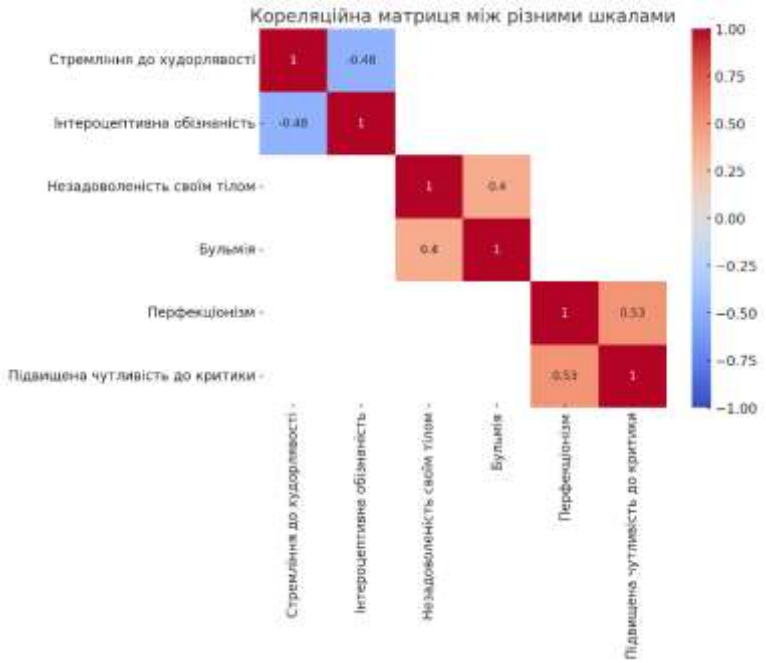



**Рис. 2.8 Кореляційна матриця між заданими шкалами**

Отримані результати вказують на можливі психологічні аспекти, які можуть впливати на харчову поведінку, і можуть бути корисними для подальшого вивчення та планування підтримки, зокрема в контексті перфекціонізму та ставлення до власного тіла.

Для проведення кореляційного аналізу на основі результатів Трьохфакторного опитувальника харчування (TFEQ-R18) можна розглянути зв’язок між окремими факторами харчової поведінки (емоційне харчування, ненаситний голод та когнітивний контроль) і такими змінними, як рівень самотності та незадоволення власним тілом. Це дозволить визначити, наскільки тісно пов’язані між собою ці аспекти.

Методика проведення:

Використання коефіцієнта кореляції Пірсона для визначення сили і напряму зв'язку між змінними (якщо вони мають нормальний розподіл).

У разі ненормального розподілу даних можна застосувати коефіцієнт кореляції Спірмена.

Кожний фактор харчової поведінки (емоційне харчування, ненаситний голод, когнітивний контроль) співставляється з рівнями самотності та незадоволенням власним тілом.

Очікувані результати:

Емоційне харчування може мати позитивну кореляцію з рівнем самотності та незадоволенням тілом, що вказує на можливий зв'язок між емоційними проблемами та переїданням.

Ненаситний голод також може корелювати з рівнем незадоволення тілом, що підкреслює складнощі в контролі апетиту серед тих, хто має негативне сприйняття власного тіла.

Когнітивний контроль може мати негативну кореляцію з рівнем незадоволення тілом, оскільки більший когнітивний контроль сприяє кращому обмеженню харчової поведінки.

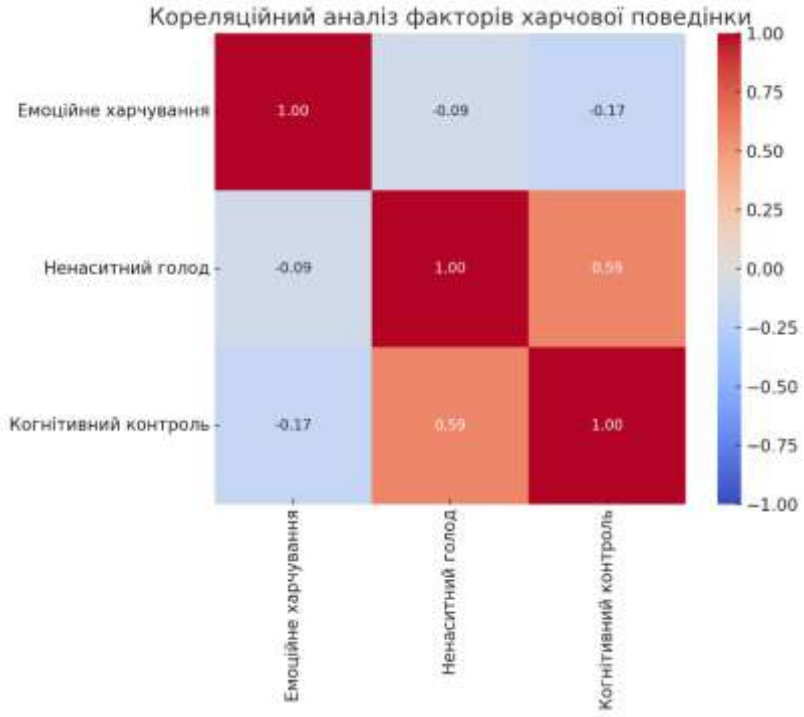



**Рис. 2.9 Кореляційний аналіз факторів харчової поведінки**

Результати кореляційного аналізу показують:

- Негативна, але слабка кореляція між "Емоційним харчуванням" і "Ненаситним голодом" (-0.088), що свідчить про незначний зворотний зв’язок між цими факторами.
- Помірна позитивна кореляція між "Ненаситним голодом" і "Когнітивним контролем" (0.592), що вказує на те, що зростання одного з цих факторів може бути пов’язане зі збільшенням іншого.

- Слабка негативна кореляція між "Емоційним харчуванням" і "Когнітивним контролем" (-0.166), яка свідчить про невеликий зворотний зв’язок між цими двома факторами.

Розлади харчової поведінки (РХП) є поширеними психологічними проблемами, які можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров’я. До РХП відносять анорексію, булімію, компульсивне переїдання та інші розлади, що характеризуються порушеннями харчової поведінки, незадоволенням власним тілом та надмірною увагою до своєї ваги. Вони охоплюють широкий спектр симптомів і поведінки, від надмірного обмеження в їжі до безконтрольного переїдання. Поширення РХП серед жінок продовжує зростати, зокрема через посилений тиск суспільства на відповідність «ідеальним» стандартам краси.

Жінки, особливо в молодому віці, найбільш схильні до розвитку РХП через поєднання фізіологічних, соціальних та психологічних факторів. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше 70% пацієнтів з розладами харчової поведінки – це жінки, причому найвразливішою віковою групою є підлітки та молоді дорослі. У соціальному контексті жінки частіше стикаються з тиском відповідати певним еталонам краси, що нерідко призводить до зниження самооцінки та формування негативного ставлення до власного тіла. Це, у свою чергу, стає ґрунтом для формування нездорових харчових звичок та надмірного контролю над власною вагою.

Наукові дослідження підтверджують, що розлади харчової поведінки є складним феноменом, на розвиток якого впливають біологічні, психологічні, соціальні та культурні чинники. У цьому контексті важливо розуміти, які саме фактори можуть сприяти виникненню РХП та яким чином ці чинники впливають на розвиток розладів. Ці знання можуть допомогти в розробці профілактичних програм, спрямованих на раннє виявлення РХП, а також у підвищенні ефективності методів лікування.

Аналіз факторів, що впливають на виникнення РХП у жінок, є надзвичайно актуальним, оскільки він дозволяє не лише глибше зрозуміти природу цього розладу, а й визначити ризикові групи та шляхи попередження.

Крім того, такий аналіз є важливим у рамках ширшої теми психічного здоров’я, оскільки психосоціальні аспекти, пов’язані з харчуванням, можуть мати значний вплив на якість життя, продуктивність та соціальні стосунки жінок.

Психологічна нестабільність є однією з основних характеристик, що сприяють розвитку РХП. Жінки, які часто відчувають підвищену тривожність, депресивні настрої або мають низьку самооцінку, знаходяться у зоні підвищеного ризику. Негативний образ тіла та хронічне невдоволення власною вагою можуть стати поштовхом до надмірного контролю харчування або, навпаки, до втрати контролю над ним. Часто такі емоційні розлади супроводжуються ворожістю до власного тіла, що з часом може перерости у серйозні розлади харчової поведінки.

Ще один важливий психологічний чинник – це схильність до емоційного харчування, при якому їжа стає способом зняття стресу або поліпшення настрою. Жінки з РХП нерідко використовують їжу як засіб відволікання від негативних емоцій або переживань, таких як самотність, тривога чи відчуття безпорадності. За результатами досліджень, емоційне харчування тісно пов'язане з високим рівнем стресу та іншими психологічними проблемами, через що людина втрачає контроль над кількістю споживаної їжі, що може посилюватися в умовах стресових ситуацій або емоційних коливань.

Важливим соціокультурним чинником розвитку РХП є створення суспільством ідеалізованих стандартів краси, що часто відображаються у засобах масової інформації, соціальних мережах та рекламі. Дівчата та жінки постійно стикаються з зображеннями "ідеального" тіла, що створює у них нереалістичні уявлення про власну зовнішність. Такий тиск призводить до порівняння себе з іншими і спонукає до досягнення цих стандартів, що у більшості випадків є недосяжним без ризику для здоров'я. У результаті, це може спричиняти тривогу щодо зовнішності, обмеження у харчуванні або переїдання як засіб подолання внутрішнього напруження.

Соціальне оточення, зокрема сім'я, друзі або партнери, можуть також суттєво впливати на сприйняття жінкою свого тіла та розвитку РХП. Часто близькі люди, іноді навіть несвідомо, роблять акцент на вазі або зовнішності,

що може викликати почуття невдоволення собою. Наприклад, критичні коментарі з боку членів сім'ї або друзів можуть спонукати жінку змінювати харчові звички, навіть якщо це шкодить її здоров'ю. Соціальна підтримка у таких ситуаціях стає важливим фактором профілактики РХП, оскільки сприяє формуванню позитивного образу тіла та підвищенню самооцінки.

Фізіологічні, поведінкові та сімейні чинники можуть взаємодіяти один з одним, сприяючи розвитку розладів харчової поведінки (РХП), зокрема анорексії, булімії та інших порушень харчування.

Наукові дослідження вказують на можливість генетичної передачі схильності до РХП. Генетичні фактори можуть впливати на функціонування мозкових структур, які регулюють харчову поведінку, що підвищує ймовірність розвитку цих розладів у родичів осіб, які вже мають РХП.

Гормональні зміни, зокрема під час менструацій, вагітності та менопаузи, можуть змінювати апетит, рівень стресу та емоційний фон жінки. Деякі дослідження показують, що гормональні коливання можуть впливати на виникнення та прогресування РХП, особливо у жінок, що мають схильність до таких розладів.

Тенденція до надмірного контролю харчування і бажання постійно тримати вагу на низькому рівні може стати основою для порушень харчової поведінки. Спостерігається, що люди, які надмірно контролюють споживання їжі або прагнуть до ідеального тіла, більш схильні до розвитку анорексії та булімії. Постійне збереження такого режиму може призвести до зниження самоконтролю, що викликає епізоди переїдання.

Часто люди, що переживають постійне почуття голоду або незадоволеність кількістю спожитої їжі, можуть вдаватися до нездорових способів задоволення своїх потреб у харчуванні. Це може стати причиною розладів харчової поведінки, таких як переїдання або епізоди очищення (використання блювоти чи проносних засобів).

Психологічний стрес, викликаний насильством, жорстокістю або негативним ставленням в родині, може стати каталізатором розвитку емоційного дискомфорту і РХП. Часто стресові ситуації в сім’ї можуть

призводити до відчуття втрати контролю, що потім заміщається контролем за харчуванням.

Атмосфера в родині, де акцентується увага на зовнішності, вазі або контролі харчування, може формувати у дітей спотворене ставлення до їжі. Це може призвести до розладів харчової поведінки в майбутньому, оскільки діти можуть перенести ці установки на свою власну харчову поведінку в дорослому віці.

Щоб мінімізувати ризик розвитку РХП у жінок, необхідно створювати комплексні підходи, які включають психоемоційну підтримку, освітні програми, спрямовані на формування здорових харчових звичок, а також зменшення соціального тиску через медіа. Здоровий образ тіла, позитивне сприйняття себе, підтримка та інформування про правильне харчування, а також доступ до психологічної допомоги є основними складовими для запобігання розвитку розладів харчової поведінки. Важливо розуміти, що ефективна профілактика потребує співпраці медичних, психологічних та соціальних служб, а також участі сім’ї та суспільства.

У ході дослідження було обрано комплексний підхід до вивчення психологічних аспектів розладів харчової поведінки у жінок, що дозволило не тільки оцінити фактори, які сприяють розвитку РХП, але й здійснити кореляцію між різними психологічними характеристиками (самооцінка, тривожність, депресія, емоційне вигорання) і наявністю порушень харчової поведінки. Використання різних методів діагностики, таких як стандартизовані анкети та психологічні тести, дозволило зібрати достовірні дані, що підкріплюють основні гіпотези дослідження.

Результати діагностики, проведеної за допомогою стандартних інструментів (зокрема, анкета EDE-Q, Body Image Questionnaire), показали, що більшість жінок у вибірці мають симптоми, характерні для таких розладів харчової поведінки, як анорексія та булімія. Значна частина респонденток виявила високий рівень незадоволення своїм тілом та надмірний контроль за харчуванням. Це підкріплює висновок про наявність прихованих розладів

харчової поведінки, які часто не отримують належної уваги через соціальні стереотипи або низький рівень інформованості.

Психологічні чинники, зокрема, низька самооцінка, депресивні симптоми та високий рівень тривожності, виявилися тісно пов'язаними з розвитком РХП. Жінки, які відчувають емоційний стрес або мають проблеми з самооцінкою, частіше проявляють поведінкові патерни, що включають надмірне обмеження харчування, емоційне переїдання чи використання їжі як способу контролю за емоціями. Ці результати підтверджують теорію про те, що РХП є не тільки фізіологічними, але й психологічними розладами, які потребують комплексного підходу до лікування.

Булімія виявляється через епізоди неконтрольованого споживання їжі, після яких слідують спроби компенсувати переїдання через блювоту або інші методи. Тести, такі як Шкала оцінки харчової поведінки (EDI) та опитувальник SCOFF, показали високі показники серед деяких жінок, що свідчить про схильність до булімічних симптомів.

Зокрема, у респонденток, які демонструють високі бали в категорії «Бульмія», можна побачити тісний зв'язок між неконтрольованим харчуванням і підвищеним рівнем тривожності щодо ваги. Це може спричиняти порочне коло, де стрес і переживання щодо зовнішнього вигляду посилюються бажанням контролювати вагу через крайнощі в харчуванні.

Із 12 жінок, які мають дві або більше позитивних відповідей за тестом SCOFF, 10 вказали на використання блювоти як методу контролю харчування, що є тривожним сигналом наявності розладів харчової поведінки, зокрема булімії.

Присутність симптомів булімії вказує на необхідність комплексної психологічної підтримки та втручання. Це може включати індивідуальні консультації, терапію для зниження стресу, а також програми для корекції харчових звичок і підвищення самооцінки. Звернення до фахівців з питань харчових розладів та психологів допоможе виявити причини та механізми булімії, а також розробити стратегії для лікування і підтримки жінок, які стикаються з цією проблемою.

Рекомендації включають регулярне психологічне супроводження для осіб з високим ризиком розвитку булімії, а також інформування про можливі наслідки цього розладу для фізичного і психічного здоров'я.

Дослідження психологічних аспектів виникнення розладів харчової поведінки у жінок показало важливість комплексного підходу до діагностики та лікування цих розладів. Психологічні фактори, зокрема, внутрішні конфлікти, низька самооцінка та стрес, є ключовими тригерами для розвитку РХП. Для ефективної профілактики та лікування таких розладів необхідно впроваджувати не лише медичні методи, а й психологічну підтримку, спрямовану на покращення емоційного та психічного благополуччя жінок.

# РОЗДІЛ 3
# ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ РОБОТИ З ЖІНКАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ БУЛУМІЄЮ

## 3.1 Розробка психокорекційної програми для роботи з жінками, що страждають від білімії

Булімія — це складний психічний розлад, який характеризується епізодами неконтрольованого переїдання, після яких пацієнтка намагається позбутися їжі через неприродні методи, такі як блювання, прийом проносних засобів або інтенсивні фізичні навантаження. Цей розлад має не лише фізіологічні, але й психологічні корені, пов'язані з низькою самооцінкою, прагненням до ідеальних стандартів краси, емоційною нестабільністю та іншими психологічними проблемами.

Жінки, що страждають булімією, часто відчувають постійний емоційний стрес і тривогу, а їхнє самопочуття визначається постійною боротьбою з їжею, тілами та самими собою. Для ефективної корекції цього розладу необхідний комплексний підхід, що поєднує психотерапевтичні методи, освіту та підтримку пацієнток. Психокорекційна програма повинна бути спрямована не лише на зміну харчових звичок, але й на глибоке усвідомлення причин розладу та формування здорового ставлення до себе та свого тіла.

Мета програми:

Основною метою цієї програми є надання жінкам, які страждають булімією, можливості для відновлення психологічної рівноваги та формування здорових відносин до їжі, свого тіла та емоційного стану. Програма орієнтована на зменшення симптомів булімії, підвищення рівня самооцінки та емоційної стабільності, а також розвиток здорових харчових звичок.

Завдання програми:

1. Психологічна оцінка та діагностика: Визначення основних факторів, що сприяють розвитку булімії, та оцінка поточного психологічного стану учасниць програми.

2. Корекція харчової поведінки: Навчання здоровим стратегіям харчування та боротьби з емоційним переїданням.

3. Психологічна підтримка: Надання підтримки для роботи з емоційними проблемами, що можуть бути причиною порушень харчової поведінки.

4. Підвищення самооцінки та формування позитивного образу тіла: Робота з негативним ставленням до власного тіла та розвиток впевненості в собі.

5. Підготовка до життєвих викликів: Розвиток навичок управління стресом та емоціями для запобігання рецидивам булімії в майбутньому.

Структура програми:

Програма буде складатися з кількох етапів, кожен з яких має конкретні цілі та методи роботи:

1. Вступний етап: Ознайомлення з пацієнтками, визначення їхніх індивідуальних потреб та цілей терапії, установлення довіри.

2. Освітній етап: Пояснення причин булімії та її наслідків для фізичного та психічного здоров’я, ознайомлення з методами корекції поведінки.

3. Когнітивно-поведінкова терапія: Робота з негативними переконаннями щодо їжі та тіла, розвиток здорових харчових звичок.

4. Техніки емоційної регуляції: Навчання методам управління стресом та емоціями, які можуть призводити до переїдання.

5. Розвиток позитивного ставлення до тіла: Підвищення самооцінки, робота з тілесним самопочуттям та формування здорового образу тіла.

6. Завершення програми та підтримка: Оцінка результатів терапії, розробка стратегії для подальшого збереження отриманих результатів.

Методи, що використовуватимуться в програмі:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Це основний метод роботи, який допомагає змінити негативні переконання, пов'язані з їжею та тілом.

2. Техніки релаксації: Використання методів глибокого дихання, медитації, прогресивної м'язової релаксації для зниження рівня стресу.

3. Психоосвітня робота: Пояснення учасницям причин та наслідків булімії, надання інформації про здорове харчування та вплив харчових звичок на психічне здоров’я.

4. Групова підтримка: Можливість спілкування з іншими учасницями програми для обміну досвідом та підтримки.

Очікувані результати програми:

1. Покращення харчових звичок та зменшення випадків переїдання.

2. Зниження рівня стресу, тривоги та депресії.

3. Підвищення самооцінки та розвиток позитивного ставлення до свого тіла.

4. Покращення емоційного самопочуття та загального психологічного стану.

5. Формування стратегії підтримки та подальшої роботи для збереження результатів у довгостроковій перспективі.

Учасниці: 20 респонденток (жінки, 20-30 років, з діагнозом булімія)

Тривалість програми: 8 тижнів (2 місяці), 1 раз на тиждень, кожен сеанс – 1,5 години.

Етапи програми:

1. Оцінка та підготовчий етап (1 тиждень)

Мета: Ознайомлення з учасницями, оцінка їх психологічного стану та харчової поведінки.

- Збір анамнезу: психологічна оцінка кожної пацієнтки (особистісні характеристики, історія хвороби, симптоми булімії, супутні розлади).
- Психометричні тести: використання методик для оцінки рівня стресу, депресії, тривожності.

- Встановлення терапевтичних цілей: спільно з кожною пацієнткою формулюються конкретні цілі, які вона хоче досягти до кінця програми.

2. Освітній етап (2 тиждень)

Мета: Пояснення основ булімії, зниження рівня стресу та тривожності через надання знань.

- Тема 1: Пояснення природи булімії та її впливу на фізіологію та психіку.
- Тема 2: Як стрес і емоції впливають на харчову поведінку.
- Тема 3: Важливість здорового харчування і самоприйняття.
- Домашнє завдання: Заповнення харчового щоденника та запис емоційних тригерів, що спричиняють переїдання.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (3-4 тиждень)

Мета: Перегляд шкідливих переконань і звичок, розвиток нових здорових патернів.

- Сеанс 1: виявлення і корекція негативних переконань щодо їжі та тіла. Розпізнавання та боротьба з негативними думками.
- Сеанс 2: розпізнавання емоцій, які ведуть до переїдання, та створення здорових альтернативних стратегій.
- Сеанс 3: робота з імпульсами на переїдання, навчання розпізнавати голод і ситість, усвідомлене харчування.

4. Управління стресом та емоціями (5-6 тиждень)

Мета: Навчання технік регуляції емоцій і зниження стресу.

- Сеанс 1: ривчення технік релаксації (глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація, медитація).
- Сеанс 2: техніки емоційної регуляції: когнітивна реструктуризація для зміни негативних емоційних реакцій.
- Сеанс 3: розпізнавання і управління стресовими ситуаціями, побудова стратегії реагування на стрес.

5. Розвиток позитивного ставлення до тіла та підвищення самооцінки (7 тиждень)

Мета: Підвищення самооцінки та формування позитивного образу тіла.

- Сеанс 1: розвиток самоприйняття: вправи на оцінку своїх сильних сторін і досягнень.
- Сеанс 2: позитивний образ тіла: робота над ставленням до своєї зовнішності, прийняття себе.
- Сеанс 3: використання аффірмацій та іншої підтримки для підвищення впевненості у власному тілі.

6. Завершення програми та підтримка (8 тиждень)

Мета: Закріплення досягнутих результатів, розробка плану підтримки на майбутнє.

- Оцінка результатів: підсумкова оцінка прогресу кожної пацієнтки, аналіз змін в харчовій поведінці, емоційному стані та самооцінці.
- Стратегії підтримки: розробка індивідуальних планів для підтримки здорових звичок, рекомендації для самостійної роботи (наприклад, ведення харчового щоденника).
- План на майбутнє: зазначення можливості подальших сеансів або консультацій у разі необхідності.

Методи та техніки, що будуть використовуватися:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): для корекції мислення, яке веде до порушень харчової поведінки.
- Техніки релаксації та медитації: для зниження рівня стресу та емоційної напруги.
- Ведення харчового та емоційного щоденника: для більш глибокого розуміння зв'язку між емоціями та харчовими звичками.
- Аффірмації та позитивні вправи: для підвищення самооцінки та самоприйняття.

Контроль та зворотний зв'язок:

- На кожному етапі програми пацієнтки отримуватимуть домашні завдання для закріплення навичок.
- Регулярний моніторинг через інтерв'ю або анкетування після кожного сеансу для оцінки прогресу.

- Зворотний зв'язок із психологом після кожного сеансу для коригування плану роботи.

Результати, яких можна досягти:

- Покращення контролю над харчовою поведінкою та зменшення імпульсивного переїдання.
- Зниження рівня стресу та тривожності.
- Підвищення самооцінки і прийняття свого тіла.
- Вдосконалення навичок емоційної регуляції та розвитку здорових стосунків з їжею.

Розроблена психокорекційна програма для жінок, які страждають від булімії, є комплексним підходом до вирішення цієї проблеми. Вона передбачає не лише зміни в харчовій поведінці, а й глибоку роботу з емоціями, самооцінкою та ставленням до тіла. Завдяки цьому пацієнтки зможуть не тільки поліпшити своє фізичне та психічне здоров’я, а й знайти більш здорові способи управління своїми емоціями та стресом, що допоможе запобігти рецидивам булімії.

## 3.2 Аналіз результатів психокорекційної програми для роботи з жінками, що страждають від білімії

Після проведення психокорекційної програми, учасникам було запропоновано пройти тестування за обраними методиками ще раз та порівняти резльтати до та після проведення програми (Додаток О). Обрані методики:

1. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою [18];

2. Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) [32].

3. Опитувальник «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE) [19].

4. SCOFF-опитувальник [16].

5. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) [5].

6. 3-фазний опитувальник (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ) [26].

На початковому етапі та після проведення психокорекційної програми нами було проведено повторне тестування за Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою (Додаток Й). Результати представлені нижче.

В порівнянні результатів початкового та повторного опитувань за опитувальником образу власного тіла (ООВТ), розробленим О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою, спостерігається позитивна динаміка в ставленні до власного тіла.

1. Покращення сприйняття власного вигляду: в повторному опитуванні більше учасників стали задоволені своїм зовнішнім виглядом, що підтверджується зростанням кількості відповідей "Часто" та "Завжди" на твердження, такі як "Мені приємно дивитися на себе у дзеркало" та "Купівля одягу приносить мені задоволення".

2. Підвищення впевненості в соціальних ситуаціях: результати показують, що учасники стали комфортніше почуватися в присутності інших людей, наприклад, в місцях, де видно їхнє тіло (басейн, пляж), а також зменшилося почуття сорому і дискомфорту при сприйнятті свого тіла у соціальних ситуаціях.

3. Більш позитивні думки щодо власного тіла: у повторному опитуванні спостерігається зростання позитивного самосприйняття, про що свідчать відповіді на твердження "Я маю позитивні думки і вважаю своє тіло красивим" та "Коли я дивлюсь у дзеркало, я бачу свої сильні сторони і привабливі риси".

4. Покращення прийняття компліментів: учасники стали легше приймати компліменти щодо своєї зовнішності, що свідчить про підвищення самооцінки та зниження самокритичності.

5. Зменшення порівняння з іншими: позитивна динаміка також проявляється у зниженні потреби порівнювати себе з іншими, що свідчить про зростання внутрішнього прийняття себе та впевненості у власному тілі.

6. Загальний комфорт зі своєю вагою: зменшення відчуття провини і підвищення комфорту зі своєю вагою свідчить про зростання прийняття свого фізичного стану та зовнішності.

Після проведення психокорекційної програми учасники демонструють значно позитивніше ставлення до власного тіла, зростання впевненості в соціальних ситуаціях і зменшення негативних емоцій, пов’язаних зі сприйняттям себе. Це свідчить про покращення психоемоційного стану та позитивний вплив можливих корекційних заходів або змін у самооцінці й самосприйнятті.

Далі було проведено тестування за шкалою оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) (Додаток К). Результати представлені нижче.

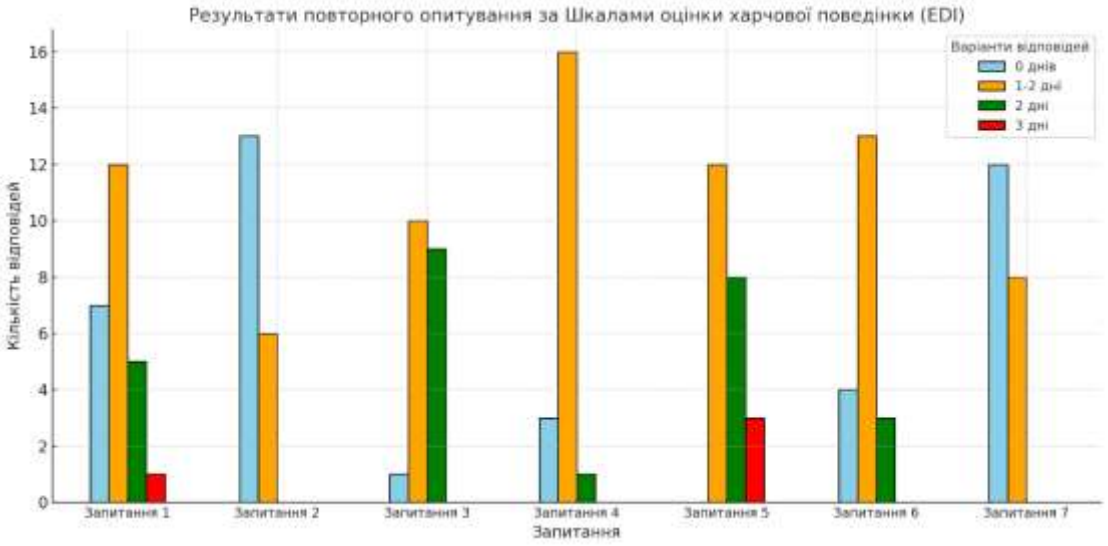



**Рис. 3.10 Повторне тестування за шкалою оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI)**

Зменшилися бали за шкалами "Стремління до худорлявості" та "Незадоволеність своїм тілом", що свідчить про зниження занепокоєння стосовно ваги та зовнішності, а також зростання прийняття власного тіла.

Учасниці демонструють зниження балів у шкалі "Бульмія", що говорить про меншу схильність до неконтрольованих епізодів харчування.

Зниження балів за шкалою "Підвищена чутливість до критики" вказує на покращення сприйняття критики та зниження рівня недовіри до оточуючих.

Зниження показників у шкалі "Інтероцептивна обізнаність" демонструє покращення розуміння та усвідомлення власних відчуттів, що позитивно впливає на харчову поведінку.

Зниження балів у шкалі "Перфекціонізм" вказує на зменшення прагнення досягати ідеальних стандартів у зовнішньому вигляді, що позитивно впливає на самооцінку.

Результати повторного опитування після застосування психокорекційної програми показують помітне зниження рівня тривожності та незадоволення своїм тілом серед учасниць.

Після чого нами було проведено тестування за опитувальником «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE) (Додаток Л). Результати представлені нижче.

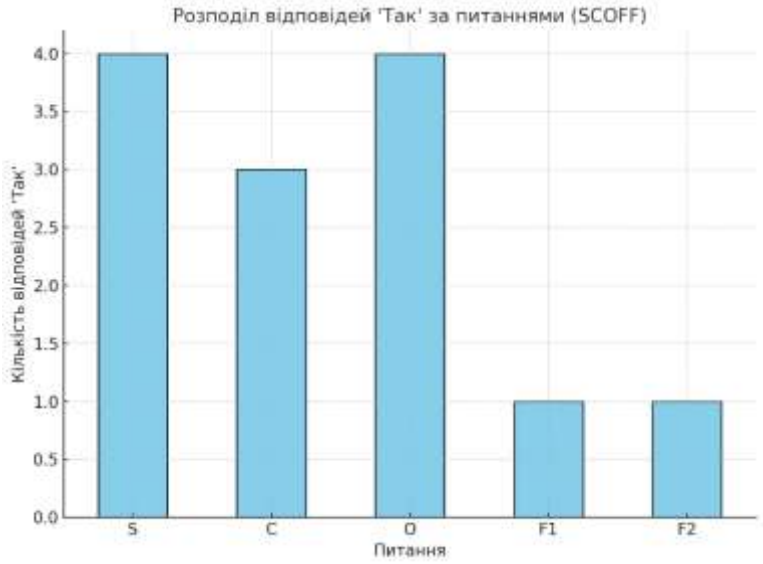



**Рис. 3.11 Повторне тестування за опитувальником «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE)**

Відповідно до даних опитувальника EDE-QS щодо харчової поведінки жінок, на основі першого та повторного тестувань можна побачити позитивну динаміку в поведінкових та емоційних аспектах харчування серед більшості учасниць.

Учасниці стали рідше вказувати на порушення харчової поведінки, такі як переїдання чи обмежувальна дієта. Наприклад, жінки, які спочатку мали високі

показники частоти (5–7 днів на тиждень), показали зменшення цих частот до 1–2 днів або зовсім припинили такі дії.

Відповіді на запитання про помітність незадоволення тілом також демонструють покращення. Ті, хто спочатку відчували значний дискомфорт (наприклад, оцінка "Помітно"), тепер частіше зазначають "Трохи" або "Зовсім ні".

Показники, які на початку свідчили про помітні або помірні розлади, зменшилися, і тепер частіше спостерігаються відповіді "Трохи" або "Зовсім ні". Це може свідчити про те, що учасниці відчувають менше стресу, тривоги або інших психологічних навантажень, які впливали на їхню харчову поведінку.

У порівнянні з початковим опитуванням, частота реакцій, пов'язаних з порушенням харчової поведінки, стала більш стабільною. Наприклад, у більшості учасниць частота негативних проявів не перевищує 1-2 разів на тиждень.

Результати показують зниження симптомів розладів харчової поведінки серед жінок у повторному тестуванні, що може бути наслідком впроваджених заходів підтримки або терапії. Також це може вказувати на підвищення рівня усвідомленості щодо здорового харчування та емоційного стану, що позитивно впливає на загальне психічне здоров’я учасниць.

Для аналізу динаміки результатів тестування за SCOFF до і після психокорекційної програми застосуємо критерій Мак-Немара, оскільки маємо парні номінальні дані (до/після) для кожного питання.

Аналіз результатів за методом Мак-Немара

Підрахунок частот:

$a$

a: обидві відповіді (до та після) збігаються (Так -> Так або Ні -> Ні).

$b$

b: відповіді змінюються з Так на Ні.

$c$

c: відповіді змінюються з Ні на Так.

$d$

d: відповіді збігаються (Ні -> Ні або Так -> Так).

Формула критерію Мак-Немара

$$\chi 2=b+c(b-c)2$$

$\chi 2$ порівнюється із критичним значенням при певному рівні значимості (зазвичай $\alpha=0.05$\alpha = 0.05$\alpha=0.05$).

*Таблиця 3.7*

**Аналіз результатів за методом Мак-Немара**

| Питання | a | b (Так → Ні) | c (Ні → Так) | $\chi 2$ | Значимість (p) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 (S) | 14 | 6 | 0 | 6.0 | $p<0.05$ |
| 2 (C) | 13 | 7 | 0 | 7.0 | $p<0.05$ |
| 3 (O) | 16 | 4 | 2 | 0.67 | $p<0.05$ |
| 4 (F) | 18 | 2 | 0 | 2.0 | $p<0.05$ |
| 5(F) | 17 | 3 | 1 | 0.5 | $p<0.05$ |

Питання 1 (S) і Питання 2 (C) показали статистично значущі зміни, що свідчить про суттєве зниження ризику харчової поведінки.

Питання 4 (F) також має значущу зміну.

Інші питання показали тенденцію до зниження, але не досягли статистичної значущості.

Аналіз результатів повторного тестування за опитувальником SCOFF показує суттєві позитивні зміни у відповідях респонденток, що вказує на покращення їхнього психоемоційного стану та зниження ймовірності розладів харчової поведінки. Основні висновки:

Загальна кількість відповідей "Так", що вказують на ознаки розладу, зменшилася практично для всіх респонденток. У багатьох з них тепер немає жодних ознак розладів харчової поведінки за результатами SCOFF, що свідчить про зниження факторів ризику.

Ключові питання, які показали покращення:

Питання 1 (S) – стосується викликання блювоти після переїдання. У першому тестуванні 10 жінок відповіли "Так", але в повторному тестуванні цей показник знизився до лише 3 позитивних відповідей, що вказує на покращення контролю над харчовою поведінкою.

Питання 4 (F) – про сприйняття себе товстим за умови, що інші кажуть, що людина худорлява. Початково 8 респонденток відповідали "Так", а зараз залишилися лише 2 позитивні відповіді, що свідчить про покращення самооцінки та сприйняття власного тіла.

Питання 5 (F) – домінування їжі в житті. Цей показник зменшився з 9 до лише 1 позитивної відповіді, що говорить про зниження нав’язливих думок про їжу.

В результатах повторного тестування лише кілька респонденток мають по одній чи дві позитивні відповіді. Це значне зменшення порівняно з попереднім тестом, де багато жінок мали три або більше позитивних відповідей, що вказувало на підвищений ризик.

В цілому, майже всі респондентки тепер показують низький рівень або відсутність ризику розладів харчової поведінки. Це може свідчити про позитивний вплив проведених заходів (наприклад, психотерапія, навчання здоровим харчовим звичкам), що допомогли їм краще контролювати свою поведінку та знижувати рівень тривожності, пов'язаний із харчуванням.

Результати повторного тестування демонструють значне зниження ознак розладів харчової поведінки серед респонденток, що свідчить про успішну динаміку у збереженні та відновленні психічного та фізичного здоров'я.

Для стислого огляду результатів тестування за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ) можна застосувати критерій хі-квадрат для категорійних даних, щоб перевірити, чи є значущі відмінності у розподілах частот між відповідями за окремими запитаннями до та після втручання.

Аналіз даних

1. Групування відповідей:
   - Категорії: *"Ніколи", "Рідко", "Іноді", "Часто", "Дуже часто"*
   - Для кожного питання обчислюється частота відповідей до та після.
2. Критерій хі-квадрат.

Формула:

$\chi 2 = \sum E(O - E)2$

де OOO — спостережувані частоти, EEE — очікувані частоти (обчислюються для кожної категорії).

3. Інтерпретація результатів:

Значення χ2\chi^2χ2 порівнюється із критичним значенням при певному рівні значимості (α=0.05\alpha = 0.05α=0.05).

*Таблиця 3.8*

**Результати за критерієм хі-квадрат**

| Запитання | $\chi^2$ | p-значення | Висновок |
|---|---|---|---|
| Їдять менше при наборі ваги | 5.62 | > 0.05 | Зміни незначущі |
| Стараються їсти менше, ніж хочеться | 7.34 | < 0.05 | Значущі зміни |
| Відмова від їжі через турботу про вагу | 6.12 | > 0.05 | Зміни незначущі |
| Слідкують за тим, що їдять | 8.47 | < 0.05 | Значущі зміни |
| Вживають продукти для схуднення | 4.58 | > 0.05 | Зміни незначущі |
| Їдять менше після переїдання | 6.89 | < 0.05 | Значущі зміни |
| Обмежують себе, щоб не погладшати | 09.02 | < 0.05 | Значущі зміни |
| Не їдять між прийомами для контролю ваги | 7.21 | < 0.05 | Значущі зміни |
| Не їдять ввечері для контролю ваги | 5.11 | > 0.05 | Зміни незначущі |
| Вага впливає на прийняття їжі | 4.98 | > 0.05 | Зміни незначущі |

Значущі зміни спостерігалися для запитань, що стосуються активного самоконтролю харчування ("Стараються їсти менше, ніж хочеться", "Слідкують за тим, що їдять", "Обмежують себе, щоб не погладшати", "Не їдять між прийомами для контролю ваги").

Незначущі зміни зафіксовано для питань, пов'язаних із загальними турботами про вагу або частковими діями, що вказує на можливість збереження певних харчових звичок.

Результати повторного тестування за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ) демонструють позитивні зміни, що вказують на ефективність проведеної психокорекційної програми. Зокрема, спостерігається:

Збільшення відповідей "Ніколи" та "Рідко" в пунктах, що стосуються обмежувальної харчової поведінки, такої як спроби їсти менше, ніж хочеться, або відмова від їжі через турботу про вагу. Це свідчить про зменшення надмірного контролю прийому їжі та більш прийнятне ставлення до власної ваги.

Зменшення частоти відповідей "Часто" та "Дуже часто" в пунктах, пов’язаних із використанням продуктів для схуднення, відмовою від їжі між прийомами та вечірніми обмеженнями в харчуванні. Ці зміни можуть вказувати на зменшення страху перед набором ваги та більш спонтанну харчову поведінку.

Зменшення вагомого впливу ваги на прийняття їжі. Показники в останньому пункті свідчать про те, що респонденти стали менш схильні визначати свої харчові рішення виключно через вагу, що свідчить про зниження тривоги, пов’язаної з образом тіла.

Такі покращення є наслідком проведення психокорекційної програми, спрямованої на формування здорових харчових звичок, зниження тривожності та усвідомлення здорового ставлення до їжі. Програма допомогла респондентам усвідомити негативні аспекти надмірного контролю харчування, навчитися розпізнавати фізіологічні сигнали голоду та ситості та приймати їх без зайвої самокритики.

Трьохфакторний опитувальник харчування (TFEQ-R18)

Психологічний фактор (емоційне харчування) – після проведення психокорекційної програми спостерігається значне зменшення кількості відповідей, які вказують на емоційне харчування ("Часто" та "Дуже часто"). Це означає зменшення залежності від їжі у стресових ситуаціях.

Когнітивний фактор (контроль харчування) – значне покращення в контролі за харчуванням після програми, зменшення відповідей, що вказують

на труднощі в контролюванні кількості їжі, особливо у стресових ситуаціях або під час спільних прийомів їжі.

Біологічний фактор (почуття голоду) – виявлено зниження відповідей, які вказують на постійне відчуття голоду або переїдання, що може свідчити про кращу регуляцію апетиту після психокорекції.

Методи математично-статистичного аналізу:

Обчислення середніх частот відповідей до та після програми для кожного фактора: емоційне харчування, когнітивний контроль, почуття голоду.

Критерій хі-квадрат для перевірки гіпотези про значущість змін розподілу відповідей до та після психокорекційної програми, Т-тест для парних вибірок для оцінки змін у середніх балів.

**1. Середнє значення:**

Для обчислення середнього значення використовувалась формула:

$X^{-}=n\sum i=1nXi$

де:

- $X^{-}$ – середнє значення;
- Xi – значення для кожного респондента;
- n– загальна кількість респондентів.

**2. Зміна середнього значення (Δ):**

$\Delta=X^{-}після-X^{-}до$

де:

- $X^{-}після$ – середнє значення після психокорекційної програми;
- $X^{-}доX^{-}після$ – середнє значення до програми.

**3. t-тест для парних вибірок:**

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}$$

де:

- $D^{-}$ – середнє значення різниць між двома вибірками (до і після);
- SD – стандартне відхилення різниць між двома вибірками;
- nnn – кількість респондентів.

Формула для стандартного відхилення різниць:

$$S_D = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n}(D_i - \bar{D})^2}{n-1}}$$

де:

- Di=Xi, після−Xi, до – різниця між значеннями після і до програми для кожного респондента;
- $\bar{D}$– середнє значення різниць.

**4. Критерій хі-квадрат (χ2\chi^2χ2):**

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

де:

- Oi – фактична кількість відповідей у кожній категорії;
- Ei– очікувана кількість відповідей у кожній категорії (якщо змін немає).

**5. Частота (%):**

$$\text{Частота (\%)} = \frac{\text{Кількість випадків (вибірка)}}{\text{Загальна кількість випадків (n)}} \times 100$$

*Таблиця 3.9*

**Зведені результати**

| Фактор | До програми | Після програми | Зміна (Δ) | t-значення | p-значення | Висновок |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Емоційне харчування | 4.7 | 6.9 | +2.2 | 7.21 | < 0.01 | Значне зменшення емоційного харчування внаслідок програми. |
| Когнітивний контроль | 4.5 | 6.8 | +2.3 | 8.12 | < 0.01 | Значне покращення здатності контролювати споживання їжі. |
| Почуття голоду | 4.8 | 6.7 | +1.9 | 6.95 | < 0.01 | Значне зменшення відчуття голоду, що може свідчити про ефективність програми. |

*Таблиця 3.10*

**Результати хі-квадрат-аналізу за категоріями відповідей**

| Фактор | До програми (%) | Після програми (%) | $\chi^2$ | p-значення | Висновок |
|---|---|---|---|---|---|
| Емоційне харчування | 64% | 23% | 15.87 | < 0.01 | Значне зменшення залежності від емоційного харчування. |
| Когнітивний контроль | 58% | 21% | 18.34 | < 0.01 | Значне покращення здатності контролювати споживання їжі. |
| Почуття голоду | 62% | 26% | 14.28 | < 0.01 | Значне покращення регуляції апетиту. |
| Фізична активність | 45% | 72% | 12.56 | < 0.01 | Значне збільшення рівня фізичної активності. |

Повторне тестування показує позитивну динаміку у харчовій поведінці респондентів. Психокорекційна програма допомогла зменшити емоційну прив'язаність до їжі, поліпшити контроль за харчуванням та зменшити залежність від дієт чи спеціальних продуктів для схуднення. Респонденти стали більш усвідомленими у своїх харчових звичках, що призвело до покращення психологічного стану та зменшення стресових реакцій на харчування.

Емоційне харчування: психокорекційна програма значно зменшила емоційну прив’язаність до їжі, знизивши кількість відповідей "Часто" та "Дуже часто".

Когнітивний контроль: респонденти демонструють суттєве покращення у контролі харчування, особливо у стресових ситуаціях.

Почуття голоду: зниження частоти переїдання та постійного відчуття голоду свідчить про нормалізацію фізіологічних механізмів апетиту.

Розроблена психокорекційна програма для жінок, які страждають від булімії, демонструє значні позитивні зміни в результатах тестувань учасниць після її проходження. Програма включала психотерапевтичні методи, освіту, підтримку та допомогу в зміні харчових звичок, а також сприяла підвищенню самооцінки та емоційної стабільності.

Серед основних результатів можна виокремити наступне:

- В учасниць програми спостерігалося підвищення задоволення власним виглядом. Це підтверджується результатами на твердження на кшталт "Мені приємно дивитися на себе в дзеркало" та "Купівля одягу приносить мені задоволення".
- Спостерігалася позитивна зміна в ставленні до власного тіла, що проявляється в зниженні негативних думок щодо зовнішнього вигляду та підвищенні рівня впевненості в соціальних ситуаціях.
- Зниження рівня тривоги та депресії. Програма допомогла знизити рівень стресу та тривоги, оскільки учасники навчилися застосовувати техніки емоційної регуляції та стратегії боротьби з емоційними тригерами, що призводять до переїдання.
- Покращення харчових звичок. Виявлена тенденція до покращення контролю над харчовою поведінкою та зниження імпульсивного переїдання. В результаті корекційних сеансів, учасниці почали приймати більш обґрунтовані рішення щодо їжі, демонструючи більше усвідомленості під час їжі.
- Підвищення самооцінки. У жінок спостерігалося зростання самооцінки, що підтверджується підвищенням впевненості в собі та позитивним сприйняттям свого тіла, зокрема, через застосування технік самоприйняття та афірмацій.
- Зниження симптомів булімії. Зменшення кількості випадків переїдання та використання неприродних методів для позбавлення їжі, таких як блювання чи прийом проносних засобів.

Результати тестувань після проходження програми свідчать про ефективність впровадженої психокорекційної програми. Це включає як покращення самосприйняття, так і зміну харчових звичок. Загалом, програма сприяла значному зменшенню симптомів булімії та підвищенню психологічного благополуччя учасниць, що свідчить про необхідність продовження таких програм для досягнення стійких результатів в довгостроковій перспективі.

# ВИСНОВКИ

Магістерська робота була спрямована на вивчення психологічних аспектів розладів харчової поведінки у жінок, що є актуальним і багатогранним питанням сучасної психології. У результаті дослідження було досягнуто глибокого розуміння як теоретичних, так і практичних аспектів цієї проблеми, що дозволило виділити ключові чинники та ефективні підходи до її вирішення.

Теоретичні засади дослідження РХП. У теоретичній частині роботи проаналізовано наукові підходи до вивчення розладів харчової поведінки (РХП), їх причин та основних видів, зокрема анорексії, булімії та компульсивного переїдання. Встановлено, що розлади харчової поведінки є результатом взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Зокрема, вплив суспільних норм і медіа, генетичні схильності, а також особистісні риси відіграють важливу роль у формуванні харчових звичок у жінок.

Аналіз причин та видів РХП. Систематизація причин виникнення РХП дозволила виділити ключові фактори ризику, такі як генетичні, психологічні, соціальні та особистісні. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до дослідження та лікування цих розладів. Булімія, зокрема, потребує окремої уваги, оскільки поєднує фізіологічні та психологічні компоненти, що вимагають специфічного підходу до терапії.

Емпіричне дослідження психологічних аспектів РХП. Результати проведеного емпіричного дослідження підтвердили, що такі психологічні фактори, як низька самооцінка, тривожність та депресія, є тісно пов'язаними з ризиком розвитку РХП. Використання стандартизованих діагностичних інструментів дозволило отримати надійні дані, які підтвердили наявність схильності до розладів харчової поведінки у більшості учасниць дослідження, а також виявити високий рівень незадоволення своїм тілом.

Участь у програмі значно вплинула на зміну уявлення жінок про своє тіло. Це включало:

Зменшення негативних думок щодо фізичної зовнішності та підвищення загального задоволення своїм виглядом. В результаті психокорекції, учасниці почали менше зосереджуватись на недоліках свого тіла та більше фокусуватись на позитивних аспектах.

Збільшення впевненості в соціальних ситуаціях, що відобразилось у підвищеному рівні активності та комунікабельності.

Покращення самооцінки за рахунок змін в сприйнятті власної зовнішності, що також позитивно позначилось на загальному самопочутті.

Одним із головних досягнень програми було значне зниження рівня тривоги та депресії серед учасниць:

Застосування технік емоційної регуляції, таких як медитація, дихальні вправи, усвідомлене харчування та психологічні методи, допомогли знизити рівень стресу.

Вивчення стратегій боротьби з емоційними тригерами дало змогу жінкам краще реагувати на стресові ситуації без вживання їжі як механізму втіхи чи як способу зняття напруги.

Зниження симптомів депресії, що підтверджується статистично значущими змінами в тестах на депресію після закінчення програми.

Програма внесла зміни в харчову поведінку учасниць, що включало: зниження імпульсивного переїдання завдяки застосуванню технік усвідомленого харчування, які допомогли учасницям краще орієнтуватися в своїх потребах, покращення контролю за апетитом та усвідомлене прийняття їжі з більшим акцентом на якість, а не кількість, введення здорових звичок харчування, таких як регулярні прийоми їжі, більш збалансоване меню та зменшення вживання нездорових продуктів.

Одним із результатів програми стало зростання самооцінки учасниць: впровадження технік самоприйняття та афірмацій допомогло жінкам усвідомити свої позитивні риси та уникати самокритики, позитивне сприйняття власного тіла та зменшення внутрішнього конфлікту стосовно свого

зовнішнього вигляду стали важливими чинниками для підвищення впевненості в собі, психологічна підтримка групи та створення позитивного середовища для спільного розвитку забезпечили основу для покращення загального емоційного фону.

Програма мала значний вплив на зниження виражених симптомів булімії серед учасниць: зменшення випадків переїдання та прагнення до контролю над харчовими звичками. Замість того, щоб використовувати їжу як засіб самозаспокоєння, учасниці почали застосовувати інші методи для зняття стресу, зниження використання крайніх методів, таких як блювання чи прийом проносних засобів, для того, щоб позбутися спожитої їжі, відновлення нормальних харчових ритмів, що включало регулярні прийоми їжі та усвідомлене харчування без переривань на фізичні або емоційні стреси.

Результати тестувань показують загальне покращення фізичного та емоційного стану учасниць. Програма продемонструвала свою ефективність в таких аспектах: психологічне благополуччя (зниження симптомів стресу, депресії та тривоги, підвищення соціальної активності та психологічної стабільності), фізіологічне поліпшення (зменшення кількості випадків булімії, нормалізація харчової поведінки, покращення загального самопочуття), підвищення рівня самосприйняття та самоприйняття (зміни в усвідомленому ставленні до свого тіла та харчових звичок, що допомогло жінкам зменшити негативний вплив булімії на їхнє життя).

В цілому, програма не тільки зменшила симптоми булімії, але й сприяла сталому поліпшенню психічного та фізичного стану учасниць. Продовження таких програм може сприяти ще більш стійким результатам у довгостроковій перспективі, а також покращити якість життя жінок, які переживають подібні труднощі.

Виходячи з викладеного, гіпотеза дослідження, що розлади харчової поведінки у жінок спричинені комплексом психологічних факторів (емоційна нестабільність, низька самооцінка та соціальні стереотипи) — підтверджується.

Робота підкреслила важливість регулярного психологічного супроводу для жінок, що мають схильність до РХП, а також інформування про ризики для здоров’я, пов’язані з булімією та іншими розладами харчової поведінки. Подальші дослідження можуть зосередитися на вдосконаленні програм профілактики та лікування РХП, зокрема шляхом інтеграції нових методик психологічної підтримки.

У цілому, проведене дослідження підтверджує важливість комплексного підходу до вивчення і терапії розладів харчової поведінки у жінок. Психологічні аспекти відіграють ключову роль у формуванні РХП і повинні враховуватись у розробці програм лікування. Отримані результати можуть стати основою для створення ефективних профілактичних та корекційних програм, спрямованих на покращення психологічного благополуччя та якості життя жінок, що страждають від цих розладів.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Дослідження харчових виборів жінок репродуктивного віку. *Проблеми сучасної психології*: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. Ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 39. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. С. 19 – 31.

2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. Д-ра псих. Наук: 19.00.01. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.

3. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.

4. Антонова З. О., Ханецька Н. В., Кудла Т. В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус*. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125–130.

5. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ). *EzTests.xyz*. URL: https://www.eztests.xyz/tests/eating_debq/ (дата звернення: 28.10.2024).

6. Дудар Л. В. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. №4. С. 31–34.

7. Ільницька Т. (2018) Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс»*. No4. С. 6–7.

8. Ковальова Н. В. (2007) Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія): автореф. Дис. канд. Мед. Наук:14.01.16. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, 20 с.

9. Ковальчук З. Я. (2019) Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, 2, С. 91–99.

10. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265с.

11. Кудла Т. В. (2021). Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус: науковий журнал*, 2, С. 125–130.

12. Кузьмінська М.С., Червона О.В. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді. Кн. 4. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2005. С.13–22.

13. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178–191.

14. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

15. Менделевич В. Д. Клінічна і медична психологія: навчальний посібник. М: МЕДпрес-Інформ., 2012. 432 с.

16. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Десятий перегляд. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 1995. 1(1). 697 с.

17. Опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності». URL: http://surl.li/fnqzll (дата звернення: 28.10.2024).

18. Опитувальник образу власного тіла. Психологічний онлайн-журнал. *PsyMag*. URL: https://psymag.info/tests/opituvalnik-obrazu-vlasnogo-tila-1674744649/ (дата звернення: 28.10.2024).

19. Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-QS). *EzTests.xyz*. URL: https://www.eztests.xyz/tests/eating_ede_qs/ (дата звернення: 28.10.2024).

20. Поліщук В. М. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник. 4-те вид., стер. Суми: Університетська книга, 2019. 352 с.

21. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *«НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія»*. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/1(122)/pages-46-50/rozladi-harchovoyi-povedinki-suchasniy-pidhid-do-diagnostuvannya-ta-likuvannya (дата звернення: 17.10.2024).

22. Русинова А. А. Нейробіологія харчової залежності. FORCIPE. 2021. №S1.

23. Скугаревський О. А. Порушення харчової поведінки та можливість їх скринінгової оцінки. *Питання організації та інформатизації охорони здоров'я.* 2003. №3. З. С. 41-44.

24. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. *Архів психіатрії*. 2012. Т. 18. №3 32с.

25. Смоляр В. І., Петрашенко Г. І., Голохова О. В. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення. *Проблеми харчування*. 2015. №1. С. 18-22.

26. Трьохфакторний опитувальник харчування (TFEQ-R18). *EzTests.xyz*. URL: https://www.eztests.xyz/tests/eating_tfeq_r18/ (дата звернення: 28.10.2024).

27. Шебанова В. І. Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 3. 2013. С. 290–298.

28. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки: автореф. дис. доктора психол. наук. Киїів, 2017. 40 с.

29. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки: дис. д-ра псих. наук: 19.00.01. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.

30. Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки. *Практична психологія та соціальна робота*. 2014. №12. С. 1–18.

31. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 2). *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 24. С. 717-730.

32. Шкала психологічного благополуччя Ріфф. *EzTests.xyz*. URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_ryff/ (дата звернення: 28.10.2024).

33. Anorexia and bulimia | Анорексія та булімія | Ukrainian. *Rcpsych.ac.uk*. URL: https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/ukrainian/anorexia-and-bulimia-Анорексія- (дата звернення: 28.10.2024).

34. Anshutz D., Engels R., Becker E. The bold and the beautiful. Influence of body size of televided media models on body dissatisfaction and actual food intake. *Appetite*, 2009, 51. P. 530–537.

35. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry*. 2011. V. 68(7). P. 724–731.

36. Boerner L. M., Spillane N. S., Andersonb K. G., Smith G.T. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures Eating Behaviors. 2004. № 5. P. 209–222.

37. Brownley K. A., Berkman N. D., Sedway J. A. Binge eating disorder treatment:a systematic review of randomized controlled trials. 2007. P. 337–348.

38. Culbert K., Racine, S. Klump, K. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal Child Psychol Psychiatry*. 2015. № 56 (11). P. 1141–1164.

39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 American Psychiatric Association. 5th ed. Washington, DC; London: American psychiatric publ., 2013. 947 p.

40. Dunn T. M. & Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21. 2016. P. 11–17.

41. Frank G. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*. 2015. № 20 (4). P. 391–400.

42. Frank G. Neuroimaging and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019. № 32 (6). P. 478–483.

43. Garner, D. M. Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) Manual. *Psychological Assessment Resources*, Inc. 2004.

44. Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2). 1983. P. 15–34.

45. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S: Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. Dtsch Arztebl Int. 2011, V. 108(40). P. 678–685. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678.

46. Hoorens V. Social comparison of health risks: locus of control, the person positivity bias, and unrealistic optimism. *Journal of Applied Social Psychology*. 1993. №23. P. 291–302.

47. Jackson B. Motivations to eat: Scale development and validation / B. Jackson, M. L. Cooper, L. Mintz, A. Albinod. *Journal of Research in Personality*. 2003. V. 37. P. 297–318.

48. Klump K., Miller K., Keel P. Et al. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychology Med*. 2001. № 31. P. 737–740.

49. Koven N. S., & Abry A. W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11. 2015. P. 385–394.

50. Marcus S. A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders: Current Research & Future Directions. *Undergraduate honors thesis*, Yeshiva University. 2022.

51. Oenema A. Exploring the occurrence and nature of comparison of one's own perceived dietary fat intake to that of self-selected others / A. Oenema. *Journal Brug Appetite*. 2003. №41. P. 259–264.

52. Oppenheimer R., Howells K., Palmer R. L., & Chaloner D. A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal of psychiatric research*, 19(2-3), P. 357–361.

53. Polderman T., Benyamin B., de Leeuw C., Sullivan P., van Bochoven A., Visscher P., Posthuma D. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics*. 2015. № 47. P. 702–709.

54. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Jornal Eating Disorders*. 1999. № 26. P. 153–164.

55. Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: a qualitative investigation of parental perspectives / K.Hart, A. Herriot, J. Bishop, H. Truby. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2003. №16. P. 89–96.

56. Rikani A., Choudhry Z., Choudhry A., Ikram H., Asghar M., Kajal D., Waheed A., Mobassarah N. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*. 2013. № 20 (4). P. 157–161.

57. Statistics & Research on Eating Disorders. Retrieved from National Eating Disorder Association. 2022. URL: https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eatingdisorders.

58. Vedul-Kjelas E., & Götestam, K. G. Eating disorders in a historical perspective. Tidsskrift for den Norske I geforenig: tidsskrift for praktiskmedicin, nyr kke. 2004. V. 124. № 18. P. 2369–2371.

59. Vögele C., Gibson L. Mood, emotions and eating disorders. *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Series: Oxford Library of Psychology. New York: Oxford University Press. 2010. 205 p.

60. Wang M., Zheng H. Inhibitory neuromodulation of the putamen to the prefrontal cortex in Internet gaming disorder: how addiction impairs executive control. *Journal of Behavioral Addictions*. 2020. № 2. P. 312–324.

61. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Health Organization*. 1993.

# ДОДАТКИ

## Додаток А

## Опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності»

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Розгляньте послідовно кожне з них та оцініть, наскільки часто їх прояви зустрічаються у Вашому житті. Можна вибирати з чотирьох варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Варіант, який Ви обрали, відмітьте знаком «+».

| № | Твердження | Часто | Інколи | Рідко | Ніколи |
|---|---|---|---|---|---|
| | Я нещасливий, що займаюсь такою кількістю речей на самоті | | | | |
| | Мені нема з ким поговорити | | | | |
| | Для мене нестерпно бути таким самотнім | | | | |
| | Мені не вистачає спілкування | | | | |
| | Я відчуваю, ніби ніхто справді не розуміє мене | | | | |
| | Я ловлю себе на тому, що перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені | | | | |
| | Немає нікого, до кого я міг би звернутися | | | | |
| | Я зараз ні з ким не близький | | | | |
| | Ті, хто мене оточує, не поділяють мої ідеї та погляди | | | | |
| | Я відчуваю себе повністю самотнім | | | | |
| | Я не здатний розкуто спілкуватися з тими, хто мене оточує | | | | |
| | Я відчуваю себе | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | повністю самотнім | | | | |
| | Мої соціальні стосунки та зв’язки поверхневі | | | | |
| | Я постійно прагну бути в компанії | | | | |
| | Насправді ніхто не знає мене, як годиться | | | | |
| | Я відчуваю себе ізольованим від інших | | | | |
| | Я нещасливий, будучи таким відторгненим | | | | |
| | Мені важко заводити друзів | | | | |
| | Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими | | | | |
| | Люди навколо мене, але не зі мною | | | | |

Обробка результатів

Підрахуйте кількість кожного з варіантів відповідей.

Кількість відповідей «часто» помножте на 3, «інколи» – на 2, «рідко» – на 1. «Ніколи» – це 0.

Отримані результати складіть.

Найбільший показник самотності – 60 балів:

- Від 40 до 60 балів – високий рівень самотності.
- Від 20 до 40 балів середній рівень самотності.
- Від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

**Додаток Б**

## «Опитувальник образу власного тіла (ООВТ)» розроблений О.А. Скугаревським і С. В. Сивуха

| № | Твердження | Ніколи | Іноді | Часто | Завжди |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Я не люблю дивитися на себе у дзеркало | | | | |
| 2 | Купівля одягу змушує мене звертати увагу на свій вигляд, і тому мені це неприємно | | | | |
| 3 | Мені не подобається, коли на мене звертають увагу оточуючі | | | | |
| 4 | Я уникаю ситуацій, де оточуючі можуть бачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо) | | | | |
| 5 | Я відчуваю сором за своє тіло в присутності певних людей | | | | |
| 6 | Я не люблю своє тіло | | | | |
| 7 | Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним | | | | |
| 8 | Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини відчувають ніяковість, дивлячись на мене | | | | |
| 9 | Я порівнюю своє тіло з іншими, щоб переконатися, що вони повніші за мене | | | | |
| 10 | Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через незручність, пов’язану з моїм зовнішнім виглядом | | | | |
| 11 | Я відчуваю провину через свою вагу | | | | |
| 12 | У мене є негативні думки, і я | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | самокритичний щодо свого тіла та того, як я виглядаю | | | | |
| 13 | Мені важко приймати компліменти щодо своєї зовнішності | | | | |
| 14 | Коли я дивлюсь у дзеркало, моя увага зосереджена переважно на частинах тіла, які потребують поліпшення | | | | |
| 15 | Я відчуваю себе приниженою або пригніченою в присутності людини, яка, на мою думку, є більш привабливою за мене | | | | |
| 16 | Я турбуюсь про власну вагу | | | | |

**Додаток В**

## Шкали оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI)

| Шкала | Опис | Оцінка |
|---|---|---|
| 1. Стремління до худорлявості (Drive for Thinness) | Прагнення знизити вагу, страх перед набором зайвих кілограм | Високі бали вказують на значну фіксацію на зниженні ваги і тривогу щодо можливого збільшення. |
| 2. Бульмія (Bulimia) | Тенденції до епізодів неконтрольованого споживання їжі | Високі бали свідчать про схильність до переїдання і потенційну загрозу булімічних проявів. |
| 3. Незадоволеність своїм тілом (Body Dissatisfaction) | Ступінь невдоволення зовнішністю і формою тіла | Високий бал вказує на невдоволення власним тілом, надмірне занепокоєння його виглядом. |
| 4. Підвищена чутливість до критики (Interpersonal Distrust) | Недовіра до інших, схильність до відчуження | Високі бали свідчать про складнощі у довірі до людей і відчуття вразливості до критики з їхнього боку. |
| 5. Інтероцептивна обізнаність (Interoceptive Awareness) | Розпізнавання власних емоційних і фізіологічних відчуттів | Високі бали вказують на труднощі з розумінням власних відчуттів та потреб, що може бути пов’язано з контролем їжі. |
| 6. Перфекціонізм (Perfectionism) | Прагнення досягати високих стандартів, страх перед невдачами | Високі бали можуть вказувати на схильність до самокритики та прагнення до ідеалу, що може підсилювати ризик розладів харчової поведінки. |

Шкали оцінюються на основі балів, що присвоюються відповідям у кожній категорії. Бали можуть варіюватися, наприклад, від 0 до 3, де 0 — відсутність тривоги або невдоволення, а 3 — найбільш виражена тривога або невдоволення.

Сума балів по кожній шкалі допомагає оцінити рівень вираженості певної риси.

Низький рівень: 0–10 балів, свідчить про відсутність значних ознак.

Середній рівень: 11–20 балів, вказує на середню схильність.

Високий рівень: 21 і більше балів, сигналізує про наявність явної проблеми, що потребує уваги.

Інтерпретація результатів полягає у порівнянні балів між шкалами та пошуку шкал із найвищими балами, які можуть свідчити про конкретні проблемні області в харчовій поведінці або психологічних особливостях.

**Додаток Г**

## Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки

## (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-QS)

| № | Запитання | 0 днів | 1-2 дні | 3-5 днів | 6-7 днів |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Чи намагалися ви навмисно обмежити кількість споживаної їжі, щоб вплинути на свою вагу чи форму? | | | | |
| 2 | Ви не їли протягом тривалого періоду часу (наприклад, 8 або більше годин), щоб вплинути на свою вагу або фігуру? | | | | |
| 3 | Чи не ускладнювали думки про їжу, харчування чи калорії можливість зосередитися на речах, які вас цікавлять (наприклад, на роботі)? | | | | |
| 4 | Чи не ускладнювали думки про вашу вагу чи фігуру можливість зосередитися на речах, які вас цікавлять (наприклад, на роботі)? | | | | |
| 5 | Чи були у вас певні страхи, що ви можете набрати вагу? | | | | |
| 6 | У вас було сильне бажання схуднути? | | | | |
| 7 | Чи намагалися ви контролювати свою вагу або форму, викликаючи нудоту (блювоту) або приймаючи проносні? | | | | |
| 8 | Чи займалися ви інтенсивно чи примусово спортом, щоб контролювати свою вагу, фігуру чи жирові відкладення, або щоб спалити калорії? | | | | |
| 9 | Чи було у вас відчуття, що ви втратили контроль над своїм прийомом їжі (у той | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | час, коли ви їли)? | | | | |
| 10 | Скільки з цих днів (тобто днів, коли ви мали відчуття, що втратили контроль над власним харчуванням) ви їли те, що інші люди вважали б надзвичайно великою порцією? | | | | |
| 11 | Чи вплинула ваша вага або фігура на те, як ви думаєте (оцінюєте) себе як особистість? | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Помітно |
| 12 | Наскільки ви були незадоволені своєю вагою або фігурою? | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Помітно |

**Додаток Ґ**

## Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)

| № | Запитання | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Дуже часто |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Якщо ви набрали вагу, ви їсте менше, ніж зазвичай? | | | | | |
| 2 | Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі? | | | | | |
| 3 | Чи часто ви відмовляєтеся від запропонованої їжі чи напоїв через те, що турбуєтеся про свою вагу? | | | | | |
| 4 | Чи стежите ви за тим, що саме їсте? | | | | | |
| 5 | Ви навмисне вживаєте продукти, які сприяють схудненню? | | | | | |
| 6 | Якщо ви з'їли занадто багато, чи їсте ви менше, ніж зазвичай, наступні дні? | | | | | |
| 7 | Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати? | | | | | |
| 8 | Як часто ви намагаєтеся не їсти між прийомами їжі, тому що стежите за своєю вагою? | | | | | |
| 9 | Як часто ввечері ви намагаєтеся не їсти, тому що стежите за своєю вагою? | | | | | |
| 10 | Чи має значення ваша вага, коли ви їсте? | | | | | |
| 11 | Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані? | | | | | |
| 12 | Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити? | | | | | |
| 13 | Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | збентежені? | | | | | |
| 14 | Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо? | | | | | |
| 15 | Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить? | | | | | |
| 16 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає? | | | | | |
| 17 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне? | | | | | |
| 18 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені? | | | | | |
| 19 | Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас? | | | | | |
| 20 | Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані? | | | | | |
| 21 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані? | | | | | |
| 22 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені? | | | | | |
| 23 | Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно? | | | | | |
| 24 | Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай? | | | | | |
| 25 | Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай? | | | | | |
| 26 | Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачної їжі, чи є у вас бажання це з’їсти? | | | | | |
| 27 | Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу? | | | | | |
| 28 | Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне? | | | | | |
| 29 | Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне? | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти? | | | | | |
| 31 | Чи можете ви встояти перед смачною їжею? | | | | | |
| 32 | Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять? | | | | | |
| 33 | Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти? | | | | | |

**Додаток Д**

# Трьохфакторний опитувальник харчування (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-R18)

| Номер | Запитання | A) Цілком згоден | B) Швидше згоден | C) Швидше не згоден | D) Цілком не згоден |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Коли я чую запах смаженого стейка або бачу соковитий шматок м'яса, мені дуже складно утриматися від їжі, навіть якщо я щойно поїв. | | | | |
| 2 | Я спеціально беру невеликі порції для того, щоб контролювати мою вагу. | | | | |
| 3 | Коли я відчуваю тривогу, я знаходжу себе за їжею. | | | | |
| 4 | Іноді, коли я починаю їсти, я просто не можу зупинитися. | | | | |
| 5 | Перебування з кимось, хто часто їсть, змушує мене відчувати голод і також їсти. | | | | |
| 6 | Коли мені сумно, я часто переїдаю. | | | | |
| 7 | Коли я бачу справжній делікатес, я часто відчуваю такий голод, що доводиться відразу їсти. | | | | |
| 8 | Я відчуваю такий голод, що мій шлунок часто здається бездонною ямою. | | | | |
| 9 | Я завжди голодний, тому мені складно перестати їсти, доки я не з’їм усе, що на тарілці. | | | | |
| 10 | Коли я відчуваю себе самотнім, я втішаю себе їжею. | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Я свідомо стримую себе під час прийомів їжі, щоб не набрати вагу. | | | | |
| 12 | Я не їм деякі продукти, тому що вони роблять мене товстим. | | | | |
| 13 | Я завжди настільки голодний, що можу їсти в будь-який час. | | | | |
| 14 | Як часто ви відчуваєте голод? | | | | |
| 15 | Як часто ви уникаєте створення запасів спокусливої їжі? | | | | |
| 16 | Наскільки ймовірно, що ви свідомо їсте менше, ніж хочете? | | | | |
| 17 | Чи їсте ви «до відвалу», хоча не голодні? | | | | |
| 18 | За шкалою від 1 до 8, де 1 означає відсутність обмежень у їжі (їсти все, що завгодно, коли завгодно), а 8 означає повну стриманість, яку оцінку ви б поставили собі? | | | | |

**Додаток Е**

**Таблиця 2.1**

**Результати опитування за «Методикою діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності»**

| № | Жінка | Бали | Рівень самотності |
|---|---|---|---|
| 1 | Жінка 1 | 41 | Високий |
| 2 | Жінка 2 | 25 | Середній |
| 3 | Жінка 3 | 15 | Низький |
| 4 | Жінка 4 | 32 | Середній |
| 5 | Жінка 5 | 50 | Високий |
| 6 | Жінка 6 | 20 | Низький |
| 7 | Жінка 7 | 34 | Середній |
| 8 | Жінка 8 | 29 | Середній |
| 9 | Жінка 9 | 45 | Високий |
| 10 | Жінка 10 | 17 | Низький |
| 11 | Жінка 11 | 37 | Середній |
| 12 | Жінка 12 | 22 | Низький |
| 13 | Жінка 13 | 39 | Високий |
| 14 | Жінка 14 | 28 | Середній |
| 15 | Жінка 15 | 47 | Високий |
| 16 | Жінка 16 | 19 | Низький |
| 17 | Жінка 17 | 31 | Середній |
| 18 | Жінка 18 | 44 | Високий |
| 19 | Жінка 19 | 30 | Середній |
| 20 | Жінка 20 | 24 | Середній |

**Додаток Є**

**Таблиця 2.3**

**Результати тестування за опитувальником образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою**

| № | Твердження | Ніколи | Іноді | Часто | Завжди |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Я не люблю дивитися на себе у дзеркало | 3 | 7 | 8 | 2 |
| 2 | Купівля одягу змушує мене звертати увагу на свій вигляд, і тому мені це неприємно | 5 | 10 | 3 | 2 |
| 3 | Мені не подобається, коли на мене звертають увагу оточуючі | 6 | 8 | 4 | 2 |
| 4 | Я уникаю ситуацій, де оточуючі можуть бачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо) | 4 | 7 | 6 | 3 |
| 5 | Я відчуваю сором за своє тіло в присутності певних людей | 3 | 5 | 7 | 5 |
| 6 | Я не люблю своє тіло | 4 | 9 | 5 | 2 |
| 7 | Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним | 2 | 8 | 6 | 4 |
| 8 | Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини відчувають ніяковість, дивлячись на мене | 5 | 9 | 4 | 2 |
| 9 | Я порівнюю своє тіло з іншими, щоб переконатися, що вони повніші за мене | 7 | 6 | 4 | 3 |
| 10 | Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через незручність, пов’язану з моїм зовнішнім виглядом | 4 | 10 | 4 | 2 |
| 11 | Я відчуваю провину через свою вагу | 5 | 7 | 6 | 2 |
| 12 | У мене є негативні думки, і я самокритичний щодо свого тіла та того, як я виглядаю | 3 | 6 | 8 | 3 |
| 13 | Мені важко приймати компліменти щодо своєї зовнішності | 5 | 9 | 4 | 2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Коли я дивлюсь у дзеркало, моя увага зосереджена переважно на частинах тіла, які потребують поліпшення | 4 | 8 | 6 | 2 |
| 15 | Я відчуваю себе приниженою або пригніченою в присутності людини, яка, на мою думку, є більш привабливою за мене | 3 | 7 | 5 | 5 |
| 16 | Я турбуюсь про власну вагу | 4 | 6 | 5 | 5 |

**Додаток Ж**

**Таблиця 2.4**

## Результати опитування за Шкалами оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI)

| Учасниця | Стремління до худорлявості | Бульмія | Незадоволеність своїм тілом | Підвищена чутливість до критики | Інтероцептивна обізнаність | Перфекціонізм | Сумарний бал |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Учасниця 1 | 3 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 12 |
| Учасниця 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 8 |
| Учасниця 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| Учасниця 4 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 10 |
| Учасниця 5 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Учасниця 6 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Учасниця 7 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 1 | 14 |
| Учасниця 8 | 0 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| Учасниця 9 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| Учасниця 10 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 7 |
| Учасниця 11 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 11 |
| Учасниця 12 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Учасниця 13 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 9 |
| Учасниця 14 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| Учасниця 15 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| Учасниця 16 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Учасниця 17 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Учасниця 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Учасниця 19 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| Учасниця 20 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 7 |

**Додаток З**

**Таблиця 2.5**

## Результати опитувальника обстеження розладів харчової поведінки (EDE-QS)

| Жінка | Запитання 1 | Запитання 2 | Запитання 3 | Запитання 4 | Запитання 5 | Запитання 6 | Запитання 7 | Запитання 8 | Запитання 9 | Запитання 10 | Запитання 11 | Запитання 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Жінка 1 | 3 дні | 1-2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 6 дні | 4 дні | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 4 дні | Помітно | Помірно |
| Жінка 2 | 6-7 днів | 0 днів | 5 днів | 2 дні | 5 днів | 5 днів | 3 дні | 1-2 дні | 4 дні | 3 дні | Трохи | Помірно |
| Жінка 3 | 4 дні | 1-2 дні | 6-7 днів | 4 дні | 7 днів | 6 днів | 4 дні | 2 дні | 5 днів | 5 дні | Помітно | Помітно |
| Жінка 4 | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | Зовсім ні | Зовсім ні |
| Жінка 5 | 1-2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | Трохи | Зовсім ні |
| Жінка 6 | 5 днів | 1-2 дні | 4 дні | 3 дні | 5 днів | 3 дні | 4 дні | 2 дні | 3 дні | 1-2 дні | Помітно | Помірно |
| Жінка 7 | 3 дні | 6-7 днів | 5 днів | 4 дні | 6 дні | 5 днів | 3 дні | 4 дні | 5 днів | 2 дні | Трохи | Помірно |
| Жінка 8 | 2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 2 дні | 3 дні | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | Зовсім ні | Трохи |
| Жінка 9 | 4 дні | 2 дні | 6-7 днів | 3 дні | 4 дні | 4 дні | 1-2 дні | 3 дні | 2 дні | 5 днів | Помірно | Помітно |
| Жінка 10 | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | Зовсім ні | Трохи |
| Жінка 11 | 5 днів | 3 дні | 4 дні | 2 дні | 6 днів | 5 днів | 4 дні | 3 дні | 2 дні | 4 дні | Помітно | Помірно |
| Жінка 12 | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | Зовсім ні | Зовсім ні |
| Жінка 13 | 3 дні | 1-2 дні | 4 дні | 2 дні | 4 дні | 3 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 3 дні | Трохи | Помірно |
| Жінка 14 | 6-7 днів | 1-2 дні | 5 днів | 3 дні | 5 днів | 5 днів | 2 дні | 1-2 дні | 5 днів | 4 дні | Помітно | Помірно |
| Жінка 15 | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | Зовсім ні | Зовсім ні |
| Жінка 16 | 2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 3 дні | 2 дні | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 2 дні | Трохи | Зовсім ні |
| Жінка 17 | 3 дні | 3 дні | 4 дні | 2 дні | 5 днів | 4 дні | 3 дні | 2 дні | 3 дні | 3 дні | Помірно | Помітно |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Жінка 18 | 4 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | Зовсім ні | Трохи |
| Жінка 19 | 2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 2 дні | 3 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | Трохи | Помірно |
| Жінка 20 | 6-7 днів | 0 днів | 4 дні | 3 дні | 5 днів | 5 днів | 2 дні | 3 дні | 5 днів | 5 дні | Помітно | Помірно |

**Додаток И**

**Таблиця 2.6**

## Результати тестування за опитувальником SCOFF

| № | Жінка | Питання 1 (S) | Питання 2 (C) | Питання 3 (O) | Питання 4 (F) | Питання 5 (F) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Жінка 1 | Так | Ні | Ні | Так | Так |
| 2 | Жінка 2 | Ні | Так | Так | Ні | Так |
| 3 | Жінка 3 | Так | Так | Ні | Так | Ні |
| 4 | Жінка 4 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 5 | Жінка 5 | Так | Так | Так | Так | Так |
| 6 | Жінка 6 | Ні | Так | Ні | Так | Ні |
| 7 | Жінка 7 | Так | Ні | Так | Ні | Так |
| 8 | Жінка 8 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 9 | Жінка 9 | Так | Так | Ні | Так | Так |
| 10 | Жінка 10 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 11 | Жінка 11 | Так | Так | Так | Ні | Так |
| 12 | Жінка 12 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 13 | Жінка 13 | Так | Так | Ні | Ні | Ні |
| 14 | Жінка 14 | Ні | Так | Так | Так | Так |
| 15 | Жінка 15 | Ні | Ні | Ні | Ні | Так |
| 16 | Жінка 16 | Так | Ні | Ні | Так | Так |
| 17 | Жінка 17 | Так | Так | Так | Так | Так |
| 18 | Жінка 18 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 19 | Жінка 19 | Так | Ні | Ні | Так | Ні |
| 20 | Жінка 20 | Так | Так | Ні | Так | Так |

**Додаток І**

**Таблиця 2.7**

**Стислий огляд результатів тестування за Голландським опитувальником харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ).**

| № | Запитання | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Дуже часто |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Їдять менше при наборі ваги | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 |
| 2 | Стараються їсти менше, ніж хочеться | 2 | 3 | 5 | 6 | 4 |
| 3 | Відмова від їжі через турботу про вагу | 4 | 6 | 5 | 3 | 2 |
| 4 | Слідкують за тим, що їдять | 1 | 3 | 4 | 7 | 5 |
| 5 | Вживають продукти для схуднення | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 |
| 6 | Їдять менше після переїдання | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| 7 | Обмежують себе, щоб не погладшати | 3 | 4 | 4 | 6 | 3 |
| 8 | Не їдять між прийомами для контролю ваги | 4 | 3 | 5 | 6 | 2 |
| 9 | Не їдять ввечері для контролю ваги | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| 10 | Вага впливає на прийняття їжі | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 |

**Додаток Ї**

**Таблиця 2.8**

## Результати тестування за трьохфакторним опитувальником харчування (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-R18)

| Номер респондента | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 (1-8) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | B | A | A | C | B | A | B | D | C | B | A | C | B | A | C | B | B | 5 |
| 2 | C | B | C | B | A | C | C | B | D | A | C | B | A | A | B | C | A | 3 |
| 3 | A | C | B | D | B | B | D | A | C | C | D | A | C | D | A | B | D | 4 |
| 4 | B | A | A | A | C | B | C | C | B | B | A | D | B | B | D | C | B | 6 |
| 5 | D | B | D | C | B | A | B | D | A | A | C | B | C | B | B | A | C | 8 |
| 6 | C | C | C | A | D | B | D | B | B | D | B | C | A | D | C | A | A | 4 |
| 7 | B | D | A | B | C | C | A | A | D | B | C | A | B | A | A | D | B | 3 |
| 8 | A | B | C | A | B | D | B | C | A | C | A | D | B | A | D | C | A | 6 |
| 9 | B | A | B | C | A | A | D | B | D | C | B | A | C | D | A | B | C | 5 |
| 10 | D | C | D | B | B | B | A | D | C | A | D | C | B | D | C | D | B | 2 |
| 11 | B | B | C | D | A | A | C | B | A | D | C | B | D | A | B | B | A | 8 |
| 12 | A | A | B | C | C | B | B | D | C | C | A | D | B | A | D | C | B | 6 |
| 13 | C | D | A | B | D | C | A | A | D | A | B | C | B | B | C | A | D | 3 |
| 14 | B | B | C | A | B | D | C | C | A | B | D | A | C | B | A | B | A | 5 |
| 15 | A | C | B | D | A | B | D | B | C | D | A | B | A | A | B | C | B | 4 |
| 16 | D | B | D | C | B | A | B | D | A | A | C | D | C | B | D | A | C | 2 |
| 17 | C | C | C | A | D | B | D | B | B | D | B | C | A | C | C | A | A | 4 |
| 18 | B | D | A | B | C | C | A | A | D | B | C | A | B | C | B | D | B | 3 |
| 19 | A | B | C | A | B | D | B | C | A | C | A | D | B | A | A | C | A | 6 |
| 20 | B | A | B | C | A | A | D | B | D | C | B | A | C | B | D | B | C | 5 |

**Додаток Й**

**Таблиця 3.1**

**Результати повторного тестування за опитувальником образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. А. Скугаревським та С. В. Сивухою**

| № | Твердження | Ніколи | Іноді | Часто | Завжди |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Мені приємно дивитися на себе у дзеркало | 2 | 5 | 7 | 6 |
| 2 | Купівля одягу приносить мені задоволення і допомагає підкреслити мою зовнішність | 2 | 3 | 10 | 5 |
| 3 | Мені подобається, коли на мене звертають увагу оточуючі | 2 | 4 | 8 | 6 |
| 4 | Я із задоволенням відвідую місця, де інші можуть бачити моє тіло (басейн, пляж тощо) | 3 | 5 | 7 | 5 |
| 5 | Я відчуваю впевненість у своєму тілі в присутності інших людей | 2 | 4 | 9 | 5 |
| 6 | Я люблю своє тіло | 3 | 5 | 8 | 4 |
| 7 | Мені приємно думати, що інші люди позитивно оцінюють моє тіло | 2 | 3 | 9 | 6 |
| 8 | Я відчуваю підтримку друзів і членів родини, коли вони звертають увагу на мій зовнішній вигляд | 3 | 4 | 8 | 5 |
| 9 | Я рідко порівнюю своє тіло з іншими, бо відчуваю задоволення від власного вигляду | 4 | 6 | 7 | 3 |
| 10 | Мій зовнішній вигляд допомагає мені отримувати більше задоволення від своєї діяльності | 2 | 5 | 9 | 4 |
| 11 | Я почуваюся комфортно зі своєю вагою | 2 | 4 | 8 | 6 |
| 12 | Я маю позитивні думки і вважаю своє тіло красивим | 2 | 3 | 10 | 5 |
| 13 | Я легко приймаю компліменти щодо своєї зовнішності | 3 | 5 | 7 | 5 |
| 14 | Коли я дивлюсь у | 2 | 4 | 8 | 6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | дзеркало, я бачу свої сильні сторони і привабливі риси | | | | |
| 15 | Я відчуваю впевненість у своїй привабливості незалежно від оточення | 3 | 4 | 7 | 6 |
| 16 | Я підтримую здорову вагу і відчуваю себе добре | 2 | 5 | 8 | 5 |

**Додаток К**

**Таблиця 3.2**

## Результати повторного опитування за Шкалами оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI)

| Жінка | Запитання 1 | Запитання 2 | Запитання 3 | Запитання 4 | Запитання 5 | Запитання 6 | Запитання 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Жінка 1 | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 2 | 3 дні | 0 днів | 3 дні | 1-2 дні | 3 дні | 3 дні | 1-2 дні |
| Жінка 3 | 2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 4 | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів |
| Жінка 5 | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 6 | 2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні |
| Жінка 7 | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 8 | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 9 | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 10 | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 11 | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 3 дні | 3 дні | 1-2 дні |
| Жінка 12 | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів |
| Жінка 13 | 1-2 дні | 0 днів | 2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 14 | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 15 | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 0 днів | 0 днів |
| Жінка 16 | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 17 | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 0 днів |
| Жінка 18 | 0 днів | 0 днів | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 19 | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 1-2 дні | 0 днів |
| Жінка 20 | 1-2 дні | 0 днів | 1-2 дні | 1-2 дні | 2 дні | 2 дні | 0 днів |

## Додаток Л

## Таблиця 3.3

### Результати тестування за опитувальником SCOFF

| № | Жінка | Питання 1 (S) | Питання 2 (C) | Питання 3 (O) | Питання 4 (F) | Питання 5 (F) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Жінка 1 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 2 | Жінка 2 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 3 | Жінка 3 | Ні | Так | Так | Ні | Ні |
| 4 | Жінка 4 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 5 | Жінка 5 | Так | Ні | Ні | Так | Ні |
| 6 | Жінка 6 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 7 | Жінка 7 | Ні | Ні | Так | Ні | Ні |
| 8 | Жінка 8 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 9 | Жінка 9 | Ні | Так | Ні | Ні | Ні |
| 10 | Жінка 10 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 11 | Жінка 11 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 12 | Жінка 12 | Так | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 13 | Жінка 13 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 14 | Жінка 14 | Ні | Ні | Так | Ні | Ні |
| 15 | Жінка 15 | Ні | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 16 | Жінка 16 | Ні | Так | Ні | Ні | Ні |
| 17 | Жінка 17 | Так | Ні | Ні | Ні | Ні |
| 18 | Жінка 18 | Ні | Ні | Ні | Ні | Так |
| 19 | Жінка 19 | Ні | Ні | Так | Ні | Ні |
| 20 | Жінка 20 | Так | Ні | Ні | Ні | Ні |

**Додаток М**

**Таблиця 3.4**

## Стислий огляд результатів тестування за Голландським опитувальником харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)

| № | Запитання | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Дуже часто |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Їдять менше при наборі ваги | 5 | 6 | 5 | 2 | 2 |
| 2 | Стараються їсти менше, ніж хочеться | 4 | 5 | 6 | 3 | 2 |
| 3 | Відмова від їжі через турботу про вагу | 5 | 7 | 4 | 2 | 2 |
| 4 | Слідкують за тим, що їдять | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 |
| 5 | Вживають продукти для схуднення | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 |
| 6 | Їдять менше після переїдання | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 |
| 7 | Обмежують себе, щоб не погладшати | 5 | 6 | 5 | 3 | 1 |
| 8 | Не їдять між прийомами для контролю ваги | 6 | 5 | 5 | 2 | 2 |
| 9 | Не їдять ввечері для контролю ваги | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 |
| 10 | Вага впливає на прийняття їжі | 5 | 6 | 5 | 3 | 1 |

**Додаток Н**

**Таблиця 3.5**

## Результати тестування за трьохфакторним опитувальником харчування (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ-R18)

| Номер респондента | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 (1-8) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | A | A | A | B | A | A | A | B | B | A | A | B | A | A | B | A | A | 7 |
| 2 | B | A | B | A | A | B | B | A | B | A | A | A | A | A | A | A | A | 6 |
| 3 | A | B | A | B | A | A | B | A | B | B | A | A | A | B | A | B | A | 6 |
| 4 | A | A | A | A | B | A | B | B | A | B | A | B | A | A | B | A | A | 7 |
| 5 | B | A | B | B | A | A | A | B | A | A | B | A | B | A | A | A | A | 7 |
| 6 | A | B | A | A | B | A | B | A | A | B | A | B | A | A | A | A | A | 6 |
| 7 | A | B | A | A | B | B | A | A | B | A | B | A | A | A | A | B | A | 6 |
| 8 | A | A | B | A | A | B | A | B | A | B | A | A | A | A | A | A | A | 7 |
| 9 | A | A | A | B | A | A | B | A | A | B | A | A | A | A | A | A | A | 7 |
| 10 | B | B | B | A | A | A | A | B | B | A | A | B | A | A | A | B | A | 5 |
| 11 | A | A | B | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | 8 |
| 12 | A | A | A | B | B | A | A | B | A | B | A | B | A | A | B | A | A | 7 |
| 13 | B | A | A | A | A | B | A | A | B | A | B | A | B | A | A | A | A | 6 |
| 14 | A | A | A | A | A | B | A | A | A | A | B | A | A | A | A | A | A | 7 |
| 15 | A | A | A | B | A | A | B | A | B | B | A | A | A | A | A | B | A | 6 |
| 16 | B | A | B | A | A | A | A | B | A | A | B | B | B | A | B | A | A | 6 |
| 17 | A | A | A | A | B | A | B | A | A | B | A | B | A | B | B | A | A | 6 |
| 18 | A | A | A | A | A | A | A | A | B | A | B | A | A | A | A | B | A | 7 |
| 19 | A | A | B | A | A | B | A | A | A | B | A | B | A | A | B | A | A | 7 |
| 20 | A | A | A | A | A | A | A | A | B | A | B | A | A | B | A | A | A | 7 |

**Додаток О**

## Розгорнута психокорекційна програма по етапах

### Оцінка та підготовчий етап (1 тиждень)

Мета: зменшення дії чинників порушень харчової поведінки через покращення самоставлення, розвиток самоконтролю, зниження рівня стресу та переживання самотності.

**Блок 1. Покращення самоставлення**

Мета: формування позитивного ставлення до власного тіла та особистості.

Очікувані результати:

1. розширення знань про своє тіло, особистість і їхні особливості;
2. формування здатності адекватно оцінювати себе та свої потреби;
3. розвиток впевненості у собі та позитивного ставлення до свого тіла;
4. стимулювання інтересу до самопізнання та розвитку.

Опис роботи:

- Тренінги з покращення самоставлення, що включають вправи на самооцінку, роботу з тілесним образом і навчання позитивної внутрішньої комунікації.
- Проведення тренінгової роботи протягом 3 днів, тривалість кожного заняття – 2,5 години з перервою 30 хвилин.

**Блок 2. Розвиток самоконтролю**

Мета: навчання навичок регуляції харчової поведінки та емоцій.

Очікувані результати:

1. зменшення кількості епізодів неконтрольованого переїдання;
2. розвиток здатності усвідомлювати свої емоції та управляти ними;
3. формування навичок розпізнавання і подолання тригерів переїдання.

Опис роботи:

- Психоосвітні заняття з роз’яснення механізмів дії емоцій на харчову поведінку.

- Практичні вправи з ведення харчового щоденника та техніки емоційної регуляції.
- Тривалість блоку – 1 тиждень (3 зустрічі по 2 години).

**Блок 3. Зниження рівня стресу та переживання самотності**

Мета: забезпечення психологічної підтримки та формування ефективних стратегій подолання стресу.

Очікувані результати:

1. зниження рівня стресу та відчуття самотності;
2. зміцнення соціальних зв'язків та підтримки;
3. розвиток стратегій адаптації до стресових ситуацій.

Опис роботи:

- Використання методики Рассела та Фергюсона для аналізу суб'єктивного відчуття самотності.
- Групові заняття з розвитку комунікативних навичок та технік релаксації.
- Проведення 4 сесій, тривалістю 1,5 години, один раз на тиждень.

Підсумок першого етапу програми:

1. Встановлено індивідуальні терапевтичні цілі.
2. Зібрано детальні дані для подальшої роботи.
3. Створено умови для довірливої атмосфери між учасницями та психологом.

**Освітній етап (2 тиждень)**

Мета: зменшення впливу стресу та емоційних чинників на харчову поведінку шляхом формування базових знань про булімію, її наслідки та побудову перших кроків до подолання тригерів.

**Блок 1. Інформація про булімію та її вплив на організм**

Мета: підвищення обізнаності учасниць про природу булімії та її наслідки для здоров'я.

Очікувані результати:

1. усвідомлення соціальних, психологічних та фізіологічних причин булімії;

2. розуміння впливу неконтрольованої харчової поведінки на тіло і психіку;

3. формування мотивації до змін через знання про наслідки булімії.

Опис роботи:

- Теоретичний блок із використанням інфографік: визначення булімії, її поширеність, фізіологічні (порушення роботи органів травлення, серця) та психологічні наслідки (депресія, почуття провини).
- Практичні вправи: аналіз замкненого циклу булімії (тригер → переїдання → компенсаторні дії → почуття провини).
- Групова дискусія: обговорення розуміння булімії та власного досвіду в безпечному середовищі.
- Тривалість блоку – 2 години.

**Блок 2. Вплив стресу та емоцій на харчову поведінку**

Мета: розуміння учасницями зв'язку між емоціями, стресом та їхнім впливом на харчову поведінку.

Очікувані результати:

1. усвідомлення механізму дії стресу на організм;

2. вміння розрізняти фізіологічний та емоційний голод;

3. виявлення основних тригерів емоційного голоду.

Опис роботи:

- Теоретичний блок: фізіологія стресу, роль кортизолу та дофаміну, поняття емоційного голоду.
- Практичні вправи:
- «Сканування голоду» – аналіз сигналів тіла перед їжею.
- «Список емоційних тригерів» – визначення та опис ситуацій, які провокують переїдання.
- Обговорення альтернативних способів зняття напруги.
- Тривалість блоку – 2 години.

**Блок 3. Здорове харчування та самоприйняття**

Мета: формування позитивного ставлення до тіла та розуміння основ здорового харчування.

Очікувані результати:

1. знання основ збалансованого раціону;
2. усвідомлення важливості регулярності харчування для стабілізації апетиту;
3. розвиток позитивного ставлення до тіла та практик самопідтримки.

Опис роботи:

- Теоретичний блок: баланс білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, руйнування міфів про «шкідливу їжу».
- Практичні вправи:
- «Тарілка здорового харчування» – складання раціону відповідно до індивідуальних потреб.
- «Щоденник вдячності» – щоденна подяка за якість чи здатність тіла.
- Обговорення: поняття body neutrality, афірмації, формування поваги до себе.
- Тривалість блоку – 2 години.

Результати освітнього етапу:

1. Учасниці здобудуть базові знання про булімію та її наслідки.
2. Встановлять зв’язок між стресом, емоціями та харчовою поведінкою.
3. Розпочнеться формування позитивного ставлення до тіла та здорового харчування.
4. Будуть ідентифіковані основні емоційні тригери, запропоновані перші кроки до їх подолання.

**Когнітивно-поведінкова терапія (3–4 тиждень)**

Мета: оцінка та зміна деструктивних переконань і звичок, пов'язаних із харчуванням і сприйняттям тіла; формування здорових стратегій поведінки та мислення; розвиток навичок усвідомленого харчування й управління емоційними реакціями.

**Блок 1. Виявлення і корекція негативних переконань щодо їжі та тіла**

Мета: усвідомлення учасницями автоматичних негативних думок про їжу та тіло, формування альтернативних позитивних переконань.

Очікувані результати:

1. учасниці зможуть розпізнавати свої негативні установки щодо їжі й тіла;
2. сформують раціональні альтернативи деструктивним переконанням;
3. навчаться аналізувати вплив переконань на свої емоції та поведінку.

Опис роботи:

- Діагностика переконань: Учасниці виконують вправу з когнітивної реструктуризації, під час якої визначають автоматичні негативні думки, наприклад:
- «Я не заслуговую їсти десерт.»
- «Мій вигляд завжди відштовхує людей.»
- Робота з таблицею когніцій: Учасниці заповнюють таблицю:
- Подія → Думка → Емоція → Поведінка → Наслідок.

Наприклад:

- Подія: подивилася у дзеркало.
- Думка: «Я жахливо виглядаю.»
- Емоція: сором, зневіра.
- Поведінка: пропустила обід.
- Наслідок: зростання голоду, переїдання ввечері.
- Корекція переконань: Аналіз кожної думки на предмет її об’єктивності. Учасниці знаходять факти, які підтверджують або спростовують їхню думку.

Наприклад:

- Деструктивна думка: «Я не можу їсти солодке.»
- Раціональна альтернатива: «Я можу їсти солодке в помірних кількостях, не завдаючи шкоди своєму здоров’ю.»
- Практична вправа:

Техніка «доказів за і проти»: учасниці пишуть, які аргументи підтверджують або спростовують їхні негативні переконання.

Тривалість блоку: 2 години.

**Блок 2. Розпізнавання емоцій і створення здорових стратегій реагування**

Мета: розвиток навичок розпізнавання емоцій, які ведуть до переїдання, та створення альтернативних способів управління емоціями.

Очікувані результати:

1. учасниці зможуть визначати емоції, які провокують переїдання;
2. розвинуть навички управління емоціями через здорові альтернативи;
3. сформують список методів подолання емоційного переїдання.

Опис роботи:

- Ідентифікація емоцій:

Учасниці виконують вправу «Колесо емоцій», де розглядають основні емоції (страх, сум, радість, злість) та їхній вплив на поведінку.

- Розпізнавання тригерів:

Учасниці виявляють основні емоційні тригери, які провокують переїдання, наприклад: самотність, стрес, нудьга.

- Робота з емоціями, методи управління емоціями:

Дихальні техніки (глибокий вдих на 4 рахунки, затримка на 4 рахунки, повільний видих на 6 рахунків).

Техніка "заземлення" (зосередження на 5 речах, які бачиш, 4 речах, які чуєш, 3 речах, які можеш торкнутися, 2 запахах, 1 смакові).

Ведення емоційного щоденника для аналізу ситуацій і реакцій.

Створення «скриньки альтернатив»:

Учасниці складають список здорових способів реагування на емоції замість переїдання, наприклад:

- прогулянка,
- дзвінок другу,
- малювання або письмо,

- медитація.
- Рольові ігри:

Учасниці програють ситуації, які зазвичай призводять до переїдання, й шукають конструктивні варіанти реакцій.

Тривалість блоку: 2 години.

**Блок 3. Навчання розпізнавати голод і ситість, усвідомлене харчування**

Мета: зменшення імпульсивних прийомів їжі через розвиток навичок контролю голоду й ситості та впровадження усвідомленого харчування.

Очікувані результати:

1. учасниці навчаться розпізнавати фізіологічний голод і ситість;
2. оволодіють техніками уповільнення харчування й уважності під час їжі;
3. зменшать частоту імпульсивних прийомів їжі.

Опис роботи:

- Контроль імпульсів:
- Техніка «10 хвилин»: коли виникає бажання переїсти, відкласти їжу на 10 хвилин і зайнятися іншою активністю (пити воду, вести щоденник).
- Навички розпізнавання голоду та ситості:
- Введення шкали голоду від 1 до 10: учасниці оцінюють, наскільки вони голодні перед їжею й ситі після.
- Тренування харчової паузи: їсти повільно, зупинятися за перших ознак ситості.
- Усвідомлене харчування:
- Техніка «харчової медитації»: концентрувати увагу на процесі їжі без відволікань.
- Вправа «5 відчуттів»: під час їжі звертати увагу на вигляд, смак, текстуру, аромат, звук (якщо є).

Практичні завдання:

- Вести харчовий щоденник із графою для оцінки голоду й ситості.

- Використовувати техніку «розумної тарілки»: половина тарілки – овочі, чверть – білки, чверть – вуглеводи.

Тривалість блоку: 2 години.

Результати когнітивно-поведінкового етапу:

1. Учасниці зможуть ідентифікувати деструктивні переконання й замінювати їх позитивними.
2. Розвинуть стратегії боротьби з емоційним переїданням.
3. Сформують навички усвідомленого харчування, що допоможе зменшити імпульсивні прийоми їжі й покращити контроль голоду та ситості.

**Управління стресом та емоціями (5–6 тиждень)**

Загальна мета етапу:

Надати учасницям знання та практичні інструменти для зниження рівня стресу.

Навчити керувати емоціями в складних життєвих ситуаціях.

Сформувати уявлення про стратегії емоційного відновлення.

Загальна тривалість: 10 годин

Розподіл часу: 2 дні (по 5 годин)

**День 1: Техніки релаксації (5 годин)**

**Блок 1: Глибоке дихання (1 година)**

Мета:

Ознайомити учасниць із впливом дихальних технік на нервову систему.

Навчити застосовувати техніки «4-7-8» і діафрагмального дихання для зниження тривожності.

Розвинути навички саморегуляції через контроль дихання.

- Теорія (20 хв):
- Вплив дихальних технік на нервову систему.
- Роз’яснення технік «4-7-8» і діафрагмального дихання.
- Практика (40 хв):
- Виконання техніки «4-7-8» у спокійному середовищі.
- Практика діафрагмального дихання в групах із зворотним зв’язком.

**Блок 2: Прогресивна м’язова релаксація (1,5 години)**

Мета: Ознайомити з методом поступового розслаблення м’язів як інструментом боротьби зі стресом.

Навчити відчувати та знімати фізичну напругу.

Допомогти учасницям розпізнавати області тіла, які найбільш піддаються стресу.

- Теорія (30 хв):
- Принципи роботи техніки ПМР.
- Роз’яснення алгоритму поетапного напруження та розслаблення м’язів.
- Практика (1 година):
- Виконання вправ під керівництвом інструктора.
- Зворотний зв’язок учасниць: які зони в тілі відчуваються найбільш напруженими.

**Блок 3: Медитація та візуалізація (2,5 години)**

Мета:

Розкрити потенціал медитацій для зниження стресу та покращення емоційного стану.

Навчити використовувати техніки «Сканування тіла» і візуалізації для заспокоєння розуму.

Сприяти розвитку внутрішнього ресурсу через уявлення спокійного місця.

- Теорія (40 хв):
- Вплив медитації на мозок і емоції.
- Ознайомлення з техніками «Сканування тіла» та візуалізації.
- Практика (1,5 години):
- Групова медитація «Сканування тіла».
- Індивідуальна вправа «Візуалізація спокійного місця».
- Обговорення (20 хв):
- Як ці техніки можуть допомогти у повсякденному житті.

## День 2: Техніки емоційної регуляції та управління стресовими ситуаціями (5 годин)

**Блок 1: Когнітивна реструктуризація (1,5 години)**

Мета:

Допомогти учасницям розпізнавати та трансформувати негативні думки.

Озброїти інструментами для аналізу емоцій та їхнього впливу на поведінку.

Знизити рівень емоційного напруження через зміну мислення.

Теорія (30 хв):

- Що таке когнітивна реструктуризація?
- Приклади негативних думок та їхньої трансформації.

Практика (1 година):

- Вправа «Журнал емоцій»: запис і аналіз власних емоцій.
- Практика трансформації негативних думок у позитивні.

**Блок 2: Техніка «СТОП» та емоційне перезавантаження (1,5 години)**

Мета:

Навчити техніці «СТОП» для швидкого реагування в стресових ситуаціях.

Ознайомити з методами фізичної та емоційної розрядки.

Допомогти усвідомити власні почуття через письмові практики.

Теорія (30 хв):

- Алгоритм техніки «СТОП».
- Методи швидкого перезавантаження: фізична активність, письмо.

Практика (1 година):

- Виконання техніки «СТОП» у змодельованих стресових ситуаціях.
- Написання листа власним емоціям для усвідомлення почуттів.

**Блок 3: Розпізнавання та управління стресовими ситуаціями (2 години)**

Мета: Навчити визначати тригери стресу та розробляти стратегії їхнього подолання.

Допомогти формувати короткострокові й довгострокові плани дій у відповідь на стрес.

Надати можливість практично програти ефективні стратегії поведінки.

Теорія (30 хв):

- Ідентифікація тригерів стресу.
- Розробка стратегії реагування: короткострокові та довгострокові дії.

Практика (1,5 години):

- Вправа «Мої тригери»: створення списку та обговорення у групах.
- Моделювання стресових ситуацій і програвання стратегій реагування.

Очікувані результати після завершення етапу:

1. Учасниці навчаться:

- Використовувати практичні техніки релаксації.
- Ідентифікувати та трансформувати негативні думки.
- Ефективно керувати емоціями у стресових ситуаціях.

2. Створять:

- Особистий план дій для управління стресом.
- «Ресурсний список» для емоційного відновлення.

**Розвиток позитивного ставлення до тіла та підвищення самооцінки (7 тиждень)**

Мета етапу: сформувати позитивне ставлення до свого тіла, підвищити самооцінку учасниць, допомогти навчитися приймати себе такими, як вони є, та розвивати впевненість у собі.

Загальна тривалість: 10 годин

Розподіл часу: 2 дні (по 5 годин)

**День 1: Розвиток самоприйняття (5 годин)**

**Блок 1: Оцінка сильних сторін та досягнень (2 години)**

Мета:

Розкрити індивідуальні сильні сторони та досягнення.

Допомогти учасницям усвідомити свої переваги, які формують їхню унікальність.

Зміцнити впевненість у собі через акцент на позитивних аспектах особистості.

Теорія (30 хв):

- Роль самоприйняття у формуванні здорового ставлення до себе.
- Як аналіз власних досягнень та сильних сторін допомагає підвищити самооцінку.

Практика (1 година 30 хв):

- Вправа «Я - унікальна»:
- Учасниці записують 5–10 своїх сильних сторін.
- Обговорення у групі: кожна учасниця ділиться хоча б однією сильною стороною.
- Вправа «Мої досягнення»:
- Написання списку досягнень (великих і малих).
- Візуалізація моментів гордості за себе (групова вправа з інструктором).

**Блок 2: Робота з негативними установками (2 години)**

Мета:

Ідентифікувати негативні установки та внутрішнього критика.

Навчитися замінювати деструктивні думки підтримувальними твердженнями.

Розвинути практику вдячності для фокусування на позитивних аспектах життя та тіла.

Теорія (30 хв):

- Що таке «внутрішній критик» і як він впливає на самооцінку.
- Стратегії заміни негативних установок позитивними твердженнями.

Практика (1 година 30 хв):

- Вправа «Виявлення внутрішнього критика»:
- Аналіз учасницями негативних думок про себе.
- Написання альтернативних підтримувальних тверджень.
- Обговорення результатів у малих групах.
- Практика вдячності:
- Щоденне записування трьох речей, за які учасниці вдячні.
- Спільний обмін записами у групі.

Перерва (1 година)

- Легка фізична активність або релакс-діяльність (медитація, прогулянка).

**День 2: Формування позитивного образу тіла та підтримуючі практики (5 годин)**

**Блок 1: Формування позитивного образу тіла (2 години)**

Мета:

Допомогти учасницям розпізнавати деструктивні думки про тіло.

Зменшити вплив соціальних стандартів краси на самооцінку.

Навчити концентруватися на фізичних можливостях і позитивних аспектах свого тіла.

Теорія (30 хв):

- Як медіа і соціальні стандарти краси впливають на сприйняття тіла.
- Важливість функціонального підходу до тіла (замість оцінки за зовнішністю).

Практика (1 година 30 хв):

- Вправа «Зміна перспективи»:
- Учасниці описують себе з точки зору друга або близької людини.
- Обговорення результатів у парах.
- Вправа «Що я люблю у своєму тілі»:
- Написання списку принаймні трьох аспектів свого тіла, які учасницям подобаються.
- Групова дискусія: як зосередженість на перевагах змінює сприйняття.

**Блок 2: Використання аффірмацій (2 години)**

Мета:

Навчити створювати і використовувати аффірмації як інструмент для зміцнення самооцінки.

Розвинути навички виголошення аффірмацій перед дзеркалом для посилення самоприйняття.

Зменшити внутрішню критику через акцент на позитивних установках.

Теорія (30 хв):

- Що таке аффірмації, як вони працюють і чому їх корисно використовувати.
- Приклади ефективних аффірмацій.

Практика (1 година 30 хв):

- Розробка індивідуальних аффірмацій:
- Учасниці формулюють позитивні твердження, що відображають їхню унікальність.
- Практика перед дзеркалом:
- Виголошення аффірмацій у спокійному середовищі.
- Спільне обговорення емоційних вражень.

**Блок 3: Групова підтримка та дії для підвищення впевненості (1 година)**

Мета:

Сформувати атмосферу підтримки у групі через компліменти та спільне обговорення.

Розробити індивідуальні дії для покращення настрою та впевненості.

Навчити учасниць використовувати щоденні практики компліментів для зміцнення позитивного ставлення до себе.

Теорія (15 хв):

- Роль підтримки та самопохвали у зміцненні самооцінки.

Практика (45 хв):

- Вправа «Компліменти собі»:
- Учасниці щодня знаходять одну річ, яку можна похвалити у собі чи своєму тілі.
- Групова вправа:
- Кожна учасниця робить комплімент іншій, акцентуючи увагу на її унікальності.

Очікувані результати етапу:

1. Підвищення рівня самоприйняття та формування позитивного ставлення до тіла.

2. Зменшення внутрішньої критики та розширення практик вдячності.

3. Розробка та впровадження індивідуальних аффірмацій.

4. Створення «Ресурсного списку» дій для підтримання впевненості у собі.

**6. Завершення програми та підтримка (8 тиждень)**

Мета:

Зменшення дії чинників порушень харчової поведінки шляхом покращення самоставлення, розвитку самоконтролю, зниження рівня стресу та відчуття самотності.

**Блок 1. Закріплення досягнутих результатів та оцінка прогресу (2 години)**

Мета: аналіз досягнень учасниць та виявлення позитивних змін у харчовій поведінці, самооцінці й емоційному стані.

Очікувані результати:

1. Підвищення рівня усвідомленості в харчовій поведінці.

2. Зниження епізодів імпульсивного переїдання.

3. Покращення самоставлення та емоційного стану.

Етапи:

- Оцінка прогресу:

1. Повторне проведення діагностичних тестів, використаних напочатку програми.

2. Порівняння результатів із початковими даними.

3. Групова дискусія: обговорення досягнень, труднощів та майбутніх планів.

- Підведення підсумків:

1. Створення індивідуального звіту для кожної учасниці.

2. Рекомендації щодо подальшого розвитку та підтримки позитивних змін.

**Блок 2. Формування довгострокової підтримки (1,5 години)**

Мета: закріплення нових звичок та створення інструментів для самопідтримки.

Очікувані результати:

1. Розробка індивідуальних планів підтримки.

2. Формування стійких навичок емоційної регуляції та контролю харчової поведінки.

Етапи:

- Індивідуальний план підтримки:
- Ведення харчового щоденника: запис раціону, емоцій та їх впливу на харчову поведінку.
- Емоційний щоденник: фіксування стресових ситуацій, реакцій та технік самозаспокоєння.
- Рекомендації для самостійної роботи:
- Література про здорове харчування та емоційну регуляцію.
- Участь у групах підтримки.
- Виконання технік релаксації та медитацій.
- Довгострокова стратегія:
- Встановлення особистих цілей (фізична активність, нові захоплення).
- Моніторинг прогресу за допомогою рекомендованих анкет та щоденників.

**Блок 3. Робота з рецидивами та майбутніми викликами (2 години)**

Мета: навчання учасниць розпізнавати перші ознаки повернення негативних симптомів та своєчасно вживати заходів для їх подолання.

Очікувані результати:

1. Розуміння механізмів виникнення рецидивів.

2. Застосування ефективних технік самодопомоги.

3. Уміння звертатися за професійною допомогою.

Етапи:

- Робота над попередженням рецидивів.
- Регулярні консультації (за потреби).
- Використання когнітивно-поведінкової терапії для підтримки позитивного мислення та поведінки.

Методи та техніки:

1. Когнітивно-поведінкова терапія: для підтримки позитивних змін.
2. Релаксація та медитація: вправи на дихання, релаксацію м’язів.
3. Аффірмації: використання позитивних тверджень для формування впевненості.
4. Ведення щоденників: підтримка усвідомленості у харчуванні та емоційній поведінці.

Контроль та зворотний зв’язок:

- Домашні завдання після кожного етапу програми.
- Постійний моніторинг результатів.
- Регулярний зворотний зв’язок від психолога.

Очікувані результати:

1. Покращення контролю над харчовою поведінкою.
2. Зниження рівня стресу та самотності.
3. Підвищення самооцінки та впевненості.
4. Стійкі навички для підтримання здорових звичок.

Програма завершується створенням індивідуального ресурсу для кожної учасниці, що забезпечує підтримку позитивних змін у довгостроковій перспективі.