МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-1-дн
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Дворцова Марія Сергіївна
Керівник: к. пед. наук доцент кафедри
педагогіки та психології освітньої
діяльності Козич І. В.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Мосол Н. О.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«____»_____2026 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Дворцовій Марії Сергіївні

1. Тема роботи: Вікові особливості розладу харчової поведінки жінок
керівник роботи Козич І. В., кандидат педагогічних наук, доцент
затверджена наказом ЗНУ від «02» жовтня 2025 року № 1393-с
2. Термін подання студентом роботи: _____
3. Вихідні дані до роботи: аналіз наукових джерел, матеріали практик
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) проаналізувати сучасні наукові підходи до визначення поняття та класифікації розладів харчової поведінки; визначити основні психологічні чинники, що зумовлюють розвиток розладів харчової поведінки; дослідити вплив вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок; провести емпіричне дослідження вікових особливостей розладу харчової поведінки у жінок; розробити психологічні стратегії корекції та рекомендації щодо профілактики та подолання розладів харчової поведінки жінок..
5. Перелік графічного матеріалу: 2 рисунка та 6 таблиць з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Козич І.В., доцент		
Розділ 1	Козич І.В., доцент		
Розділ 2	Козич І.В., доцент		
Висновки	Козич І.В. доцент		

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2025 р.	виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	виконано
3	Написання першого розділу	квітень-травень 2025 р.	виконано
4	Написання другого розділу	липень-червень 2025 р.	виконано
5	Написання висновків	серпень-вересень 2025 р.	виконано
6	Оформлення роботи	жовтень 2025 р.	виконано
7	Проходження нормоконтролю	листопад 2025 р.	виконано
8	Рецензування	січень 2026 р.	виконано
9	Захист	лютий 2026 р.	виконано

Студент _____ М. С. Дворцова

Керівник роботи _____ І. В. Козич

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 92 сторінки, 2 рисунка, 6 таблиць, 68 джерел, 3 додатки.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати вікові особливості розладів харчової поведінки у жінок та визначити ефективні психологічні стратегії їх корекції та профілактики з урахуванням віку.

Об’єкт дослідження: розлади харчової поведінки у жінок.

Предмет дослідження: психологічні особливості проявів розладів харчової поведінки у жінок різних вікових груп.

Гіпотеза дослідження: існують статистично значущі вікові відмінності у проявах розладів харчової поведінки у жінок, які обумовлені специфікою психоемоційного стану, соціальних очікувань і психологічних потреб на різних етапах життя.

Методи дослідження: теоретичні: теоретичний аналіз наукових джерел з досліджуваної тематики; емпіричні: Опитувальник розладів харчової поведінки, Шкала депресії Бека, Шкала тривожності Спілбергера, інтерв’ю, методи математичної статистики: дисперсійний аналіз та кореляційний аналіз.

Практичне значення дослідження полягає в розробці диференційованих психологічних стратегій корекції розладів харчової поведінки для жінок різних вікових груп, які можуть бути застосовані в психологічній практиці, медичних і реабілітаційних центрах. Надані рекомендації щодо профілактики, такі як просвітницькі семінари з медіаграмотності, стресового менеджменту та здорового харчування, можуть бути впроваджені в освітніх закладах і громадах для раннього виявлення ризиків.

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА, РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ, НЕРВОВА БУЛІМІЯ, КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ, СТРЕС, ТРИВОЖНІСТЬ, ДЕПРЕСІЯ.

SUMMARY

Dvortsova M. S. Age-Related Features of Women's Eating Disorder.

The qualifying work consists of Iintroduction, 2 Chapters, Conclusion, References (68 items, 4 of foreign origin), 3 appendixes. The qualifying work volume is 107 pages long, 92 of them – main text. There are 6 tables and 2 illustrations.

Today, the study of eating behavior as a psychological aspect that affects the quality of life is of particular importance due to the growth of problems associated with eating disorders, caused by psychological, social and economic factors. In the context of the war in Ukraine, these problems are exacerbated by chronic stress and instability, which increase the negative impact on the psycho-emotional state and eating habits of the population.

The purpose of the study: to identify and analyze age-related features of eating disorders in women and to determine effective psychological strategies for their correction and prevention, taking into account age.

The research tasks:

– to analyze modern scientific approaches to defining the concept and classification of eating disorders;

– to identify the main psychological factors that determine the development of eating disorders;

– to investigate the influence of age characteristics on the manifestations of eating disorders in women;

– to conduct an empirical study of the age characteristics of eating disorders in women;

– to develop psychological correction strategies and recommendations for the prevention and overcoming of eating disorders in women.

Object of research: eating disorders in women.

Subject of research: psychological features of manifestations of eating disorders in women of different age groups.

Chapter 1 “Theoretical aspects of studying eating disorders in women” the concept and classification of eating disorders are revealed, psychological factors in the development of eating disorders are highlighted, the influence of age characteristics on the manifestations of eating disorders in women is determined.

Part 2 “Empirical study of age-related characteristics of eating disorders in women” the indicators of eating disorders in women of different ages were analyzed and compared, psychological strategies for correcting eating disorders were identified, taking into account the age characteristics of women, and recommendations were developed for the prevention and overcoming of eating disorders in women.

The practical significance of the study lies in the development of differentiated psychological strategies for the correction of eating disorders for women of different age groups, which can be applied in psychological practice, medical and rehabilitation centers. The recommendations for prevention, such as educational seminars on media literacy, stress management and healthy eating, can be implemented in educational institutions and communities for early identification of risks.

Keywords: eating behavior, eating disorders, anorexia nervous, bulimia nervous, compulsive overeating, stress, anxiety, depression.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 8
ВСТУП 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК 14
1.1. Поняття та класифікація розладів харчової поведінки 14
1.2. Психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки 25
1.3. Вплив вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок 35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК 47
2.1. Організація та методика емпіричного дослідження 47
2.2. Аналіз і порівняння показників розладу харчової поведінки у жінок різного віку 54
2.3. Психологічні стратегії корекції розладів харчової поведінки з урахуванням вікових особливостей жінок 65
2.4. Рекомендації щодо профілактики та подолання розладів харчової поведінки у жінок 80
ВИСНОВКИ 89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 93
ДОДАТКИ 100

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ANOVA – односторонній дисперсійний аналіз

ARFID – розлад уникнення/обмеження споживання їжі

BDI – шкала депресії Бека

SD – стандартне відхилення

STAI – шкала тривожності Спілбергера

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

РХП – розлади харчової поведінки

ВСТУП

Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно 70% тривалості життя та загального стану здоров'я населення визначається способом життя, де харчування відіграє провідну роль, тоді як спадковість і екологічні умови впливають на 15% кожна. Харчова поведінка охоплює широкий спектр процесів, пов'язаних із прийомом їжі, включаючи фізіологічні аспекти, такі як пошук їжі та травлення, а також психологічні компоненти, зокрема емоції, ставлення до їжі та сформовані звички. Ці аспекти тісно пов'язані з індивідуальними особливостями, соціокультурними впливами та віковими змінами, що визначають моделі харчування.

На сьогоднішній день вивчення харчової поведінки як психологічного аспекту, що впливає на якість життя, набуває особливого значення через зростання проблем, пов'язаних із порушеннями харчування, зумовлених психологічними, соціальними та економічними факторами. У контексті війни в Україні ці проблеми загострюються через хронічний стрес і нестабільність, що посилюють негативний вплив на психоемоційний стан і харчові звички населення.

Розлади харчової поведінки (РХП), такі як нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання, є однією з ключових проблем сучасного суспільства, що суттєво впливають на фізичне, психічне та соціальне здоров'я жінок. Ці розлади мають складну природу, зумовлену взаємодією психологічних, соціокультурних і біологічних чинників, а їх прояви варіюються залежно від вікових особливостей жінок. Актуальність теми посилюється зростанням поширеності РХП серед жінок різних вікових груп і потребою в адаптованих психологічних стратегіях.

Численні наукові праці присвячені аналізу харчової поведінки та її впливу на здоров'я і соціальну адаптацію. Дослідники, такі як Т. Алексєєва, Л. Артюх, О. Барташук, О. Бацилєва, П. Бурд'є, Л. Бурлачук, М. Бутінов,

Ж. Вірна, С. Кириленко, В. Косяк, Н. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А. Яблонський та інші, розглядали психологічні, соціальні та культурні аспекти харчової поведінки.

Вивчення розладів харчової поведінки проводили такі дослідники, як О. Богучарова, Л. Бурлачук, Д. Вербіц, Л. Вольнова, Т. Вознесенська, І. Корицький, О. Мельничук, Р. Міланезе, С. Кириленко, І. Малкіна-Пих, В. Шебанова які аналізували їхні психологічні, соціальні та біологічні аспекти. Окрему увагу психологічним особливостям РХП у жінок приділяли Л. Абсалямова, О. Гаврилов, С. Ковальчук, О. Палій, І. Свириденко, А. Фролов, В. Шебанова та інші, досліджуючи специфіку проявів цих розладів у контексті емоційних, когнітивних і поведінкових факторів. Водночас питання вікових особливостей проявів РХП у жінок залишаються недостатньо дослідженими, що вказує на необхідність подальшого вивчення.

Вікові відмінності суттєво впливають на характер і перебіг РХП. У молодому віці розлади часто пов’язані з тиском суспільних стандартів краси, впливом соціальних мереж і прагненням до ідеалізованого образу тіла. У зрілому віці РХП можуть бути зумовлені стресом, змінами соціальних ролей чи гормональними факторами, тоді як у старшому віці на перший план можуть виходити кризи ідентичності чи зниження самооцінки. Ці відмінності підкреслюють потребу в диференційованому підході до діагностики та корекції РХП, що враховує вікові характеристики жінок.

Соціокультурний контекст сучасності посилює актуальність теми. Медіа, соціальні мережі та ідеалізовані стандарти краси формують викривлене сприйняття власного тіла, що особливо впливає на жінок різного віку. Ці фактори, у поєднанні з психологічними аспектами, такими як тривожність, перфекціонізм чи низька самооцінка, створюють передумови для розвитку РХП. Вивчення вікових особливостей дозволяє глибше зрозуміти механізми впливу цих чинників на різні вікові групи та розробити цільові стратегії їх подолання.

Недостатня розробленість теми вікових особливостей РХП у сучасній українській психології створює прогалину в теоретичних і практичних знаннях. Більшість досліджень зосереджені на загальних аспектах РХП або їх проявах у підлітків і молодих жінок, тоді як розлади у зрілому та старшому віці залишаються менш вивченими. Це обмежує можливості створення психологічних підходів, адаптованих до різних вікових груп, і підкреслює важливість даного дослідження.

Зростання запитів на психологічну допомогу серед жінок із РХП вказує на потребу в поглибленому розумінні вікових особливостей цих розладів. Психологи та психотерапевти стикаються з викликами у розробці ефективних програм корекції, які враховували б специфіку вікових груп. Дослідження вікових відмінностей у проявах РХП сприятиме створенню більш точних діагностичних і терапевтичних підходів.

Отже, проблема харчування та харчової поведінки є надзвичайно актуальною в сучасному світі, особливо серед жінок. Напружений ритм життя часто перешкоджає дотриманню здорового харчування, що спричиняє численні психосоматичні розлади. Ці стани, у свою чергу, призводять до психологічної та соціальної дезадаптації багатьох жінок. У психологічній науці встановлено низку закономірностей, що пояснюють сприйняття людиною власного тіла та вибір моделей харчової поведінки. Водночас питання вікових особливостей проявів розладів харчової поведінки у жінок і їх впливу на ефективність психологічних підходів до корекції та профілактики залишаються недостатньо дослідженими.

Таким чином, актуальність теми та її обмежена розробленість у сучасній психології визначили вибір теми дослідження «Вікові особливості розладу харчової поведінки жінок».

Мета дослідження: виявити та проаналізувати вікові особливості розладів харчової поведінки у жінок та визначити ефективні психологічні стратегії їх корекції та профілактики з урахуванням віку.

Об’єкт дослідження: розлади харчової поведінки у жінок.

Предмет дослідження: психологічні особливості проявів розладів харчової поведінки у жінок різних вікових груп.

Гіпотеза дослідження: існують статистично значущі вікові відмінності у проявах розладів харчової поведінки у жінок, які обумовлені специфікою психоемоційного стану, соціальних очікувань і психологічних потреб на різних етапах життя.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до визначення поняття та класифікації розладів харчової поведінки.

2. Визначити основні психологічні чинники, що зумовлюють розвиток розладів харчової поведінки.

3. Дослідити вплив вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок.

4. Провести емпіричне дослідження вікових особливостей розладу харчової поведінки у жінок.

5. Розробити психологічні стратегії корекції та рекомендації щодо профілактики та подолання розладів харчової поведінки жінок.

Методи дослідження:

– теоретичні: теоретичний аналіз наукових джерел з досліджуваної тематики;

– емпіричні: Опитувальник розладів харчової поведінки (EDI-3), Шкала депресії Бека, Шкала тривожності Спілбергера (STAI), інтерв’ю.

– методи математичної статистики: дисперсійний аналіз (ANOVA) та кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

1) Визначено психологічні чинники розвитку РХП. Дослідження поглибило розуміння ролі емоційних (тривожність, депресія), когнітивних (перфекціонізм, викривлене сприйняття тіла), особистісних (імпульсивність, ригідність) і міжособистісних (соціальний тиск, сімейні конфлікти) чинників у формуванні РХП

2) Виявлено вікові відмінностей у проявах РХП. Емпірично підтверджено статистично значущі вікові відмінності в проявах РХП у жінок: анорексія та булімія домінують у молодшому віці (19-35 років), компульсивне переїдання – у зрілому (36-55 років), а орторексичні тенденції – у старшому (56+ років).

3) Розроблено диференційовані психологічні стратегії корекції. На основі емпіричних даних запропоновано адаптовані до вікових особливостей жінок стратегії корекції РХП, які поєднують когнітивно-поведінкову терапію, терапію прийняття та відповідальності, майндфулнес, ремінісценцію та групову підтримку

Практичне значення дослідження полягає в розробці диференційованих психологічних стратегій корекції розладів харчової поведінки для жінок різних вікових груп, які можуть бути застосовані в психологічній практиці, медичних і реабілітаційних центрах. Надані рекомендації щодо профілактики, такі як просвітницькі семінари з медіаграмотності, стресового менеджменту та здорового харчування, можуть бути впроваджені в освітніх закладах і громадах для раннього виявлення ризиків.

Апробація дослідження. Основні положення наукової роботи представлено:

– в збірнику наукових праць студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених «Молода наука-2025» (м. Запоріжжя, 14-18 квіт., 2025 р.); тема «Вікові особливості розладу харчової поведінки жінок»;

– в збірнику матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» (м. Запоріжжя, 23-24 жовт., 2025 р.); тема «Вплив вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок».

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

1.1 Поняття та класифікація розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки є складними психічними розладами, що характеризуються патологічними моделями харчування, викривленим сприйняттям власного тіла та порушенням контролю над харчовою поведінкою. Ці стани мають багатогранну етіологію, включаючи психологічні, соціокультурні та біологічні чинники, і суттєво впливають на фізичне, психічне та соціальне здоров’я жінок. Вивчення понять і класифікації РХП є необхідним для розуміння їхньої природи та створення теоретичної основи для аналізу вікових особливостей.

Отже, розглянемо основні визначення РХП, їхні типи та критерії класифікації.

Харчова поведінка – це складна система взаємодії людини з навколишнім середовищем, спрямована на задоволення базової біологічної потреби в їжі, яка водночас має психологічне, соціальне та культурне забарвлення [1]. Вона охоплює не лише сам процес прийому їжі, але й ставлення до неї як до елемента життєдіяльності, задоволення, соціальної взаємодії чи навіть контролю над тілом [32]. У структурі харчової поведінки відображаються індивідуальні цінності, звички, емоції, мотиваційні установки, а також способи реагування на стрес і фрустрацію.

Як зазначають О. Никоненко та А. Іском харчова поведінка становить собою комплекс специфічних взаємодій людини з навколишнім середовищем, спрямованих на задоволення базової фізіологічної потреби в їжі. Ця поведінка формується під впливом психологічних, соціальних і

культурних факторів, що визначають індивідуальні моделі споживання їжі та ставлення до харчування [42].

У широкому психологічному розумінні харчова поведінка включає в себе особистісне ставлення до їжі та образу власного тіла, характерні моделі харчування в повсякденному житті й у ситуаціях емоційного напруження. Вона є індивідуальною і формується під впливом багатьох факторів: сімейного виховання, культурних традицій, соціальних норм, досвіду травм і особистісних рис. Залежно від гармонійності цих чинників харчова поведінка може бути адекватною (збалансованою) або мати девіантний (відхилений) характер. Важливу роль при цьому відіграє те, яке місце займає їжа в ієрархії особистих потреб людини, а також якісні та кількісні характеристики споживання.

Потреба в їжі належить до базових, вроджених потреб людини, адже саме вона забезпечує підтримання внутрішньої рівноваги організму (гомеостазу) та сприяє виживанню. Харчування виконує життєво важливу функцію: воно забезпечує організм енергією, необхідною для фізичної активності, росту клітин, оновлення тканин і здійснення складних метаболічних процесів [53].

Однак у реальному житті раціон людини рідко зводиться лише до задоволення фізіологічної потреби. Харчова поведінка формується під впливом низки психологічних, соціальних і культурних чинників. Люди по-різному ставляться до їжі, вибирають продукти з огляду на смакові вподобання, звички, часові рамки, емоційний стан та попередній досвід. Таким чином, їжа перетворюється на багатогранне явище, що виходить за межі простого задоволення голоду. Потреби, як диспозиції, створюють передумови до певної поведінки, але не визначають її однозначно [7]. Наприклад, навіть за наявності фізичного голоду вибір їжі обумовлюється не лише її доступністю, а й індивідуальними когнітивними схемами, соціальним контекстом, а також особистими установками, сформованими на основі життєвого досвіду.

Кількість, якість і ритм споживання їжі людиною значною мірою обумовлюються трьома ключовими феноменами: голодом, апетитом і насиченням. Голод виступає базовим фізіологічним регулятором харчової поведінки, сигналізуючи про необхідність поповнення енергетичних ресурсів організму. Він проявляється у вигляді дискомфортних фізичних відчуттів – таких як порожнеча в шлунку, спазми або напруження, а також у внутрішньому імпульсі до пошуку та споживання їжі [38].

Фізіологічна основа голоду полягає в складному нейрогуморальному механізмі. Одним з його ключових тригерів є скорочення стінок порожнього шлунка. Ці сигнали сприймаються механорецепторами, які передають інформацію до центральної нервової системи, зокрема до гіпоталамусу – головного центру регуляції апетиту. Крім того, важливу роль відіграє рівень глюкози в крові: її зниження часто супроводжується посиленням відчуття голоду. Водночас варто зазначити, що виникнення голоду залежить не лише від внутрішніх біологічних параметрів, а й від зовнішніх умов. Наприклад, за результатами низки емпіричних досліджень, температура навколишнього середовища може як стимулювати, так і пригнічувати апетит – у холодну пору року спостерігається тенденція до підвищення енергетичних потреб, що веде до інтенсивнішого прояву голоду.

Незважаючи на своє біологічне походження, харчова поведінка виконує у людини багатофункціональну роль. Вона може виступати як засіб емоційного розрядження або зняття стресу, слугувати джерелом задоволення, бути формою соціальної взаємодії (наприклад, у межах групових трапез), способом самовираження та самоствердження через контроль ваги або престижний стиль харчування. Окрім того, вона може реалізовувати потребу в ритуальності (через релігійні, етнічні чи родинні традиції), заміщувати інші незадоволені потреби (у любові, турботі, прийнятті) або виступати як засіб заохочення чи компенсації. Таким чином, харчова поведінка – це не лише акт споживання їжі, а складний психосоціальний процес, що відображає глибинні аспекти особистості [22].

У своїх дослідженнях Т. Ільницька підкреслює, що харчова поведінка людини формується під впливом комплексної взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників, які разом утворюють складну психологічну структуру. Ця структура охоплює не лише задоволення фізіологічної потреби в їжі, а й сам процес споживання їжі, який має значний психологічний і соціальний зміст. Важливо враховувати, що процес харчування, у свою чергу, чинить зворотний вплив на відповідну потребу, модифікуючи її залежно від індивідуальних особливостей і зовнішніх умов. Такий підхід підкреслює необхідність аналізу вікових особливостей у контексті розладів харчової поведінки, що є ключовим аспектом цього дослідження [21].

Харчова поведінка є надзвичайно багатовимірним явищем, яке варіюється від функціональних, адаптивних форм до порушених або патологічних моделей споживання їжі. Вона охоплює широкий спектр проявів – від умовно «нормального» харчування до епізодичних збоїв і серйозних клінічних форм розладів. Визначити межу між здоровою і деструктивною харчовою поведінкою досить складно, адже вона не завжди має чіткі критерії. Як зауважував P. Rogers, наукова спільнота досі недостатньо дослідила взаємозв’язок між нормальним розвитком харчової поведінки та її патологічними формами, що створює труднощі в оцінці ризиків та ранньому виявленні порушень [68].

Як зазначає Н. Ковальова «харчова поведінка охоплює ціннісне сприйняття їжі та процесу її споживання, а також сформовані харчові звички, які проявляються як у повсякденному житті, так і в умовах стресу. Вона ґрунтується на уявленнях про власне тіло та активних діях, спрямованих на створення чи підтримання певного образу тіла» [25]. Ці аспекти відображають психологічні та соціокультурні фактори, що впливають на вибір моделей харчування та ставлення до їжі.

Харчова поведінка містить у собі установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної людини [34].

Така поведінка охоплює систему уявлень і ставлень індивіда до їжі та процесу її споживання, а також звички та моделі харчування, що формуються в повсякденному житті та в умовах стресових або кризових ситуацій. Вона включає не лише фізіологічні потреби, але й психологічні та соціальні чинники, зокрема ставлення до власного тіла, прагнення контролювати його вигляд і вагою, а також дії, спрямовані на формування бажаного тілесного образу. У дітей харчова поведінка значною мірою формується під впливом середовища, родинних звичок, соціальних стандартів і переживань, пов'язаних із самооцінкою та емоційним станом [40].

Слід наголосити, що формування стабільної харчової поведінки починається ще в дитячому віці і значною мірою залежить від стилю виховання, взаємин з батьками та емоційного клімату в родині. Непослідовне або надмірно контролююче ставлення до харчування дитини, а також використання їжі як засобу покарання чи заохочення, можуть закласти основу для подальших девіацій у сфері харчування. Нерідко саме у ранньому віці формується дисфункціональний зв'язок між емоціями та їжею, що згодом проявляється у вигляді компульсивного переїдання, обмежувальної дієти або інших деструктивних патернів.

Харчові розлади, РХП – це група психічних порушень, що проявляються через патологічні зміни у споживанні їжі. Ці складні, серйозні та потенційно летальні стани характеризуються відхиленнями у харчовій поведінці або надмірним контролем маси тіла, що призводять до значного погіршення фізичного стану та порушень психоемоційного й соціального функціонування [65].

Розлади харчової поведінки становлять нагальну проблему через їхній значний медико-соціальний вплив і найвищий рівень летальності серед психічних розладів у багатьох країнах світу [58].

Як зазначає В. Теслюк розлади харчової поведінки – це група розладів поведінки зі схожими механізмами розвитку, об'єднаних хворобливою заклопотаністю з приводу маси і форми тіла, що проявляються порушенням стереотипу харчування [57].

Розлади харчової поведінки – це група психологічних порушень, які проявляються у формуванні аномальних моделей споживання їжі та ставлення до власного тіла. Вони супроводжуються серйозними відхиленнями в харчовій поведінці, такими як надмірне обмеження їжі, переїдання або компульсивне очищення організму. РХП негативно впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я людини, зумовлюючи розвиток порушень обміну речовин, проблем із серцево-судинною системою, емоційної нестабільності, депресивних станів тощо. Характерною рисою є спотворене сприйняття власного тіла та нав'язливий контроль маси тіла [10].

На відміну від тимчасових змін у харчових звичках або дотримання дієт з певною метою, РХП мають хронічний характер і клінічно значущі наслідки. Вони супроводжуються глибокими внутрішніми конфліктами, нав'язливими думками про їжу, вагу і зовнішність, а також порушенням повсякденного функціонування. Тимчасова зміна апетиту або контроль раціону не завжди є патологією, тоді як РХП – це системні психічні розлади, що потребують комплексної психологічної або психотерапевтичної допомоги.

Дослідження C. Nederkoorn вказують на те, що люди, які мають тенденцію до надмірного споживання їжі, часто характеризуються підвищеною імпульсивністю, слабким контролем над власними тілесними потягами та труднощами у стримуванні миттєвих бажань. Вони легко піддаються зовнішнім подразникам, що стимулюють харчову активність. Учений також звертає увагу на те, що така імпульсивність у сфері харчової поведінки може корелювати з психологічною вразливістю до зловживання психоактивними речовинами [67]. Це свідчить про те, що дефіцит механізмів самоконтролю, або ослаблення психічного гальмування, відіграє ключову роль у виникненні глибоких порушень харчової поведінки.

Сучасні науковці інтерпретують розлади харчової поведінки як дезадаптивний механізм подолання внутрішніх і зовнішніх конфліктів, де їжа набуває символічного значення у боротьбі з почуттям власної

невідповідності вимогам сучасного життя. Люди з РХП використовують їжу як інструмент невербальної комунікації, що відображає їхню боротьбу з відчуттям неспроможності, яке може виникати через брак ключових життєвих компетенцій або внаслідок невдалих спроб побудови гармонійних міжособистісних стосунків. Зокрема, такі розлади, як булімія, виступають формою копінг-стратегії, у якій їжа, маса тіла та образ тіла перетворюються на центральні життєві пріоритети, заміщаючи інші цінності. Цей процес часто супроводжується емоційною нестабільністю, низькою самооцінкою та перфекціонізмом, що посилюють патологічну фіксацію на контролі харчування чи зовнішнього вигляду. Таке розуміння РХП підкреслює їх психологічну природу та необхідність аналізу вікових особливостей, оскільки прояви цих розладів можуть варіюватися залежно від життєвого етапу та соціального контексту жінок, що є предметом цього дослідження [27].

Наукові дослідження вказують, що незадоволеність власним тілом є ключовим чинником розвитку розладів харчової поведінки, які охоплюють широкий спектр патологічних станів, пов’язаних із порушенням ставлення до їжі та образу тіла. Ці розлади, включаючи нервову анорексію, булімію, компульсивне переїдання та інші, мають спільну психологічну основу, яка активується під впливом стресових факторів, генетичної схильності, особистих рис чи соціокультурного тиску.

Розлади харчової поведінки характеризуються найвищим рівнем летальності серед психічних порушень. Щогодини, приблизно кожні 60 хвилин, щонайменше одна людина помирає від ускладнень, спричинених цими розладами. Близько 20% летальних випадків, пов’язаних із нервовою анорексією, зумовлені самогубствами. У 33-50% осіб із анорексією та булімією діагностуються супутні депресивні або тривожні стани. Кожен десятий пацієнт із булімією страждає від коморбідної залежності, найпоширенішою з яких є алкоголізм. Перші ознаки цих розладів зазвичай проявляються в ранньому підлітковому віці [24].

Розглянемо основні типи РХП, їхні прояви та механізми розвитку.

1) Нервова анорексія характеризується значним обмеженням споживання їжі, що призводить до критичного зниження маси тіла, супроводжується панічним страхом набору ваги та викривленим сприйняттям власного тіла. Люди з цим розладом, навіть маючи недостатню вагу, продовжують вдаватися до заходів для її зниження, таких як голодування чи надмірні фізичні навантаження. Основними ознаками є нав'язливе прагнення схуднути, відмова підтримувати нормальну вагу, значний вплив маси чи форми тіла на самооцінку, а також порушення сприйняття власної зовнішності. К. Меннінгер інтерпретує нервову анорексію як тривалу форму самоушкодження, що нагадує хронічне самогубство. Водночас низка дослідників зазначає, що саморуйнівна поведінка при анорексії зазвичай не пов'язана з явним суїцидальним наміром, а швидше відображає спроби контролювати емоційний дистрес чи досягти внутрішньої стабільності через обмеження їжі [45].

2) Нервова булімія проявляється через повторювані епізоди неконтрольованого переїдання, під час яких людина споживає велику кількість їжі, відчуваючи втрату контролю, та компенсаторну поведінку, спрямовану на запобігання набору ваги, наприклад, викликання блювання, використання проносних засобів чи інтенсивні фізичні вправи. На відміну від анорексії, маса тіла зазвичай залишається в межах норми, але самооцінка тісно пов'язана з образом тіла та страхом ожиріння. Емоційні тригери, такі як стрес чи почуття провини, часто провокують ці цикли, що робить булімію складним розладом із психологічної точки зору [52].

3) Компульсивне переїдання характеризується регулярними епізодами надмірного споживання їжі без подальшої компенсаторної поведінки, що супроводжуються відчуттям втрати контролю. Ці епізоди часто викликані емоційними тригерами, такими як стрес чи негативні переживання, незалежно від фізіологічного голоду чи попереднього прийому їжі. Люди споживають їжу великими порціями, не звертаючи уваги на смак чи якість,

що згодом призводить до почуття провини, сорому та погіршення фізичного здоров’я, включаючи ризик ожиріння. За даними досліджень [6], цей розлад має чітку структуру: тригер – емоція – непереборне бажання їсти – споживання їжі. При цьому люди з ожирінням часто заперечують як факт підвищеного апетиту, так і об’єктивність своєї зайвої маси і диспластичності [66].

4) Дисоціативні прояви РХП нагадують механізми самопошкодження, коли людина спрямовує психологічний біль, викликаний болісними думками чи емоціями, на фізичні відчуття. Такі дії, як надмірні фізичні вправи, викликання блювання чи свідоме відчуття голоду, стають способом відволікання від емоційного дискомфорту, створюючи ілюзію контролю [44]. Ці поведінкові патерни, подібно до переїдання до стану забуття, дозволяють тимчасово уникати психологічного стресу, але посилюють фізичну та емоційну дезадаптацію.

5) Ритуали та ізоляція є специфічними аспектами РХП, що відображають спроби організувати життя через суворі правила харчування чи відсторонення від соціального оточення. Ритуали проявляються у чіткому дотриманні графіку прийому їжі, підрахунку калорій, виборі «безпечних» продуктів чи підтриманні певної ваги, що надає людині відчуття контролю. Ізоляція, своєю чергою, передбачає уникнення звичного соціального середовища для створення умов, сприятливих для дотримання дієт чи спортивних режимів, і часто супроводжується дратівливістю чи тривожністю, що ускладнює соціальну адаптацію [6].

Як бачимо, розлади харчової поведінки являють собою групу психологічних розладів, що характеризуються стійкими аномальними моделями харчування, які чинять значний негативний вплив на фізичне, психічне та соціальне здоров’я людини. До РХП належать такі стани, як нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання, що супроводжуються патологічним ставленням до їжі, порушенням сприйняття власного тіла та поведінкою, спрямованою на контроль ваги.

Класифікація розладів харчової поведінки є важливим інструментом для їхньої діагностики, розуміння природи та розробки стратегій корекції, особливо з урахуванням вікових особливостей жінок, що є фокусом цього дослідження. Систематизація розладів харчової поведінки дозволяє чітко визначити їхні типи, клінічні прояви та ступінь тяжкості, що сприяє диференційованому підходу до психологічної допомоги. Міжнародні діагностичні системи, такі як DSM-5 та ICD-11, а також класифікація за клінічними проявами та тяжкістю, створюють основу для точної ідентифікації розладів і їхнього аналізу в контексті вікових груп.

Класифікація РХП за діагностичними критеріями базується на міжнародних системах, зокрема DSM-5 (Довідник діагностичних критеріїв) та ICD-11 (Міжнародна класифікація хвороб). У DSM-5 нервова анорексія визначається через значне обмеження споживання їжі, що призводить до критично низької ваги тіла, інтенсивний страх набору ваги та викривлене сприйняття власного тіла, незалежно від частоти проявів. Нервова булімія діагностується за наявності повторюваних епізодів переїдання (споживання великої кількості їжі з втратою контролю) та компенсаторної поведінки, як-от блювання, використання проносних засобів чи надмірні фізичні вправи, що відбуваються щонайменше раз на тиждень протягом трьох місяців. Компульсивне переїдання характеризується регулярними епізодами надмірного споживання їжі без компенсаторної поведінки, що супроводжуються психологічним дистресом, із аналогічною частотою (раз на тиждень протягом трьох місяців) [15].

В ICD-11 класифікація розладів харчової поведінки має схожі риси, але з певними відмінностями. Нервова анорексія визначається через низьку вагу тіла та патологічне ставлення до їжі, з акцентом на фізіологічні наслідки, такі як аменорея чи порушення обміну речовин, без чіткого поділу на підтипи, як у DSM-5. Булімія в ICD-11 діагностується за циклами переїдання та компенсаторної поведінки, але критерії менш деталізовані щодо частоти епізодів порівняно з DSM-5. Компульсивне переїдання в ICD-11 підкреслює

втрату контролю та психологічний дискомфорт, але не завжди чітко визначає мінімальну частоту епізодів [35]. Основна відмінність полягає в більшій деталізації психологічних аспектів у DSM-5, тоді як ICD-11 акцентує на медичних наслідках, що впливає на діагностичний підхід.

За клінічними проявами РХП поділяються на три основні категорії: розлади з обмеженням їжі, розлади з переїданням та розлади з компенсаторною поведінкою. Розлади з обмеженням їжі, такі як нервова анорексія (обмежувальний підтип) чи уникально-обмежувальний розлад харчової поведінки (ARFID), характеризуються уникненням або значним скороченням споживання їжі, що призводить до дефіциту поживних речовин і погіршення здоров'я. Розлади з переїданням, наприклад компульсивне переїдання, передбачають епізоди надмірного споживання їжі з втратою контролю, але без подальших компенсаторних дій. Розлади з компенсаторною поведінкою, такі як булімія чи анорексія очищувального підтипу, включають дії, спрямовані на запобігання набору ваги, зокрема блювання чи використання проносних засобів.

За ступенем тяжкості розладів харчової поведінки класифікуються залежно від частоти симптомів і їхнього впливу на здоров'я та функціонування. У DSM-5 тяжкість нервової анорексії визначається за індексом маси тіла (ІМТ): легка (ІМТ ≥ 17), помірна (ІМТ 16-16,99), важка (ІМТ 15-15,99) та екстремальна (ІМТ < 15). Для булімії та компульсивного переїдання тяжкість оцінюється за частотою епізодів: легка (1-3 епізоди на тиждень), помірна (4-7 епізодів), важка (8-13 епізодів) та екстремальна (14 і більше епізодів) [56]. У ICD-11 тяжкість розладів харчової поведінки менш структурована, але враховується вплив на фізичне здоров'я (наприклад, порушення обміну речовин, серцево-судинні ускладнення) та соціальне функціонування, що дозволяє оцінити ступінь дезадаптації [36].

У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів нервову анорексію (НА) і нервову булімію (НБ) відносять до порушень афективного і обсессивно-компульсивного спектру або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології

Ця класифікація РХП створює основу для диференційованого підходу до діагностики та корекції, що є особливо важливим для аналізу вікових особливостей проявів розладів у жінок.

1.2 Психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки характеризуються складною етіологією, у якій психологічні чинники відіграють провідну роль поряд із біологічними та соціокультурними. Ці чинники впливають на сприйняття їжі, образ тіла та поведінкові патерни, формуючи патологічні механізми, що запускаються під дією стресу, генетичних особливостей, рис особистості, таких як перфекціонізм чи імпульсивність, а також зовнішніх тригерів, включаючи тиск медіа чи травматичні події. За оцінками наукових джерел, приблизно 30 мільйонів людей у світі, незалежно від віку чи статі, страждають від РХП, які мають серйозні наслідки для фізичного здоров’я, викликаючи порушення обміну речовин, серцево-судинні проблеми чи гормональні збої. Психологічні аспекти, такі як викривлене сприйняття тіла, низька самооцінка чи емоційна нестабільність, є основою розвитку розладів харчової поведінки і можуть варіюватися залежно від вікових особливостей жінок, що є ключовим предметом цього дослідження, спрямованого на розробку ефективних стратегій корекції та профілактики [51].

Формування харчових звичок зумовлене низкою чинників, включаючи сімейні традиції, культурні особливості, релігійні погляди, особистий досвід, рекомендації медичних спеціалістів, економічні умови та індивідуальні мотивації. Незважаючи на те, що харчування є базовою фізіологічною потребою, психологічні аспекти відіграють ключову роль у розвитку моделей харчової поведінки. Наприклад, бажання їсти може бути викликано як фізіологічним голодом, так і емоційними станами, такими як задоволення чи тривога. Крім того, значний вплив на харчові звички справляють соціальні норми та очікування, які формують індивідуальні уявлення про прийнятні практики харчування. [28].

До чинників розладів харчової поведінки Н. Зубар відносить: певні риси характеру та психотип психологічних проблем: перфекціонізм, низька самооцінка, почуття самотності, тривожність [20].

Ю. Асєєва стверджує, що незважаючи на різноманітність теоретичних підходів і розширення переліку детермінант, психологічні чинники залишаються визначальними у розвитку розладів харчової поведінки. Серед них виділяються підвищена особистісна тривожність, схильність до дисморфофобії, особливо виражена в підлітковому віці, а також хронічний стрес, що посилюється сімейними конфліктами, невротичними станами чи випадками домашнього насильства [3]. Ці чинники створюють передумови для формування патологічних моделей харчування, негативно впливаючи на емоційну рівновагу та фізичне здоров'я людини, що сприяє появі та закріпленню РХП.

Наукові джерела дедалі частіше наголошують на подвійній природі стресу, який може бути як джерелом негативних впливів (дистрес), так і поштовхом до позитивних змін (еустрес). Дистрес призводить до дезадаптації, дезорієнтації та функціональних порушень, тоді як еустрес стимулює мобілізацію внутрішніх ресурсів, сприяючи адаптації та мотивації до досягнення цілей. Вирішальну роль відіграє індивідуальна реакція людини на стрес, що визначає його вплив на психоемоційний стан [Самсонова]. Емоційні стани, такі як тривога, пригнічення, гнів чи глибокі переживання, порушують психологічну рівновагу, спонукаючи до неконтрольованого споживання їжі не для втамування голоду, а як спосіб послаблення емоційного дискомфорту чи придушення проблем [31; 48]. У таких випадках їжа стає інструментом задоволення психологічних потреб, зокрема отримання задоволення, самоствердження, естетичної насолоди чи компенсації дефіциту міжособистісних контактів. Окремі дослідження пов'язують розлади харчової поведінки з потужними афективними станами, такими як любов, сором, гнів, протест чи ненависть, які сприяють формуванню патологічних харчових патернів [41].

Дослідження Н. Рябової підкреслюють, що особистісна та ситуативна тривожність є провідними психологічними чинниками формування розладів харчової поведінки у юнацькому віці [46]. Її емпіричні дані свідчать, що високий рівень тривожності спонукає до переїдання як дезадаптивного механізму зниження емоційного напруження, що з часом призводить до закріплення патологічних стратегій подолання стресу, які можуть перерости в стійкі РХП, такі як компульсивне переїдання чи булімія. Для профілактики таких розладів необхідний комплексний підхід, який охоплює просвітницьку роботу, розвиток навичок саморегуляції та формування усвідомленого ставлення до тіла й харчування, особливо серед молодих жінок.

Отже, до основних психологічних чинників розвитку розладів харчової поведінки віднесено: емоційні, когнітивні, особистісні, поведінкові та міжособистісні (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Психологічні чинники розладів харчової поведінки

Чинники	Прояви	Типи РХП
Емоційні	Тривожність, депресія, емоційна нестабільність, провина, сором	Анорексія (обмеження через тривогу), булімія (переїдання-компенсація), компульсивне переїдання (полегшення дистресу)
Когнітивні	Викривлене сприйняття тіла, перфекціонізм, низька самооцінка, чорно-біле мислення	Анорексія (обмеження для «ідеалу»), булімія (компенсація через самокритику), орторексія (фіксація на «здоровій» їжі)
Особистісні	Імпульсивність, ригідність, залежність від оцінки	Булімія, компульсивне переїдання (імпульсивне переїдання), анорексія (ригідний контроль)
Поведінкові	Дезадаптивні копінг-стратегії, харчові ритуали, компульсії	Анорексія (ритуали підрахунку калорій), булімія (блювання), компульсивне переїдання (переїдання як копінг)
Міжособистісні	Травматичний досвід, сімейні конфлікти, соціальний тиск	Анорексія (контроль через травми), булімія (переїдання через конфлікти), компульсивне переїдання (полегшення болю)

1) Емоційні чинники відіграють центральну роль у формуванні патологічних моделей харчування, впливаючи на ставлення до їжі та образу тіла. Підвищена тривожність, зокрема страх соціальної оцінки чи невідповідності суспільним стандартам зовнішності, часто спонукає до обмеження споживання їжі, як у випадку нервової анорексії, де контроль над харчуванням стає механізмом зниження психологічного напруження. Депресивні стани, що характеризуються почуттям безнадії чи емоційною порожнечею, можуть провокувати переїдання як спосіб тимчасового полегшення дистресу, що є типовим для компульсивного переїдання [64]. Наприклад, процес придбання продуктів, їх приготування та вживання їжі нерідко поглинає людину настільки, що це стає своєрідним способом відволікання від повсякденних труднощів і внутрішньої напруги, перетворюючи рутинну дію на джерело задоволення й емоційного розвантаження. Ці емоційні чинники проявляються по-різному залежно від індивідуальних особливостей і життєвих обставин, що підкреслює їх значення для розуміння етіології РХП.

Емоційна нестабільність, пов’язана з труднощами в регуляції емоцій, суттєво сприяє розвитку РХП, зокрема через імпульсивну поведінку. Особи, які мають проблеми з управлінням негативними емоціями, можуть вдаватися до неконтрольованих епізодів переїдання, характерних для нервової булімії чи компульсивного переїдання, де їжа виступає як дезадаптивний копінг-механізм для зменшення тривоги, смутку чи стресу [13]. Почуття провини та сорому, особливо пов’язані з образом тіла чи споживанням «заборонених» продуктів, посилюють ці розлади, формуючи цикли переїдання та компенсаторної поведінки, наприклад, викликання блювання в булімії, що спрямоване на зниження психологічного дискомфорту, але погіршує емоційний стан. Такі емоційні реакції часто виникають у відповідь на зовнішні тригери, як-от міжособистісні конфлікти чи суспільний тиск [49], що робить їх ключовими в патогенезі РХП.

Розуміння емоційних чинників є важливим для пояснення механізмів розвитку РХП і створення ефективних стратегій їх корекції. Тривожність, депресія, емоційна нестабільність, провина та сором не лише запускають патологічні моделі харчування, а й підтримують їх через замкнене коло емоційного дистресу та дезадаптивної поведінки [59]. Наприклад, у нервовій анорексії сором за власне тіло посилює обмеження їжі, тоді як у булімії провина після переїдання провокує компенсаторні дії. Ці чинники можуть бути зумовлені індивідуальними особливостями, такими як низька стресостійкість чи чутливість до критики, а також зовнішніми обставинами, включаючи травматичний досвід чи соціальні очікування. Аналіз емоційних чинників у контексті РХП дозволяє розробляти психологічні підходи до їх профілактики та корекції, адаптовані до індивідуальних потреб.

2) Когнітивні чинники впливають на розвиток розладів харчової поведінки, формуючи патологічне сприйняття їжі, тіла та власної цінності. Викривлене сприйняття тіла, часто пов’язане з дисморфофобією, є центральним у патогенезі РХП, зокрема нервової анорексії та булімії. Особи з анорексією сприймають себе як надмірно повних навіть за критично низької ваги, що спонукає до жорсткого обмеження їжі [54], тоді як у булімії негативне уявлення про тіло провокує цикли переїдання та компенсаторної поведінки, таких як викликання блювання [39]. Це нереалістичне сприйняття посилюється когнітивними спотвореннями, що ускладнюють адекватну оцінку зовнішності та сприяють підтриманню розладу. Такі когнітивні порушення часто зумовлені соціокультурними впливами, що роблять їх аналіз важливим для розуміння етіології РХП.

Перфекціонізм є ще одним значущим когнітивним чинником, що сприяє розвитку РХП через прагнення до ідеального тіла чи ваги. Особи з високим рівнем перфекціонізму встановлюють нереалістичні стандарти зовнішності, що призводить до надмірного контролю харчування, як у випадку анорексії, де обмеження їжі стає способом досягнення «досконалості». У булімії перфекціонізм може проявлятися через спроби

компенсувати «невдачі» у вигляді переїдання суворими дієтами чи фізичними вправами [48]. Ця риса часто супроводжується самокритикою та страхом помилок, що посилюють психологічний тиск і підтримують патологічну поведінку. Перфекціонізм може бути особливо вираженим у осіб із високими вимогами до себе, що робить його важливим фактором для розгляду в контексті РХП.

Низька самооцінка суттєво впливає на розвиток РХП, оскільки недостатня впевненість у собі змушує осіб прив'язувати власну цінність до зовнішнього вигляду. У нервовій анорексії низька самооцінка спонукає до втрати ваги як способу підвищення самоповаги, тоді як у булімії чи компульсивному переїданні вона може провокувати переїдання для тимчасового полегшення емоційного дискомфорту, за яким слідують почуття провини. Така залежність від зовнішніх стандартів краси посилюється когнітивними спотвореннями, коли особа сприймає себе виключно через призму фізичних характеристик. Низька самооцінка часто формується під впливом соціальних порівнянь чи критики, що робить її універсальним чинником РХП у різних вікових групах [19].

Когнітивні спотворення, такі як чорно-біле мислення чи надмірна фіксація на контролі, є характерними для РХП і поглиблюють їх перебіг. Чорно-біле мислення проявляється у поділі їжі на «хорошу» (низькокалорійну) і «погану» (висококалорійну), що сприяє жорстким дієтам чи уникненню певних продуктів, як в анорексії чи орторексії. Надмірна фіксація на контролі призводить до ритуалізації харчування, наприклад, підрахунку калорій чи вибору «безпечних» продуктів, що посилює психологічне напруження. Ці спотворення ускладнюють раціональне сприйняття їжі та тіла, підтримуючи замкнене коло патологічної поведінки.

3) Особистісні риси формують специфічні поведінкові патерни та ставлення до їжі й тіла. Імпульсивність є ключовою рисою, що сприяє епізодам неконтрольованого переїдання, характерним для нервової булімії та компульсивного переїдання [60]. Особи з високим рівнем імпульсивності

можуть реагувати на емоційні тригери, такі як стрес чи тривога, імпульсивним споживанням великих кількостей їжі, втрачаючи контроль над процесом. У булімії ці епізоди часто супроводжуються компенсаторною поведінкою, як-от викликання блювання чи використання проносних засобів, що також може бути імпульсивним рішенням, спрямованим на швидке полегшення почуття провини. Така поведінка відображає труднощі з саморегуляцією, що робить імпульсивність значущим чинником у патогенезі РХП.

Ригідність, як особистісна риса, відіграє важливу роль у розвитку нервової анорексії, де вона проявляється через жорстке мислення та поведінку, пов’язані з потребою в контролі. Особи з ригідним мисленням схильні дотримуватися суворих правил харчування, таких як обмеження калорій чи уникнення певних продуктів, сприймаючи будь-яке відхилення як втрату контролю. Ця риса сприяє формуванню обсесивних патернів, наприклад, надмірного підрахунку калорій чи фіксації на «ідеальній» вазі, що посилює обмежувальну поведінку. Ригідність часто асоціюється з перфекціонізмом і страхом невдачі, що робить осіб із цією рисою особливо вразливими до анорексії, де контроль над тілом стає способом компенсації внутрішньої невпевненості чи зовнішнього тиску.

Залежність від зовнішньої оцінки та чутливість до критики значно посилюють РХП через прагнення відповідати соціальним стандартам краси чи поведінки. Особи, які надмірно залежать від схвалення оточення, можуть сприймати критику щодо зовнішності чи способу життя як підтвердження власної неадекватності, що провокує патологічні моделі харчування. У нервовій анорексії ця залежність може проявлятися через прагнення досягти «ідеального» тіла для отримання соціального визнання, тоді як у булімії чи компульсивному переїданні вона сприяє переїданню як реакції на відчуття неприйняття [16]. Ця риса ускладнює формування здорової самооцінки, оскільки власна цінність прив’язується до зовнішніх стандартів, що підкреслює необхідність аналізу особистісних рис для розробки психологічних стратегій корекції РХП.

4) Поведінкові чинники формують патологічні моделі взаємодії з їжею та тілом. РХП часто виступають як дезадаптивні копінг-стратегії, спрямовані на подолання стресу чи психологічного дискомфорту, коли їжа або контроль ваги стають інструментами боротьби з емоційними труднощами. Наприклад, у компульсивному переїданні особи можуть вдаватися до надмірного споживання їжі для тимчасового полегшення тривоги чи смутку, тоді як у нервовій анорексії обмеження їжі слугує способом відновлення контролю над життям у стресових ситуаціях. Фіксація на харчових ритуалах і компульсіях є ще одним ключовим аспектом: особи з РХП можуть нав'язливо підраховувати калорії, вибирати «безпечні» продукти чи дотримуватися жорстких графіків харчування, що особливо характерно для анорексії [4]. Ці ритуали, а також компульсивна поведінка, як-от викликання блювання чи надмірні фізичні вправи в булімії, стають спробами зменшити психологічне напруження, але посилюють залежність від патологічних механізмів.

Деякі форми РХП, зокрема дисоціативні прояви чи очищувальна поведінка, мають схожість із самопошкодженням, спрямованим на відволікання від емоційного болю. У булімії викликання блювання чи використання проносних засобів може бути не лише компенсаторною дією, а й способом перенаправлення психологічного дискомфорту в фізичний, подібно до самопошкодження. Аналогічно, в анорексії свідоме голодування чи виснажливі фізичні навантаження можуть слугувати механізмом відволікання від болісних емоцій, таких як сором чи тривога [37]. Ці поведінкові патерни, зумовлені потребою в контролі чи емоційному полегшенні, ускладнюють перебіг РХП і потребують глибокого аналізу для розробки ефективних психологічних стратегій корекції, які враховуватимуть індивідуальні особливості та тригери такої поведінки.

5) Міжособистісні фактори та психологічні травми мають суттєвий вплив на розвиток розладів харчової поведінки, формуючи порушення сприйняття себе та патологічні поведінкові моделі. Травматичний досвід,

такий як дитячі травми, фізичне чи емоційне насильство або булінг, може сприяти виникненню РХП через порушення самооцінки та потребу в контролі [55]. Наприклад, особи, які зазнали булінгу через зовнішність, можуть розвивати нервову анорексію, обмежуючи їжу як спосіб зміни тіла для уникнення подальшої критики, тоді як у компульсивному переїданні їжа стає механізмом заспокоєння емоційного болю, викликаного травмою. Ці травми часто призводять до дисоціативних проявів чи почуття безпорадності, що посилюють прагнення контролювати хоча б одну сферу життя, таку як харчування. Вплив травматичного досвіду є значущим чинником, що потребує уваги при розробці стратегій корекції РХП.

Проблеми у стосунках, зокрема в сімейному чи соціальному середовищі, також відіграють важливу роль у розвитку РХП, посилюючи почуття неадекватності. Надмірна критика з боку батьків, партнерів чи друзів, а також брак емоційної підтримки можуть провокувати низьку самооцінку, що спонукає до патологічних моделей харчування. Наприклад, у нервовій булімії особи можуть вдаватися до переїдання та компенсаторної поведінки як реакції на відчуття неприйняття в сім'ї, тоді як в анорексії обмеження їжі може бути спробою заслужити схвалення через «ідеальний» вигляд. Конфлікти чи дисфункціональні стосунки, такі як надмірний контроль з боку батьків чи ізоляція від однолітків, створюють емоційний стрес, який сприяє дезадаптивним харчовим патернам [17]. Ці міжособистісні труднощі ускладнюють формування здорових механізмів подолання стресу, що робить їх ключовим чинником РХП.

Соціальний тиск із боку близького оточення, хоча й меншою мірою порівняно з ширшими соціокультурними факторами, також впливає на розвиток РХП через очікування чи порівняння з іншими. Постійні зауваження щодо ваги, зовнішності чи способу життя від родичів, друзів чи колег можуть посилювати почуття сорому чи невпевненості, що провокує прагнення змінити тіло через обмеження їжі чи переїдання [18]. Наприклад, порівняння з «ідеальними» образами в соціальному колі може спонукати до

анорексії чи булімії як спроби відповідати очікуванням. Хоча основний акцент на соціокультурних впливах, таких як медіа чи культурні стандарти, розглядається окремо, міжособистісний тиск відіграє допоміжну роль, посилюючи вразливість до РХП. Аналіз травматичного досвіду, проблем у стосунках і соціального тиску є важливим для розуміння етіології РХП.

Психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки проявляються по-різному залежно від вікових особливостей, що має важливе значення для розуміння їхньої етіології та корекції. У молодому віці РХП, зокрема нервова анорексія, часто пов’язані з низькою самооцінкою, перфекціонізмом і тиском однолітків, коли прагнення відповідати ідеалам краси чи соціальним очікуванням спонукає до обмеження їжі як способу підвищення самоповаги чи уникнення критики. У зрілому віці стрес від професійних чи сімейних обов’язків, емоційна нестабільність або міжособистісні конфлікти можуть провокувати компульсивне переїдання чи булімію, де їжа стає механізмом полегшення психологічного дискомфорту чи реакцією на невдачі у стосунках. У старшому віці кризи ідентичності, втрата соціальних ролей чи почуття втрати контролю можуть посилювати РХП, наприклад, через депресивне переїдання чи обмеження їжі як спробу відновити стабільність [30; 45; 50]. Розуміння цих вікових відмінностей у прояві психологічних чинників є ключовим для розробки адаптованих психологічних стратегій корекції, що враховують специфіку кожної вікової групи жінок.

Дослідження психологічних чинників РХП проводили такі вчені, як Л. Вольнова, Т. Вознесенська, Л. Бурлачук, О. Гаврилов, О. Никоненко, В. Шебанова та інші. Л. Вольнова та Т. Вознесенська зосереджувалися на емоційних тригерах, таких як тривожність і депресія, що провокують патологічні моделі харчування [9]. Л. Бурлачук аналізував когнітивні спотворення, зокрема викривлене сприйняття тіла та перфекціонізм, які є центральними для анорексії та булімії [5]. О. Гаврилов і В. Шебанова досліджували особистісні риси, такі як імпульсивність і залежність від

зовнішньої оцінки, а також міжособистісні фактори, включаючи сімейні конфлікти та травматичний досвід, що сприяють розвитку РХП [63; 64]. О. Никоненко досліджувала розлади харчової поведінки у жінок. Ці праці підкріплюють необхідність комплексного підходу до вивчення психологічних аспектів РХП, враховуючи їх багатогранну природу [42].

Психологічні чинники, включаючи емоційні (тривожність, депресія, емоційна нестабільність), когнітивні (викривлене сприйняття тіла, перфекціонізм), поведінкові (дезадаптивні копінг-стратегії, ритуали), особистісні (імпульсивність, ригідність) та міжособистісні (травми, проблеми у стосунках), є основою розвитку РХП і потребують комплексного аналізу для розуміння їхньої етіології. Вивчення цих чинників у контексті вікових особливостей жінок дозволить виявити специфічні тригери та патерни, що відрізняються в молодому, зрілому та старшому віці, сприяючи розробці диференційованих психологічних стратегій корекції та профілактики.

Таким чином, дослідивши чинники розладів харчової поведінки, можна зробити висновок, що психологічні аспекти, такі як емоційні, когнітивні, особистісні, поведінкові та міжособистісні фактори, відіграють провідну роль у їх виникненні та розвитку, формуючи складну етіологічну основу. Тривожність, депресія, низька самооцінка, перфекціонізм, імпульсивність, а також травматичний досвід і проблеми у стосунках створюють специфічні патерни харчування, що варіюються залежно від вікових особливостей жінок.

1.3 Вплив вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок

Жінки значно частіше стикаються з розладами харчової поведінки, що зумовлено історичними та культурними особливостями розвитку суспільства. Протягом десятиліть стандарти жіночої зовнішності ставали дедалі вимогливішими, встановлюючи жорсткі критерії краси. У різні епохи ідеалізувалися певні типи жіночих фігур і пропорцій, причому з плином часу

ідеал жіночої краси еволюціонував у бік зменшення обсягів тіла, що посилювало тиск на жінок щодо відповідності цим нормам [50].

Розлади харчової поведінки значно частіше діагностуються у жінок, ніж у чоловіків. Жінки більшою мірою зазнають тиску соціальних стандартів краси, які пропагуються медіа та культурою, що формує викривлене сприйняття тіла та підвищує ризик розвитку незадоволеності власною зовнішністю. Психологічні особливості, такі як вища схильність до перфекціонізму, тривожності та залежності від зовнішньої оцінки, також роблять жінок вразливішими до РХП [12]. Крім того, біологічні фактори, зокрема гормональні зміни, пов’язані з менструальним циклом чи вагітністю, можуть посилювати емоційні коливання, що сприяють патологічним моделям харчування. Ці чинники створюють передумови для вищої поширеності розладів харчової поведінки серед жінок, роблячи їх ключовою групою для вивчення та розробки стратегій корекції.

Для порушень харчової поведінки у жінок характерні депресивні стани, істеричні прояви, егоцентричність, відчуття ізольованості, надмірна самокритичність і перфекціонізм [43]. Жінки з РХП часто приховують від оточення своє бажання їсти, намагаючись компенсувати харчові проблеми успіхами в інших сферах життя. За висновками З. Ковальчук, такі жінки уникають визнання власних недоліків і невідповідності ідеальним стандартам, надаючи їжі надмірної цінності, а більшість їхніх занять та інтересів пов’язані з приготуванням і споживанням їжі [26]. Численні дослідження підтверджують центральну роль перфекціонізму в розвитку РХП, де прагнення до ідеальної зовнішності та дихотомічне мислення спричиняють надмірну фіксацію на вазі та зовнішньому вигляді у жінок із перфекціоністськими рисами. Вони схильні висувати до себе завищені вимоги та дотримуватися суворих дієт, що часто призводить до психоемоційних зривів.

З. Ковальчук зазначає, що дотримання дієт викликає у жінок із РХП позитивні емоції, створюючи відчуття успішності, віри у власні можливості,

підвищення самооцінки та переваги над іншими. Проте у випадках зривів чи епізодів переїдання вони знецінюють себе, применшують власні досягнення та переживають глибоке почуття невдачі, що погіршує їхній психологічний стан [26].

Розлади харчової поведінки проявляються з різною вираженістю та формами залежно від віку жінок, що зумовлено фізіологічними, психологічними та соціальними змінами на кожному етапі їхнього життя.

У підлітковому віці дівчата найчастіше зіштовхуються з проявами нервової анорексії та булімії, що зумовлено не лише біологічними факторами, зокрема гормональними перебудовами, а й посиленим зовнішнім тиском з боку соціального середовища [29]. Особливої ваги набуває вплив мас-медіа та соціальних мереж, які транслюють ідеалізований образ худорлявості, формуючи у підлітків викривлене уявлення про привабливість. У результаті формується невдоволення власним тілом, що проявляється у жорсткому обмеженні харчування або у поведінці, що чергує переїдання з подальшим «очищенням» організму. Недостатній розвиток самоконтролю та спроби компенсувати відчуття безпорадності через контроль над їжею лише посилюють ці тенденції.

Для дівчат-підлітків характерна висока емоційна вразливість, труднощі у впорядкуванні почуттів і знижена здатність до стресостійкості. У такому віці самооцінка значною мірою залежить від схвалення з боку ровесників і дорослих, тому будь-яке відхилення від умовних стандартів зовнішності може викликати глибоку фрустрацію. У цьому контексті розлади харчової поведінки набувають значення своєрідного механізму психологічної компенсації, що вимагає своєчасної підтримки з боку родини, педагогів та фахівців [56].

У період молодості, коли жінки долають етапи професійного становлення, створення особистих стосунків і реалізації соціальних ролей, зростає ризик розвитку розладу переїдання. Хоча випадки анорексії та булімії все ще фіксуються, найбільш поширеним проявом стає саме неконтрольоване

споживання їжі на тлі хронічного стресу, емоційного вигорання або переживання невдач. У цих умовах їжа виконує функцію емоційного «заспокійливого», що загрожує порушенням харчової регуляції та збільшенням ваги.

Молоді жінки часто балансують між очікуваннями соціуму бути водночас успішними у професії, активними у соціальному житті та відповідати зовнішнім еталонам. Таке багатовекторне навантаження сприяє розвитку тривожних станів, в яких їжа стає доступним способом короткочасного полегшення. Водночас із набуттям досвіду, переоцінкою життєвих пріоритетів (наприклад, материнства або особистого самоздійснення), можливе послаблення харчових розладів, але без належної психологічної допомоги вони часто трансформуються у хронічні стани [2].

У зрілому віці, після сорока років, порушення харчової поведінки у жінок нерідко активізуються або виникають уперше. Основною причиною цього виступають ендокринні зміни, характерні для перименопаузи та менопаузального періоду. Коливання рівня естрогенів суттєво впливають як на емоційний стан, так і на апетит та образ тіла. Уповільнення обмінних процесів, характерне для цього віку, часто сприймається жінками як загроза фізичній привабливості, що стимулює застосування дієт, голодування або інших форм обмежувальної поведінки.

У цей період жінки можуть відчувати сильне психологічне напруження, пов’язане з втратою колишньої зовнішньої привабливості, змінами у соціальному статусі або завершенням репродуктивного періоду. Соціальні очікування щодо збереження молодості лише посилюють відчуття неповноцінності. У поєднанні з гормональною перебудовою це може сприяти розвитку тривалих проблем з харчуванням, що супроводжуються зниженням самооцінки, депресивними станами й відчуттям самотності.

Нерідко у зрілих жінок спостерігається прихована форма розладу – перманентне незадоволення тілом без явних проявів порушення харчової поведінки. Така поведінка може включати постійний підрахунок калорій,

компульсивне зважування, уникання певних продуктів, що ускладнює розпізнавання розладу й відтерміновує звернення за допомогою. Важливо враховувати, що РХП у цьому віці часто залишаються поза увагою фахівців через стереотип, що це «молодіжна» проблема [1].

Таким чином, як стверджують науковці, особливості прояву розладів харчової поведінки у жінок тісно пов’язані з віковими змінами – як біологічними, так і соціально-психологічними. У кожному віковому періоді домінують специфічні чинники ризику, які впливають на сприйняття себе, власного тіла та способів регуляції емоцій. Відсутність адекватного реагування на ці прояви може призвести до тривалих психосоматичних наслідків.

Проаналізуємо вікові особливості РХП.

1. Молодий дорослий вік (19-35 років).

У молодому дорослому віці розлади харчової поведінки у жінок проявляються під впливом наступних змін, характерних для цього етапу життя. Фізіологічно цей період відзначається стабілізацією тіла після пубертату, однак вагітність, пологи чи зміни способу життя, такі як сидяча робота, можуть спричиняти коливання ваги чи форми тіла. Ці зміни часто супроводжуються невдоволенням зовнішністю, що підвищує ризик розвитку РХП. Наприклад, післяпологові зміни можуть спонукати жінок до жорстких дієт або компенсаторної поведінки, якщо вони відчувають тиск повернути «ідеальну» фігуру, що пропагується медіа. Гормональні коливання, пов’язані з репродуктивним циклом, також можуть впливати на апетит і емоційний стан, посилюючи вразливість до патологічних моделей харчування.

Психологічні особливості молодого дорослого віку включають активний пошук ідентичності, що супроводжується емоційною нестабільністю через кар’єрні чи сімейні стреси. Жінки в цей період часто стикаються з високими очікуваннями щодо професійного успіху, материнства чи партнерських стосунків, що може викликати тривожність, депресивні стани чи зниження самооцінки. Чутливість до соціальних

стандартів краси, нав’язаних медіа, посилює перфекціонізм і незадоволеність тілом, що є ключовими тригерами РХП. Наприклад, прагнення відповідати ідеалізованим образам може спонукати до обмеження їжі, характерного для нервової анорексії, або до циклів переїдання та очищення, типових для булімії. Емоційна нестабільність також сприяє імпульсивним харчовим реакціям, коли їжа стає способом полегшення стресу.

Соціальні фактори відіграють значну роль у формуванні РХП у молодому віці. Формування партнерських чи сімейних стосунків, кар’єрний тиск і необхідність балансувати між різними ролями створюють додаткове психологічне навантаження. Вплив медіа, соціальних мереж і поп-культури, які просувають недосяжні стандарти краси, посилює фіксацію на зовнішності та вазі. Жінки можуть відчувати тиск виглядати «ідеально» в професійному чи особистому житті, що провокує дезадаптивні харчові звички. Наприклад, порівняння з відретушованими зображеннями в Instagram може стимулювати обмеження їжі чи надмірні фізичні навантаження, що асоціюються з анорексією чи булімією.

Прояви РХП у молодому дорослому віці характеризуються зростанням частоти компульсивного переїдання та булімії, що часто пов’язані зі стресом, міжособистісними конфліктами чи невдоволенням тілом після вагітності. Компульсивне переїдання може виникати як реакція на емоційні труднощі, такі як розрив стосунків чи професійні невдачі, коли їжа стає механізмом заспокоєння. Булімія, з її циклами переїдання та компенсаторної поведінки (блювання, використання проносних), нерідко розвивається через страх набрати вагу в умовах соціального тиску. Анорексія, хоча й рідше, зберігається у жінок із вираженим перфекціонізмом, які прагнуть абсолютного контролю над тілом і життям [11]. Наприклад, молода жінка може вдаватися до переїдання через стрес на роботі, а потім викликати блювання, боячись втратити «прийнятну» зовнішність.

Дослідження, З. Ковальчук, підкреслюють, що в молодому віці розлади харчової поведінки (РХП) у жінок часто пов’язані з перфекціонізмом і

низькою самооцінкою, які посилюються тиском соціальних стандартів. Жінки можуть маскувати свої проблеми з харчуванням, компенсуючи їх успіхами в професійній чи інших сферах життя, що ускладнює своєчасну діагностику. Для профілактики РХП у цій віковій групі необхідний багатокомпонентний підхід, який включає освітні програми щодо формування здорового ставлення до тіла, тренування навичок емоційної саморегуляції та зменшення впливу ідеалізованих медіа-образів. Психологічні інтервенції, спрямовані на подолання стресу та підвищення впевненості в собі, сприяють зниженню ризику РХП і формуванню здорових моделей харчування у молодих жінок [26].

Ю. Коренєва вказує на високу поширеність харчової залежності серед жінок віком 17-23 роки, які формують власну ідентичність і зазнають значного впливу соціокультурних ідеалів краси, що просуваються медіа. Численні молоді жінки стикаються з неконтрольованим переїданням, а в окремих випадках у них розвиваються серйозні форми РХП, такі як нервова анорексія чи булімія. Ці розлади супроводжуються підвищеним ризиком летальних наслідків і суттєво погіршують якість життя жінок, які страждають від цих порушень [28].

Отже, вікові особливості молодого дорослого віку роблять жінок особливо вразливими до РХП через поєднання психологічної нестабільності та соціокультурного тиску. Висока чутливість до зовнішньої оцінки, прагнення до самореалізації та вплив медіа створюють сприятливе підґрунтя для розвитку патологічних моделей харчування.

2. Зрілий вік (36-55 років).

У зрілому віці розлади харчової поведінки у жінок зумовлені сукупністю біологічних, емоційних і суспільних факторів, характерних для цього життєвого періоду. Пременопауза, уповільнення метаболізму та вікові зміни тіла, такі як набір ваги чи втрата пружності, часто спричиняють незадоволеність зовнішністю, що може провокувати обмежувальні дієти або компенсаторну поведінку. Гормональні зрушення в цей період впливають на апетит і настрій, підвищуючи ризик патологічних моделей харчування.

Ключову роль у формуванні розладів харчової поведінки у жінок зрілого віку відіграють соціокультурні чинники, зокрема вплив найближчого оточення, мас-медіа, рекламні кампанії, а також широкий асортимент і легка доступність харчових продуктів [50].

Емоційні характеристики зрілого віку включають відносну стабільність у деяких жінок, але також схильність до депресії чи тривожності через невдоволення тілом або напругу від поєднання ролей, таких як материнство чи професійна діяльність. Перфекціонізм і самокритичність можуть посилювати прагнення контролювати зовнішність, що сприяє розвитку РХП, зокрема через переїдання як реакцію на емоційні труднощі. Зниження самооцінки, пов’язане з віковими змінами, ускладнює формування здорових харчових звичок [8].

Суспільні впливи в зрілому віці охоплюють очікування щодо кар’єрних досягнень, виховання дітей і підтримки сімейного благополуччя, що створюють психологічне навантаження. Тиск на збереження молодого вигляду, підкріплений медіа, спонукає жінок фіксуватися на вазі, що може призводити до дезадаптивних харчових практик. Ці фактори сприяють розвитку РХП, особливо коли соціальні вимоги перевищують емоційні ресурси.

Основні прояви РХП у зрілому віці включають компульсивне переїдання, викликане стресом або емоційною нестабільністю, та булімію, пов’язану з прагненням контролювати вагу через суспільний тиск. Анорексія менш поширена, але може виникати у жінок із вираженим перфекціонізмом, які намагаються протистояти віковим змінам через обмеження їжі. Ці розлади часто ускладнюються хронічним перебігом через накопичений стрес.

3. Старший вік (56 років і старше).

У старшому віці розлади харчової поведінки у жінок пов’язані з менопаузою, значним уповільненням метаболізму, втратою м’язової маси та супутніми проблеми зі здоров’ям, такими як хронічні захворювання, що змінюють фізичний стан і сприйняття тіла. Ці зміни часто викликають

незадоволеність зовнішністю або прагнення компенсувати втрату контролю через зміни в харчуванні. Наприклад, зниження енергетичних потреб може призводити до несвідомого переїдання або, навпаки, до надмірного обмеження їжі.

Характеристики старшого віку часто включають кризи ідентичності, спричинені втратою соціальних ролей, таких як вихід на пенсію чи синдром «порожнього гнізда», коли діти залишають дім. Депресія та тривожність, пов’язані з відчуттям втрати привабливості чи сенсу життя, стають поширеними, впливаючи на харчову поведінку. Жінки можуть використовувати їжу як спосіб полегшення емоційного дискомфорту або, навпаки, обмежувати її, щоб протистояти віковим змінам. Ці емоційні стани посилюють вразливість до патологічних моделей харчування.

У старшому віці відбувається зміна соціального статусу, зменшення міжособистісних контактів і вплив стереотипів про старіння, які підкреслюють втрату молодості та активності. Соціальна ізоляція, спричинена втратою професійних чи сімейних ролей, може поглиблювати почуття самотності, що впливає на харчові звички [23]. Тиск суспільства, яке ідеалізує молодість, спонукає жінок до спроб зберегти зовнішній вигляд через контроль харчування, що може переростати в РХП. Все це створює складний контекст для розвитку харчових порушень.

Як зазначає В. Гончаренко, у старшому віці жінки можуть обмежувати споживання певних продуктів через страх погіршення здоров’я, наприклад, серцево-судинних захворювань, або через стоматологічні проблеми, такі як ослаблення зубів чи використання протезів, що ускладнюють прийом їжі. Це часто призводить до суворих дієт або відмови від їжі, спричиняючи значну втрату ваги та недоїдання. Крім того, літні жінки частіше приймають медикаменти, які впливають на апетит, настрій або викликають побічні ефекти, зокрема розлади травлення, що змінюють їхні харчові звички та підвищують ризик розвитку розладів харчової поведінки [14].

Прояви розладів харчової поведінки у старшому віці найчастіше включають компульсивне переїдання, яке виникає як реакція на депресію,

самотність або втрату життєвих орієнтирів. Обмеження їжі також можливе, коли жінки намагаються контролювати вагу чи протидіяти фізичним змінам, асоціюючи це із збереженням молодості. Орторексія, пов'язана з надмірною фіксацією на «здоровому» харчуванні, може розвиватися через бажання компенсувати проблеми зі здоров'ям або відповідати сучасним трендам [61]. Ці розлади часто ускладнюються хронічними захворюваннями, що впливають на загальний стан.

Особливістю РХП у старшому віці є їх тісний зв'язок із психоемоційними та соціальними змінами, які посилюють дезадаптивні харчові патерни. Компульсивне переїдання може ставати способом заповнення емоційної порожнечі, тоді як обмеження їжі чи орторексія відображають спроби відновити контроль над тілом у період втрати соціальних ролей. Висока чутливість до стереотипів старіння та зменшення соціальних контактів ускладнюють підтримку здорових харчових звичок [62].

Отже, проведемо порівняльний аналіз вікових відмінностей РХП у жінок (табл. 1.2).

Таблиця 1.2 – Порівняльний аналіз вікових відмінностей розладів харчової поведінки у жінок

Віковий період	Основні типи РХП	Симптоми	Психологічні чинники	Тяжкість, тривалість, рецидиви
Молодий (19-35 років)	Анорексія, булімія, компульсивне переїдання	Обмеження їжі, цикли переїдання з блюванням, імпульсивне переїдання	Перфекціонізм, низька самооцінка, емоційна нестабільність, тиск медіа	Гострий перебіг, коротша тривалість, рецидиви за браку терапії
Зрілий (36-55 років)	Компульсивне переїдання, булімія, рідко анорексія	Переїдання через стрес, компенсаторна поведінка, обмеження у перфекціоністок	Стрес від ролей, депресія, перфекціонізм	Хронічний перебіг, висока ймовірність рецидивів
Старший (56+ років)	Компульсивне переїдання, обмеження їжі, орторексія	Переїдання через депресію, обмеження для контролю, фіксація на здоровій їжі	Депресія, кризи ідентичності, низька самооцінка	Ускладнення через хвороби, тривалий перебіг, низька ймовірність одужання

Розлади харчової поведінки, такі як нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання та орторексія, проявляються з різними типами, симптомами та інтенсивністю залежно від віку жінок, що відображає вплив біологічних, емоційних і суспільних факторів на кожному життєвому етапі. У молодому віці анорексія та булімія є більш поширеними через тиск соціокультурних стандартів краси та емоційну нестабільність, що проявляються в обмеженні їжі чи циклах переїдання з компенсаторною поведінкою, такою як блювання. Компульсивне переїдання частіше виникає як реакція на стрес чи невдоволення тілом, наприклад, після вагітності. У зрілому віці переважає компульсивне переїдання, зумовлене стресом від поєднання ролей, тоді як булімія зберігається у жінок, які прагнуть контролювати вагу, а анорексія рідша, обмежуючись перфекціоністками. У старшому віці компульсивне переїдання домінує через депресію та самотність, обмеження їжі пов’язане з контролем над змінами тіла, а орторексія виникає через фіксацію на «здоровому» харчуванні. Психологічні чинники, такі як низька самооцінка, перфекціонізм і емоційна нестабільність, мають різну вагу: у молодому віці домінує перфекціонізм і тиск медіа, у зрілому – стрес від сімейних і професійних ролей, а в старшому – депресія через втрату соціальних ролей.

Вікові особливості суттєво впливають на тяжкість, тривалість і ймовірність рецидивів РХП. У молодому віці РХП часто мають гострий перебіг через імпульсивність і чутливість до зовнішніх оцінок, але коротшу тривалість за умови раннього втручання. У зрілому віці розлади можуть ставати хронічними через накопичений стрес і складність поєднання ролей, що підвищує ризик рецидивів, особливо для компульсивного переїдання. У старшому віці РХП ускладнюються супутніми захворюваннями та соціальною ізоляцією, що подовжує їх тривалість і знижує ймовірність повного одужання. Наприклад, орторексія в старшому віці може набувати стійкого характеру через фіксацію на здоров’ї, тоді як анорексія в молодому віці частіше реагує на терапію. Ці вікові відмінності підкреслюють необхідність диференційованих підходів до діагностики та терапії РХП, які

враховують специфічні психологічні та біологічні особливості кожної вікової групи жінок.

Таким чином, вікові особливості жінок суттєво впливають на специфіку проявів розладів харчової поведінки, їхні тригери та перебіг, що зумовлює потребу в диференційованому підході до діагностики та корекції. У молодому віці РХП, такі як анорексія та булімія, часто провокуються тиском соціокультурних стандартів і емоційною нестабільністю, тоді як у зрілому віці компульсивне переїдання переважає через стрес від поєднання ролей. У старшому віці депресія та соціальна ізоляція сприяють компульсивному переїданню чи орторексії, а обмеження їжі пов'язане з контролем змін тіла. Ці відмінності, включаючи типи РХП, симптоми (обмеження їжі, переїдання, компенсаторна поведінка) та психологічні чинники (перфекціонізм, низька самооцінка, депресія), визначають тяжкість і тривалість розладів, вимагаючи індивідуалізованих діагностичних і терапевтичних стратегій для кожної вікової групи.

Розуміння вікових відмінностей у проявах РХП є основою для розробки психологічних стратегій, адаптованих до потреб жінок різного віку, що становить мету дослідження.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

2.1 Організація та методика емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження було вивчення вікових особливостей проявів розладів харчової поведінки у жінок для виявлення специфічних психологічних чинників і патернів у молодому (19-35 років), зрілому (36-55 років) і старшому (56 років і старше) віці.

Завдання дослідження включали: визначення поширеності та типів РХП (нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія); аналіз психологічних чинників, таких як перфекціонізм, низька самооцінка, депресія та тривожність; оцінку вікових відмінностей у симптомах (обмеження їжі, переїдання, компенсаторна поведінка) і тригерах РХП; дослідження зв'язку між емоційними та психологічними факторами і РХП.

У дослідженні взяли участь 53 особи жіночої статі, віком від 19 до 62 років. Дослідження проводилося за участі молодих жінок (21 особа), жінок зрілого віку (18 осіб) а також жінок старшого віку (14 осіб).

У ході емпіричного дослідження були використані наступні методи та методики: Опитувальник розладів харчової поведінки (EDI-3), Шкала депресії Бека, Шкала тривожності Спілбергера (STAI), інтерв'ю.

Дані оброблялися в SPSS: дисперсійний аналіз (ANOVA): для підтвердження статистично значущих вікових відмінностей у РХП, психоемоційному стані (депресія, тривожність) і потребах (самооцінка, перфекціонізм); кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона): для оцінки зв'язків між чинниками (наприклад, депресія та переїдання у 56+, перфекціонізм та анорексія у 19-35); тематичний аналіз інтерв'ю: для виявлення якісних патернів у тригерах і потребах.

Розглянемо методики.

1. Опитувальник розладів харчової поведінки (EDI-3) є сучасним психодіагностичним інструментом, який широко застосовується для оцінки симптомів розладів харчової поведінки та виявлення супутніх психологічних чинників. Його створено на основі попередніх версій (EDI, EDI-2) американським клінічним психологом Девідом Гарнером. У новій редакції враховано сучасні клінічні й дослідницькі підходи до розуміння природи харчових розладів, що дозволяє застосовувати EDI-3 як у діагностичних, так і в наукових цілях. √

Інструмент охоплює широкий спектр аспектів, пов'язаних із харчовою поведінкою, образом тіла, емоційною регуляцією, міжособистісною взаємодією, самооцінкою та іншими особистісними рисами, які можуть впливати на розвиток і перебіг харчових розладів.

Опитувальник складається з 91 твердження, які оцінюють ризики РХП, психологічні особливості та терапевтичні фокуси за допомогою 12 первинних шкал і 6 комплексних показників. Шкали поділяються на групи:

1) Шкали ризику розвитку РХП. Ці шкали оцінюють ключові симптоми та поведінкові прояви РХП:

– прагнення до стрункості (Drive for Thinness, DT) – вимірює бажання бути стрункішим, дотримання дієт, страх набору ваги, занепокоєння вагою;

– булімія (Bulimia, B) – оцінює компульсивне переїдання, нав'язливі думки про їжу, переїдання у відповідь на емоційний дистрес;

– незадоволеність тілом (Body Dissatisfaction, BD) – вимірює невдоволення формою та розміром тіла (живіт, стегна, сідниці).

2) Психологічні шкали. Ці шкали оцінюють психоемоційний стан і психологічні потреби, які впливають на РХП:

– низька самооцінка (Low Self-Esteem, LSE) – вимірює почуття неадекватності, неефективності, низької самоцінності;

– особистісне відчуження (Personal Alienation, PA) – оцінює емоційну пустоту, самотність, низьке самоусвідомлення, недооцінку іншими;

– міжособистісна ненадійність (Interpersonal Insecurity, II) – вимірює дискомфорт, страх і ізоляцію в соціальних ситуаціях;

– міжособистісне відчуження (Interpersonal Alienation, IA) – оцінює розчарування, дистанцію, недовіру в стосунках;

– інтероцептивний дефіцит (Interoceptive Deficits, ID) – вимірює труднощі в розпізнаванні емоційних станів і відповіді на них;

– емоційна дисрегуляція (Emotional Dysregulation, ED) – оцінює нестабільність настрою, імпульсивність, гнів, саморуйнування;

– перфекціонізм (Perfectionism, P) – вимірює прагнення до високих стандартів і досягнень;

– аскетизм (Asceticism, A) – оцінює самодисципліну, самозречення, контроль тілесних потягів;

– страх дорослішання (Maturity Fears, MF) – вимірює бажання повернутися до безпеки дитинства, уникнення дорослих ролей.

3) Комплексні показники. Ці показники комбінують первинні шкали для фокусування на терапевтичних цілях:

– комплексний показник ризику РХП (EDRC) – глобальна оцінка проблем із харчовою поведінкою (сума Т-балів шкал DT, B, BD);

– неефективність (IC) – відображає низьку самооцінку та емоційну пустоту (LSE + PA);

– міжособистісні проблеми (IPC) – вказує на недовіру та порушення в стосунках (II + IA);

– афективні проблеми (APC) – відображає порушення емоційної регуляції (ID + ED);

– гіперконтроль (OC) – показує прагнення до досконалості через самозречення (P + A);

– загальна психологічна дезадаптація (GPMC) – прогнозує результат терапії та рівень психопатології (сума всіх психологічних шкал LSE, PA, II, IA, ID, ED, P, A, MF).

4) Індикатор стилю відповідей. Шкала «Непослідовність» (IN) вимірює невідповідність у відповідях на схожі твердження (наприклад, суперечливі оцінки розміру живота) та забезпечує контроль щирості респондентів.

EDI-3 призначений для підлітків та дорослих (переважно жінок) віком від 13 років. Респонденти самостійно оцінюють своє ставлення до харчування, власного тіла, емоційного стану, рівня тривожності, соціальних взаємодій тощо. У результаті отримується кількісна характеристика за кожною шкалою, що дозволяє фахівцеві зробити висновки щодо наявності ризиків або вже наявних порушень харчової поведінки.

Особливістю цього інструменту є його глибина та багатовимірність. На відміну від багатьох інших опитувальників, EDI-3 не лише фіксує факт розладу, а й дає змогу оцінити причини та супутні психологічні проблеми. Це особливо важливо при розробці індивідуальних програм психотерапевтичної допомоги та профілактичних заходів. EDI-3 допомагає виявити такі риси, як перфекціонізм, страх дорослішання, труднощі в емоційному реагуванні чи занижену самооцінку, які можуть бути як передумовами, так і наслідками харчових розладів.

2. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) – це один із найпоширеніших і найавторитетніших психодіагностичних інструментів для оцінки рівня депресивної симптоматики. Її було розроблено американським психотерапевтом і психіатром Аароном Беком у 1961 році на основі клінічних спостережень за пацієнтами з депресією. Відтоді методика пройшла кілька редакцій (зокрема, BDI-IA та BDI-II), зберігаючи актуальність і високу психометричну надійність у клінічній практиці та наукових дослідженнях.

Шкала складається з 21 пункту, кожен з яких описує один із симптомів або проявів депресії (наприклад, сум, безнадійність, порушення сну, відчуття провини, зниження апетиту тощо). У кожному пункті респондент обирає один із чотирьох варіантів відповідей, що найкраще описує його стан протягом останнього тижня. Варіанти відповіді мають різну інтенсивність

прояву симптому – від його відсутності до максимально вираженого стану, і оцінюються в балах від 0 до 3.

Сума балів за всіма пунктами дозволяє визначити загальний рівень депресії: від норми або мінімальної симптоматики до помірного чи важкого депресивного розладу. За підсумками оцінювання визначаються такі рівні: 0-13 балів – відсутність або мінімальний рівень депресії; 14-19 – легка депресія; 20-28 – помірна; 29-63 – тяжка депресія. Така градація допомагає фахівцям своєчасно виявити ризики психічного стану пацієнта та спрямувати його на подальшу психологічну або психіатричну допомогу.

BDI є цінним інструментом для роботи психологів, психотерапевтів, лікарів загальної практики та дослідників. Його перевагами є простота у використанні, короткий час заповнення, валідність та надійність результатів. Методика дозволяє не лише проводити одноразову діагностику, а й здійснювати динамічне спостереження за станом пацієнта впродовж лікування або реабілітації.

3. Шкала тривожності Спілбергера – це психодіагностична методика, створена американським психологом Чарльзом Спілбергером (C.D. Spielberger) у співпраці з Р. Л. Ганіном та А. М. Шейном для вимірювання рівня тривожності як стійкої особистісної риси (т. зв. особистісна тривожність) та як тимчасового стану (реактивна або ситуаційна тривожність). Методика була адаптована в різних країнах, у тому числі в Україні, й активно застосовується в медичній, освітній та соціально-психологічній практиці.

Опитувальник складається з 40 тверджень, поділених на дві субшкали. Перша субшкала (20 пунктів) спрямована на виявлення ситуативної тривожності – емоційної реакції людини на конкретну ситуацію в даний момент. Друга субшкала (також 20 пунктів) оцінює рівень особистісної тривожності – стабільну схильність особистості до сприймання широкого кола ситуацій як загрозливих і реагування на них підвищеною тривогою.

Респонденту пропонується оцінити ступінь своєї згоди з кожним твердженням за чотирибальною шкалою. У випадку ситуативної тривожності оцінюється, наскільки сильно людина відчуває емоції «зараз» (наприклад, «Я напружений», «Мене охоплює занепокоєння»). Для особистісної тривожності оцінюється частота переживань загалом (наприклад, «Я часто відчуваю неспокій», «Мене легко збентежити»).

Результати підраховуються окремо за кожною шкалою. Високі бали за шкалою ситуативної тривожності свідчать про сильне емоційне напруження в конкретний момент, тоді як високі бали за шкалою особистісної тривожності вказують на загальну емоційну вразливість особистості, її схильність до тривалого і глибокого переживання стресів.

Методика Спілбергера є чутливою до змін психоемоційного стану, легко застосовується у практиці та дає можливість виявити не лише рівень тривожності, а й співвіднести його з обставинами, у яких перебуває людина.

4. Інтерв’ю – це якісний метод збору даних, який поєднує гнучкість відкритих питань із чіткою структурою, визначеною заздалегідь сформульованими ключовими питаннями. У контексті дослідження вікових особливостей розладів харчової поведінки (РХП) у жінок, цей метод застосовується для поглибленого вивчення суб’єктивних тригерів РХП, психоемоційного стану (депресія, тривожність) і психологічних потреб (самооцінка, контроль, визнання, здоров’я) у жінок трьох вікових груп.

Мета: виявити індивідуальні особливості емоційних станів, психологічних потреб і харчових звичок, які варіюються за віком.

Метод дозволяє розкрити вікові патерни, наприклад, тривожність і потребу у визнанні в 19-35 (анорексія/булімія), депресію і потребу в стабільності в 36-55 (переїдання), депресію і потребу в здоров’ї в 56+ (переїдання/орторексія).

Інтерв’ю проводиться он-лайн через Zoom, тривалість 30-40 хвилин.

Заповнюється протокол із відкритими питаннями, адаптованими до вікової групи, з можливістю уточнювальних запитів:

1) Які емоційні стани (тривога, смуток) найчастіше впливають на ваші харчові звички?

2) Чи відчуваєте ви потребу в контролі, визнанні чи інших аспектах через харчування?

3) Як змінювалися ваші харчові патерни з віком?

4) Які життєві події чи стани (стрес, втрати) впливали на ваше харчування?

5) Чи є у вашому житті ситуації, які провокують обмеження їжі чи переїдання?

Уточнювальні питання: «Чи пов'язане це з вашим самосприйняттям?»; «Як це проявляється у вашому віці?».

Інтерв'ю допоможе виявити специфічні тригери і потреби, які доповнюють кількісні дані попередніх методик.

5. Кореляційний аналіз використовувався для оцінки зв'язків між: депресією (BDI) та компульсивним переїданням (EDI-3) та перфекціонізмом та нервовою анорексією у жінок.

Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) розраховується за формулою:

$$r=\frac{\sum(x_i-x)\,(y_i-y)}{\sqrt{\sum(x_i-\bar{x})^2\cdot\sum(y_i-\bar{y})^2}}$$

де:

x_i, y_i – значення двох змінних для і-го спостереження (наприклад, показники депресії за BDI та компульсивного переїдання за EDI-3);

$\bar{x}$, $\bar{y}$ – середні значення змінних x та y;

$\sum$ – сума по всіх спостереженнях.

Цей коефіцієнт оцінює силу та напрямок лінійного зв'язку між змінними:

– r від -1 до +1;

– позитивне значення вказує на прямий зв'язок (зростання однієї змінної супроводжується зростанням іншої);

– негативне значення – на обернений зв'язок;

– r = 0 свідчить про відсутність лінійного зв’язку.

Таким чином, використання діагностичних методик забезпечить комплексний підхід до вивчення вікових особливостей розладів харчової поведінки у жінок, охоплюючи симптоми РХП, психоемоційний стан (депресія, тривожність) і психологічні потреби (самооцінка, перфекціонізм). Обробка даних через ANOVA, кореляційний і тематичний аналіз дозволить виявити вікові патерни та зв’язки між чинниками.

2.2 Аналіз і порівняння показників розладу харчової поведінки у жінок різного віку

Розглянемо результати, отримані за допомогою: Опитувальника розладів харчової поведінки (EDI-3), Шкали депресії Бека, Шкали тривожності Спілбергера (STAI) та інтерв’ю.

1. Опитувальника розладів харчової поведінки (EDI-3).

Опитувальник використовувався для оцінки симптомів РХП, психоемоційного стану та психологічних потреб. Дані оброблялися за допомогою дисперсійного аналізу (ANOVA) для виявлення вікових відмінностей і кореляційного аналізу для оцінки зв’язків між чинниками. Результати представлені за шкалами ризику РХП, психологічними шкалами та комплексними показниками, з акцентом на вікові особливості (табл. 2.1).

Шкали ризику РХП оцінювали основні прояви розладів, зокрема прагнення до стрункості, булімію та незадоволеність тілом.

У молодшій групі спостерігалися високі показники прагнення до стрункості (середній бал 18.4, SD = 4.2), що свідчить про сильне бажання відповідати ідеалам стрункості, часте дотримання дієт і страх набору ваги. У 66,7% учасниць цієї групи зафіксовано підвищені значення, що вказує на ризик нервової анорексії. У зрілому віці цей показник був нижчим (середній бал 14.8, SD = 3.9), з підвищеними значеннями у 33,3% учасниць, що може відображати менший вплив соціальних стандартів краси. У старшій групі прагнення до стрункості було найменш вираженим (середній бал 10.2, SD =

3.1), що пов’язують із пріоритетом здоров’я над зовнішнім виглядом. Статистичний аналіз підтвердив значущі вікові відмінності ($F(2,50) = 12.34$, $p < 0.01$). У молодшій групі виявлено сильний зв’язок між прагненням до стрункості та перфекціонізмом ($r = 0.68$, $p < 0.01$).

Таблиця 2.1 – Результатів діагностування жінок за методикою EDI-3

Шкала	Молодший вік	Зрілий вік	Старший вік	Статистична значущість
Прагнення до стрункості	18.4 (SD = 4.2)	14.8 (SD = 3.9)	10.2 (SD = 3.1)	F(2,50) = 12.34, p < 0.01
Булімія	15.6 (SD = 4.5)	17.2 (SD = 4.8)	12.8 (SD = 3.7)	F(2,50) = 8.76, p < 0.05
Незадоволеність тілом	22.1 (SD = 5.1)	19.7 (SD = 4.6)	15.3 (SD = 3.9)	F(2,50) = 14.22, p < 0.01
Комплексний ризик РХП	56.1 (SD = 10.2)	51.7 (SD = 9.8)	38.3 (SD = 8.4)	F(2,50) = 16.45, p < 0.01
Низька самооцінка	16.8 (SD = 3.8)	14.2 (SD = 3.5)	10.9 (SD = 3.0)	F(2,50) = 9.87, p < 0.05
Перфекціонізм	19.3 (SD = 4.1)	15.6 (SD = 3.7)	12.1 (SD = 3.2)	F(2,50) = 11.56, p < 0.01
Емоційна дисрегуляція	17.5 (SD = 4.0)	18.9 (SD = 4.3)	13.7 (SD = 3.5)	F(2,50) = 10.12, p < 0.05
Особистісне відчуження	15.4 (SD = 3.6)	13.8 (SD = 3.4)	11.2 (SD = 3.0)	F(2,50) = 7.45, p < 0.05
Інтероцептивний дефіцит	16.7 (SD = 3.9)	14.5 (SD = 3.6)	12.3 (SD = 3.2)	F(2,50) = 8.33, p < 0.05
Аскетизм	12.9 (SD = 3.5)	13.4 (SD = 3.7)	14.3 (SD = 3.4)	F(2,50) = 6.78, p < 0.05
Страх дорослішання	13.8 (SD = 3.3)	11.5 (SD = 3.1)	10.1 (SD = 2.9)	F(2,50) = 7.12, p < 0.05
Неефективність	32.2 (SD = 6.8)	28.7 (SD = 6.2)	22.1 (SD = 5.5)	F(2,50) = 10.89, p < 0.01
Міжособистісні проблеми	29.5 (SD = 6.3)	27.8 (SD = 5.9)	23.4 (SD = 5.2)	F(2,50) = 9.34, p < 0.05
Афективні проблеми	34.2 (SD = 7.0)	37.8 (SD = 7.2)	26.0 (SD = 5.8)	F(2,50) = 12.67, p < 0.01
Гіперконтроль	34.1 (SD = 6.5)	29.0 (SD = 6.0)	26.4 (SD = 5.6)	F(2,50) = 11.23, p < 0.01
Загальна психологічна дезадаптація	92.3 (SD = 15.6)	85.7 (SD = 14.8)	72.5 (SD = 13.2)	F(2,50) = 13.45, p < 0.01
Непослідовність (	< 3	< 3	< 3	-
Інтероцептивний дефіцит	16.7 (SD = 3.9)	14.5 (SD = 3.6)	12.3 (SD = 3.2)	F(2,50) = 8.33, p < 0.05
Аскетизм	12.9 (SD = 3.5)	13.4 (SD = 3.7)	14.3 (SD = 3.4)	F(2,50) = 6.78, p < 0.05
Страх дорослішання	13.8 (SD = 3.3)	11.5 (SD = 3.1)	10.1 (SD = 2.9)	F(2,50) = 7.12, p < 0.05

Щодо булімії, у зрілому віці зафіксовано найвищі показники (середній бал 17.2, SD = 4.8), з епізодами компульсивного переїдання у 55,6% учасниць, що пов’язують із життєвими стресами, такими як сімейні чи професійні труднощі. У молодшій групі показник був дещо нижчим (середній бал 15.6, SD = 4.5), з підвищеними значеннями у 47,6% учасниць, де переїдання часто асоціювалося з емоційною нестабільністю. У старшій групі цей показник був найнижчим (середній бал 12.8, SD = 3.7), із проявами у 28,6% учасниць, що частково пов’язують із орторексичними тенденціями. Вікові відмінності виявилися значущими ($F(2,50) = 8.76$, $p < 0.05$). Кореляційний аналіз показав зв’язок булімії з депресією у зрілому віці ($r = 0.62$, $p < 0.01$) та з емоційною дисрегуляцією у молодшому ($r = 0.59$, $p < 0.05$).

Незадоволеність тілом була найбільш вираженою у молодшій групі (середній бал 22.1, SD = 5.1), де 71% учасниць повідомили про невдоволення формою тіла, що корелювало з низькою самооцінкою ($r = 0.73$, $p < 0.01$). У зрілому віці цей показник був нижчим (середній бал 19.7, SD = 4.6), з акцентом на зміни тіла після вагітності чи вікових змін, а підвищені значення спостерігалися у 44,4% учасниць. У старшій групі незадоволеність тілом була найменшою (середній бал 15.3, SD = 3.9), з підвищеними значеннями лише у 21,4% учасниць, що може вказувати на прийняття вікових змін. Вікові відмінності підтверджено ($F(2,50) = 14.22$, $p < 0.01$). Комплексний показник ризику РХП (EDRC) був найвищим у молодшій групі (середній бал 56.1, SD = 10.2), з високим ризиком анорексії та булімії, помірним у зрілому віці (середній бал 51.7, SD = 9.8), з акцентом на переїдання, та найнижчим у старшій групі (середній бал 38.3, SD = 8.4), з тенденцією до орторексії ($F(2,50) = 16.45$, $p < 0.01$).

Психологічні шкали виявили особливості психоемоційного стану.

Низька самооцінка була найбільш вираженою у молодшій групі (середній бал 16.8, SD = 3.8), де 61,9% учасниць відчували неадекватність, що корелювало з незадоволеністю тілом. У зрілому віці цей показник був нижчим (середній бал 14.2, SD = 3.5), а в старшій групі – найнижчим

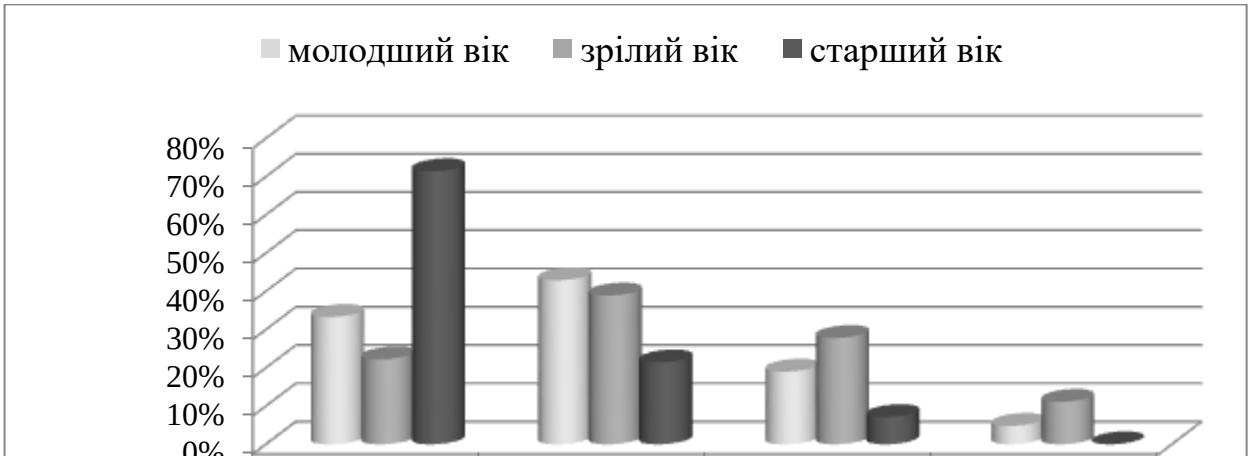
(середній бал 10.9, SD = 3.0), з підвищеними значеннями лише у 14,3% учасниць ($F(2,50) = 9.87$, $p < 0.05$). Перфекціонізм домінував у молодшій групі (середній бал 19.3, SD = 4.1), корелюючи з анорексією, тоді як у зрілому (середній бал 15.6, SD = 3.7) та старшому віці (середній бал 12.1, SD = 3.2) він був менш вираженим ($F(2,50) = 11.56$, $p < 0.01$). Емоційна дисрегуляція була найвищою у зрілому віці (середній бал 18.9, SD = 4.3), пов'язана з переїданням, тоді як у молодшій (середній бал 17.5, SD = 4.0) та старшій групах (середній бал 13.7, SD = 3.5) вона була менш вираженою ($F(2,50) = 10.12$, $p < 0.05$).

Інші психологічні шкали показали, що особистісне відчуження було більш вираженим у молодшій групі (середній бал 15.4, SD = 3.6), відображаючи самотність, тоді як у старшій групі цей показник був нижчим (середній бал 11.2, SD = 3.0). Міжособистісна ненадійність та відчуження були вищими у молодшому та зрілому віці через соціальні конфлікти. Інтероцептивний дефіцит домінував у молодшій групі (середній бал 16.7, SD = 3.9), вказуючи на труднощі з розпізнаванням емоцій. Аскетизм був більш вираженим у старшій групі (середній бал 14.3, SD = 3.4), пов'язаний з орторексією. Страх дорослішання переважав у молодшій групі (середній бал 13.8, SD = 3.3), сприяючи анорексії. Комплексні показники, такі як неефективність, міжособистісні проблеми та афективні проблеми, були вищими у молодшому та зрілому віці, тоді як гіперконтроль і загальна психологічна дезадаптація домінували у молодшій групі.

Індикатор непослідовності відповідей (IN) показав низькі значення у всіх групах (середній бал < 3), що свідчить про щирість учасниць і надійність даних. Результати підтверджують, що вікові особливості впливають на прояви РХП: у молодшому віці домінують анорексія та булімія, пов'язані з перфекціонізмом і низькою самооцінкою; у зрілому віці – компульсивне переїдання через стреси; у старшому віці – орторексія, асоційована з прагненням до здоров'я.

2. Шкала депресії Бека.

Методика передбачала оцінку 21 симптому депресії за чотирибальною шкалою. Дані оброблялися за допомогою дисперсійного аналізу для виявлення вікових відмінностей і кореляційного аналізу для оцінки зв'язків із РХП (рис. 2.1., табл. 2.2).



	відсутня / мінімальна	легка	помірна	тяжка
молодший вік	33,30%	42,90%	19,00%	4,80%
зрілий вік	22,20%	38,90%	27,80%	11,10%
старший вік	71,40%	21,40%	7,10%	0%

Рисунок 2.1. – Рівні депресії у досліджуваних жінок

У молодшій групі (19-35 років) середній бал склав 16,7 (SD = 4,9). Відсутність або мінімальна депресія спостерігалася у 33,3% учасниць (7 осіб), легка депресія – у 42,9% (9 осіб), помірна – у 19,0% (4 особи), а тяжка – у 4,8% (1 особа). Високі показники депресії корелювали з незадоволеністю тілом ($r = 0,69$, $p < 0,01$) і низькою самооцінкою ($r = 0,71$, $p < 0,01$), що вказує на їхній вплив на ризик анорексії та булімії. Ці результати відображають вплив соціокультурних факторів і перфекціонізму на емоційний стан молодих жінок.

У зрілому віці (36-55 років) середній бал був найвищим – 19,4 (SD = 5,3). Відсутність або мінімальна депресія зафіксована у 22,2% учасниць (4 особи), легка – у 38,9% (7 осіб), помірна – у 27,8% (5 осіб), а тяжка – у 11,1% (2 особи). Депресія асоціювалася з компульсивним переїданням ($r = 0,65$, $p <$

0,01), що пов’язують із життєвими стресами, такими як сімейні чи кар’єрні виклики. Емоційна нестабільність також сприяла підвищенню депресивної симптоматики.

У старшій групі (56+ років) середній бал склав 12,8 (SD = 4,1), що є найнижчим показником. Відсутність або мінімальна депресія спостерігалася у 71,4% учасниць (10 осіб), легка – у 21,4% (3 особи), помірна – у 7,1% (1 особа), а тяжка депресія не була зафіксована. Нижчий рівень депресії може бути пов’язаний із прийняттям вікових змін і меншим впливом соціальних стандартів. Депресія мала слабший зв’язок із РХП, але корелювала з орторексичними тенденціями ($r = 0,52$, $p < 0,05$).

Таблиця 2.2 – Результати за методикою Шкала депресії Бека

Вікова група	Середній бал (SD)	Відсутність /мінімальна депресія	Легка депресія	Помірна депресія	Тяжка депресія	Статистична значущість
Молодший вік	16,7 (SD = 4,9)	33,3% (7 осіб)	42,9% (9 осіб)	19,0% (4 особи)	4,8% (1 особа)	$F(2,50) = 11,89$, $p < 0,01$
Зрілий вік	19,4 (SD = 5,3)	22,2% (4 особи)	38,9% (7 осіб)	27,8% (5 осіб)	11,1% (2 особи)	
Старший вік	12,8 (SD = 4,1)	71,4% (10 осіб)	21,4% (3 особи)	7,1% (1 особа)	0,0% (0 осіб)	

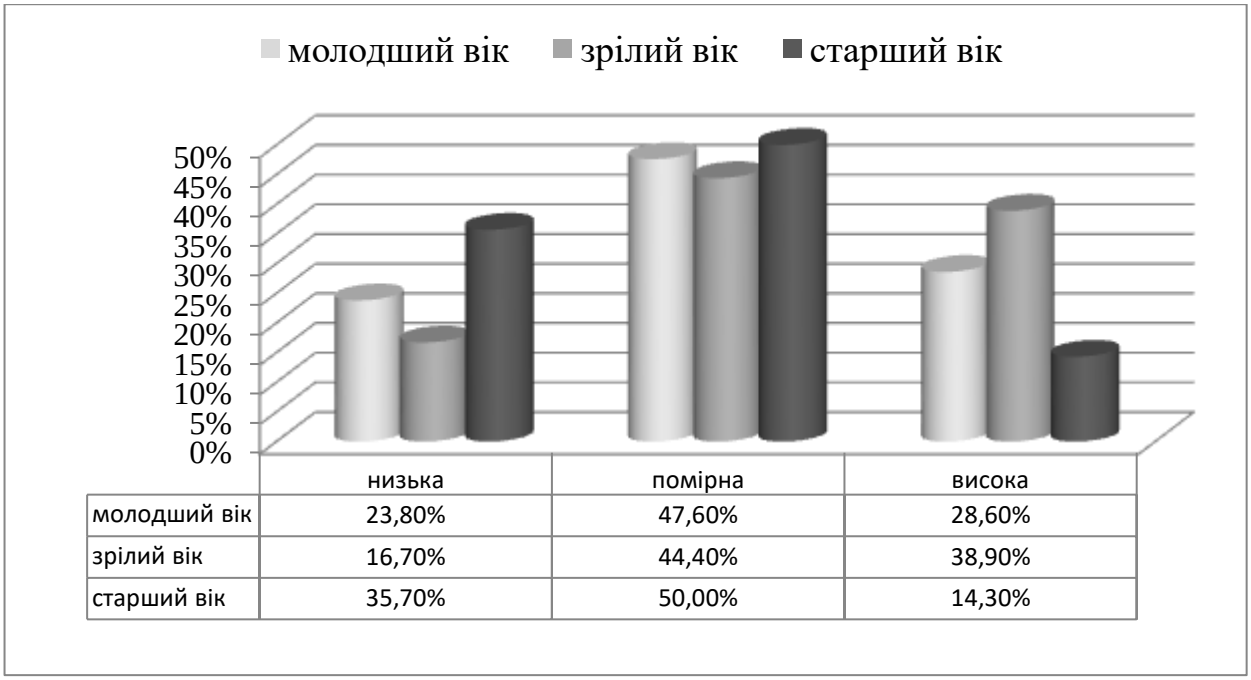
Аналіз ANOVA підтвердив значущі вікові відмінності в рівнях депресії ($F(2,50) = 11,89$, $p < 0,01$). Найвищі показники депресії у зрілому віці відображають вплив життєвих стресів, тоді як у молодшому віці депресія пов’язана з психологічними чинниками, такими як низька самооцінка. У старшому віці депресія менш виражена, що може бути зумовлено зміною життєвих пріоритетів.

Результати (табл. 2.2) вказують на виражену депресивну симптоматику у зрілому віці, що пов’язана з компульсивним переїданням і стресами. У молодшому віці депресія асоціюється з анорексією та булімією через психологічні чинники, тоді як у старшому віці вона менш виражена і частково пов’язана з орторексією.

3. Шкала тривожності Спілбергера (STAI) застосовувалася для оцінки двох типів тривожності: ситуативної (реакція на поточну ситуацію) та

особистісної (стійка схильність до тривожності). Дані оброблялися за допомогою дисперсійного і кореляційного аналізу.

Ситуативна тривожність відображає емоційне напруження в конкретний момент, тоді як особистісна тривожність вказує на загальну схильність сприймати ситуації як загрозливі. Результати оцінювалися за балами: низький рівень, помірний, високий. Вищі бали свідчать про більшу тривожність (рис. 2.2., табл. 2.3).



	низька	помірна	висока
молодший вік	23,80%	47,60%	28,60%
зрілий вік	16,70%	44,40%	38,90%
старший вік	35,70%	50,00%	14,30%

Рисунок 2.2. – Рівні тривожності у досліджуваних жінок

У молодшій групі середній бал за ситуативною тривожністю склав 42,3 (SD = 5,7), а за особистісною – 44,8 (SD = 6,1). Помірний рівень ситуативної тривожності спостерігався у 47,6% учасниць (10 осіб), високий – у 28,6% (6 осіб). Для особистісної тривожності помірний рівень зафіксовано у 38,1% (8 осіб), високий – у 42,9% (9 осіб). Висока тривожність корелювала з прагненням до стрункості ($r = 0,67$, $p < 0,01$) і незадоволеністю тілом ($r = 0,70$, $p < 0,01$), що вказує на зв’язок із ризиком анорексії та булімії. Ці дані відображають вплив соціального тиску та перфекціонізму на емоційний стан молодих жінок.

У зрілому віці середній бал за ситуативною тривожністю становить 45,1 (SD = 6,3), що є найвищим показником, а за особистісною – 41,6 (SD = 5,9). Помірний рівень ситуативної тривожності спостерігався у 44,4% учасниць (8 осіб), високий – у 38,9% (7 осіб). Для особистісної тривожності помірний рівень зафіксовано у 50,0% (9 осіб), високий – у 27,8% (5 осіб). Ситуативна тривожність корелювала з компульсивним переїданням ($r = 0,64$, $p < 0,01$), що пов'язують із життєвими стресами, такими як сімейні чи професійні виклики. Особистісна тривожність мала слабший зв'язок із РХП, але була пов'язана з емоційною дисрегуляцією ($r = 0,58$, $p < 0,05$).

Таблиця 2.3 – Результати за методикою Шкала тривожності Спілбергера

Вікова група	Ситуативна тривожність				Особистісна тривожність				Статистична значущість
	низька	помірна	висока	середній бал (SD)	низька	помірна	висока	середній бал (SD)	
Молодший вік	23,8%	47,6%	28,6%	42,3 (SD = 5,7)	19,0%	38,1%	42,9%	44,8 (SD = 6,1)	Ситуативна: $F(2,50) = 10,45$, $p < 0,01$ Особистісна: $F(2,50) = 8,92$, $p < 0,05$
Зрілий вік	16,7%	44,4%	38,9%	45,1 (SD = 6,3)	22,2%	50,0%	27,8%	41,6 (SD = 5,9)	
Старший вік	35,7%	50,0%	14,3%	38,4 (SD = 4,8)	35,7%	57,1%	7,1%	37,2 (SD = 4,5)	

У старшій групі середній бал за ситуативною тривожністю склав 38,4 (SD = 4,8), а за особистісною – 37,2 (SD = 4,5), що є найнижчими показниками. Помірний рівень ситуативної тривожності спостерігався у 50,0% учасниць (7 осіб), високий – у 14,3% (2 особи). Для особистісної тривожності помірний рівень зафіксовано у 57,1% (8 осіб), високий – у 7,1% (1 особа). Тривожність мала слабший зв'язок із РХП, але корелювала з орторексичними тенденціями ($r = 0,53$, $p < 0,05$), що може бути пов'язано з прагненням до здоров'я та самоконтролю. Нижчий рівень тривожності відображає зменшення соціального тиску та більшу емоційну стабільність у старшому віці.

Дисперсійний аналіз підтвердив значущі вікові відмінності для ситуативної тривожності ($F(2,50) = 10,45$, $p < 0,01$) та особистісної тривожності ($F(2,50) = 8,92$, $p < 0,05$). Найвища ситуативна тривожність у зрілому віці пов'язана з піком життєвих стресів, тоді як у молодшому віці переважає особистісна тривожність, що сприяє анорексії та булімії. У старшому віці тривожність менш виражена, що може бути зумовлено зміною пріоритетів і прийняттям вікових змін.

Отже, результати вказують, що ситуативна тривожність найбільш виражена у зрілому віці, де вона пов'язана з компульсивним переїданням і стресами. У молодшому віці переважає особистісна тривожність, що сприяє анорексії та булімії через соціальний тиск. У старшому віці тривожність менш виражена і частково асоціюється з орторексією.

4. Для якісного аналізу вікових особливостей розладів харчової поведінки у жінок було проведено інтерв'ю через платформу Zoom. Інтерв'ю включало п'ять відкритих питань, адаптованих до вікової групи, з можливістю уточнювальних запитів. Питання були спрямовані на виявлення емоційних станів, потреб, змін у харчових патернах, життєвих подій і тригерів, пов'язаних із РХП. Дані оброблялися за допомогою тематичного аналізу для ідентифікації якісних патернів і специфічних тригерів у кожній віковій групі (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Результати за методикою інтерв'ю

Вікова група	Ключові емоційні стани (%)	Основні потреби (%)	Зміни в харчових патернах (%)	Життєві події/тригери (%)
Молодший вік	Тривога, смуток (57,1%)	Контроль, визнання (66,7%)	Початок самостійного життя, стосунки (47,6%)	Стрес від навчання/роботи (61,9%)
Зрілий вік	Депресія, стрес (55,6%)	Емоційна стабільність (50,0%)	Вагітність, вікові зміни (44,4%)	Розлучення, втрата роботи (61,1%)
Старший вік	Смуток (42,9%)	Здоров'я, контроль (35,7%)	Вікові зміни здоров'я (50,0%)	Вихід на пенсію, втрати (42,9%)

У молодшій групі учасниці найчастіше вказували, що на їхні харчові звички впливають тривога та смуток, пов’язані з соціальним тиском і самосприйняттям. Близько 57,1% (12 осіб) повідомили, що тривога через порівняння з ідеалами краси в медіа провокує обмеження їжі, характерне для нервової анорексії. Потреба в контролі була визначальною для 66,7% (14 осіб), що проявлялася в суворих дієтах для досягнення «ідеального» тіла. Зміни в харчових патернах часто пов’язували з початком самостійного життя чи романтичними стосунками (47,6%, 10 осіб). Життєві події, такі як стрес від навчання чи роботи, впливали на 61,9% (13 осіб), провокуючи епізоди переїдання чи обмеження їжі. Уточнювальні питання показали, що ці патерни тісно пов’язані з низькою самооцінкою та прагненням до визнання, особливо в соціальних мережах.

У зрілому віці жінки частіше зазначали депресію та стрес як ключові емоційні стани, що впливають на харчування. Близько 55,6% (10 осіб) повідомили, що депресивні стани, викликані сімейними чи професійними труднощами, призводять до компульсивного переїдання. Потреба в контролі була менш вираженою (38,9%, 7 осіб), натомість 50,0% (9 осіб) вказали на потребу в емоційній стабільності, що компенсується їжею. Зміни в харчових патернах пов’язували з вагітністю, пологами чи віковими змінами тіла (44,4%, 8 осіб). Життєві стреси, такі як розлучення чи втрата роботи, впливали на 61,1% (11 осіб), провокуючи переїдання як спосіб справлятися з емоційним дискомфортом. Уточнювальні питання виявили, що самосприйняття в цій групі часто пов’язане з втратою молодості чи привабливості.

У старшій групі досліджувані згадували смуток, пов’язаний із втратами (наприклад, близьких людей), але тривожність була менш вираженою. Близько 42,9% (6 осіб) вказали, що смуток впливає на зниження апетиту, а 28,6% (4 особи) пов’язували харчування з прагненням до здоров’я, що вказує на орторексичні тенденції. Потреба в контролі проявлялася у 35,7% (5 осіб) через суворе дотримання «здорових» дієт. Зміни в харчових патернах

асоціювалися з віковими змінами здоров'я, такими як хронічні захворювання (50,0%, 7 осіб). Життєві події, такі як вихід на пенсію чи втрата рідних, впливали на 42,9% (6 осіб), провокуючи обмеження їжі. Уточнювальні питання показали, що самосприйняття в цій групі пов'язане з прийняттям вікових змін, але тригером РХП часто виступає прагнення зберегти здоров'я.

Тематичний аналіз виявив вікові патерни:

- у молодшому віці домінують тривожність і потреба в визнанні, що сприяють анорексії та булімії;

- у зрілому віці – депресія та потреба в стабільності, пов'язані з переїданням;

- у старшому віці – смуток і прагнення до здоров'я, асоційовані з орторексією.

Ці дані доповнюють кількісні результати, отримані за попередніми методиками, підкреслюючи специфічні тригери та потреби в кожній віковій групі.

Отже, результати інтерв'ю підтверджують, що РХП мають виражені вікові особливості, зумовлені різними емоційними станами, потребами та життєвими подіями. У молодшому віці переважають тригери, пов'язані з соціальним тиском, у зрілому – стреси та втрата стабільності, у старшому – прагнення до здоров'я. Ці дані вказують на необхідність індивідуалізованих психотерапевтичних підходів для кожної вікової групи.

Таким чином, дослідження вікових особливостей розладів харчової поведінки у жінок, проведене з використанням Опитувальника розладів харчової поведінки (EDI-3), Шкали депресії Бека (BDI), Шкали тривожності Спілбергера (STAI) та інтерв'ю, дозволило виявити суттєві відмінності у проявах РХП, психоемоційних станах і психологічних потребах залежно від віку. У молодшому віці переважають нервова анорексія та булімія, які тісно пов'язані з високим рівнем перфекціонізму, низькою самооцінкою, тривожністю та впливом соціокультурного тиску, зокрема через ідеали краси, нав'язані медіа та соціальними мережами. У зрілому віці домінує

компульсивне переїдання, зумовлене депресивними станами, ситуативною тривожністю та життєвими стресами, такими як сімейні конфлікти, професійні виклики чи втрата стабільності. У старшому віці РХП менш виражені, з тенденцією до орторексії, яка асоціюється з прагненням до здоров'я, самоконтролю та аскетизмом, що відображає зміну пріоритетів на підтримку фізичного благополуччя та прийняття вікових змін. Інтерв'ю підкреслило, що в молодшому віці ключовими тригерами є прагнення до визнання та соціального схвалення, у зрілому – потреба в емоційній стабільності, а в старшому – турбота про здоров'я та реакція на втрати. Ці результати вказують на необхідність диференційованих психотерапевтичних стратегій: для молодшого віку – програми, спрямовані на підвищення самооцінки та зниження перфекціонізму; для зрілого – терапію, орієнтовану на управління стресом і емоційною регуляцією; для старшого – просвітницькі ініціативи щодо здорового харчування та профілактики орторексії.

2.3 Психологічні стратегії корекції розладів харчової поведінки з урахуванням вікових особливостей жінок

Розробка психологічних стратегій корекції розладів харчової поведінки ґрунтується на емпіричних даних, отриманих в процесі дослідження, які виявили вікові особливості проявів РХП, психоемоційних станів і психологічних потреб у жінок віком від 19 до 62 років. Метою є створення диференційованих терапевтичних підходів, адаптованих до молодшого, зрілого і старшого віку жінок, враховуючи специфіку таких проявів РХП, як нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання та орторексія. Важливість індивідуалізованого підходу зумовлена різними психоемоційними чинниками: у молодшому віці домінують перфекціонізм, низька самооцінка та тривожність, у зрілому — депресія та ситуативна тривожність, у старшому – прагнення до здоров'я та аскетизм. Результати

дослідження підтверджують, що в молодшому віці РХП пов’язані з соціальним тиском і потребою у визнанні, у зрілому – зі стресами та потребою в емоційній стабільності, а в старшому – з турботою про здоров’я та прийняттям вікових змін.

На основі результатів дослідження розроблено специфічні психологічні стратегії корекції розладів харчової поведінки для жінок трьох вікових груп: молодшого, зрілого і старшого. Кожна стратегія враховує ключові психологічні чинники, тригери та потреби, виявлені в дослідженні, і спрямована на адресне вирішення проблем, пов’язаних із РХП, з урахуванням вікових особливостей.

1. Молодший вік (19-35 років) (Додаток А).

У молодшому віці розлади харчової поведінки, зокрема нервова анорексія та булімія, зумовлені високим рівнем перфекціонізму, низькою самооцінкою, тривожністю, незадоволеністю тілом, прагненням до визнання та значним впливом соціального тиску.

Рекомендовані стратегії:

1) Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Цей підхід є важливим для корекції розладів харчової поведінки у молодшому віці, оскільки він зосереджується на зміні дисфункціональних переконань про зовнішність і суспільні ідеали краси, які лежать в основі прагнення до стрункості та перфекціонізму. КПТ допомагає учасницям розпізнати та переосмислити когнітивні викривлення, такі як мислення «все або нічого» щодо ваги чи зовнішнього вигляду, які часто призводять до обмежувальної поведінки, характерної для анорексії, або епізодів переїдання, пов’язаних із булімією.

Основна мета: замінити ірраціональні думки на реалістичніші, що сприяють здоровішому ставленню до тіла та харчування.

Релевантність КПТ зумовлена сильним впливом соціокультурного тиску, що посилює незадоволеність тілом і низьку самооцінку, як показали результати дослідження.

У рамках КПТ застосовуються такі вправи, як ведення щоденника думок, де учасниці записують ситуації, що викликають тривогу чи бажання обмежувати їжу, а також пов’язані з ними думки та емоції. Техніка когнітивної реструктуризації допомагає ідентифікувати ірраціональні переконання, наприклад, «я буду цінною, лише якщо виглядатиму ідеально», і замінити їх на позитивні установки, такі як «моя цінність не залежить від зовнішності». Поведінкові експерименти, як-от поступове введення «заборонених» продуктів у раціон, дозволяють зменшити страх набору ваги та нормалізувати харчування. Ці методи сприяють зниженню тривожності та перфекціоністських установок, формуючи здоровіші харчові звички та зменшуючи ризик рецидивів РХП.

2) Терапія прийняття та відповідальності.

Терапія прийняття та відповідальності є особливо ефективною для молодших жінок, які зазнають тиску соціальних мереж і прагнуть зовнішнього визнання. Вона допомагає учасницям прийняти власне тіло та зменшити залежність від оцінок інших, що є критичним, враховуючи значний вплив медіа-ідеалів краси. Цей підхід фокусується на розвитку психологічної гнучкості, дозволяючи учасницям зосереджуватися на особистих цінностях, а не на нав’язаних суспільством стандартах. Проведення терапії сприяє зниженню тривожності, пов’язаної із самосприйняттям, і допомагає формувати здоровіший образ себе, що є важливим для профілактики анорексії та булімії.

У рамках терапії застосовуються техніки усвідомленості, такі як медитація «сканування тіла», яка допомагає учасницям зосередитися на відчуттях тіла без оцінки. Вправа «дефузія думок» учить відокремлювати себе від негативних суджень, наприклад, «я недостатньо худа», розглядаючи їх як тимчасові думки, а не факти. Учасниці також виконують вправи з орієнтації на цінності, де вони визначають, що для них важливо (наприклад, здоров’я, стосунки, саморозвиток), і розробляють дії, які відповідають цим цінностям, замість обмеження їжі чи переїдання. Ці методи допомагають

молодим жінкам приймати себе, знижувати вплив соціального тиску та будувати стійкіші механізми подолання емоційних труднощів.

3) Групова терапія.

Групова терапія створює безпечний простір для соціальної підтримки, що є важливим для зменшення міжособистісної ненадійності та ізоляції, які посилюють РХП у молодшому віці. У груповому форматі учасниці можуть ділитися досвідом, обговорювати вплив медіа та соціальних стандартів краси, а також спільно розробляти стратегії протидії зовнішньому тиску. Цей підхід допомагає знизити відчуття самотності, яке часто супроводжує РХП, і сприяє формуванню позитивних соціальних зв'язків. Групова терапія також дозволяє учасницям бачити, що їхні проблеми не унікальні, що зменшує сором і сприяє мотивації до змін.

У груповій терапії використовуються вправи, такі як рольові ігри, де учасниці відпрацьовують навички протидії соціальному тиску, наприклад, як реагувати на коментарі про зовнішність. Обговорення в форматі «круглого столу» зосереджується на темах медіаграмотності, де учасниці аналізують вплив соціальних мереж і рекламних образів. Вправа «лист собі» допомагає учасницям висловити підтримку собі та іншим, що сприяє підвищенню самооцінки та зниженню ізоляції. Ці техніки, підкріплені груповою динамікою, допомагають учасницям відчувати себе почутими та підтриманими, що є ключовим для подолання тригерів РХП, пов'язаних із соціальними факторами.

4) Тренінги з підвищення самооцінки.

Тренінги з підвищення самооцінки спрямовані на подолання низької самооцінки, яка є основним чинником РХП у молодшому віці, посилюючи незадоволеність тілом і прагнення до визнання. Ці тренінги допомагають учасницям переосмислити свою цінність, відходячи від фокусу на зовнішності, і формувати здоровий образ тіла. Вони включають вправи, які сприяють розвитку позитивного самосприйняття та зниженню залежності від зовнішньої оцінки, що є особливо важливим у контексті впливу соціальних мереж і порівняння з ідеалізованими образами.

Основними техніками є вправа «список сильних сторін», де учасниці записують свої досягнення, якості та цінності, не пов’язані із зовнішністю, щоб змістити фокус на внутрішню цінність. Техніка «позитивного самоговору» передбачає регулярне використання позитивних афірмацій, таких як «я гідна поваги такою, яка є», для протидії негативним думкам про тіло. Вправа «дзеркало» допомагає учасницям працювати з прийняттям власного відображення, фокусуючись на позитивних аспектах зовнішності та тіла. Ці методи сприяють зниженню тривожності, пов’язаної з самосприйняттям, і формуванню здоровішого ставлення до себе, що зменшує ймовірність обмежувальної поведінки чи переїдання.

5) Психоедукація.

Психоедукація відіграє важливу роль у підвищенні обізнаності про вплив соціокультурного тиску, зокрема медіа-стандартів краси, які є основними тригерами РХП у молодшому віці. Цей підхід допомагає учасницям усвідомити, як зовнішні фактори, такі як соціальні мережі та реклама, формують нереалістичні очікування щодо зовнішності, і розробити стратегії протидії цьому тиску. Психоедукація сприяє розвитку критичного мислення та зниженню тривожності, пов’язаної з порівнянням із ідеалізованими образами.

У рамках психоедукації проводяться семінари з медіаграмотності, де учасниці аналізують, як медіа формують ідеали краси, і вчаться розпізнавати маніпулятивні образи. Вправа «фільтр реальності» допомагає учасницям оцінювати контент соціальних мереж, визначаючи, які образи відредаговані чи штучно створені. Техніка «планування медіа-детоксу» передбачає обмеження часу в соціальних мережах і заміну його діяльністю, що підтримує психологічне благополуччя, наприклад, хобі чи спілкування з близькими. Ці методи допомагають учасницям знизити вплив зовнішніх тригерів і розвинути здоровіші харчові звички, орієнтовані на внутрішні потреби, а не на суспільні стандарти.

Впровадження розглянутих стратегій сприятиме зниженню тривожності, зокрема особистісної, підвищенню самооцінки та зменшенню обмежувальної поведінки й епізодів переїдання, пов'язаних із булімією. Учасниці зможуть розвинути здоровіше ставлення до власного тіла, зменшити залежність від соціального схвалення та сформувати стійкі механізми подолання психоемоційного стресу. Комплексне застосування КПТ, терапії прийняття та відповідальності, групової терапії, тренінгів із самооцінки та психоедукації забезпечить зниження проявів анорексії та булімії, а також сприятиме профілактиці рецидивів РХП у молодшому віці.

2. Зрілий вік (36–55 років) (Додаток Б).

У зрілому віці розлади харчової поведінки, зокрема компульсивне переїдання, зумовлені високим рівнем депресії, ситуативної тривожності та емоційної дисрегуляції, що посилюються життєвими стресами, такими як сімейні конфлікти, професійні труднощі чи втрата стабільності. Потреба в емоційній стабільності є ключовою, оскільки стресові ситуації часто провокують переїдання як спосіб подолання емоційного дискомфорту. Дані Опитувальника розладів харчової поведінки показали високі показники булімії та емоційної дисрегуляції, що корелюють із депресією за Шкалою депресії Бека. Шкала тривожності Спілбергера виявила значну ситуативну тривожність, пов'язану з переїданням, тоді як інтерв'ю підкреслили депресію, стрес і потребу в стабільності як основні тригери РХП у цій віковій групі.

Рекомендовані стратегії:

1) Когнітивно-поведінкове втручання для емоційної регуляції.

Цей підхід зосереджений на управлінні стресом і емоційною регуляцією, що є ключовим для зменшення компульсивного переїдання у зрілому віці. Він допомагає учасницям розпізнати та змінити негативні думкові патерни, які пов'язують стрес із їжею, наприклад, переконання «їжа – єдиний спосіб заспокоїтися». Замість цього учасниці вчаться використовувати адаптивні стратегії подолання емоційного дискомфорту, що знижує імпульсивне переїдання.

У рамках цього підходу застосовується вправа «емоційний щоденник», де учасниці фіксують стресові ситуації, пов’язані емоції та думки, що передують переїданню, щоб ідентифікувати тригери та розробити альтернативні реакції. Техніка «когнітивного переформулювання» допомагає замінити негативні думки, такі як «я не справляюся, тому їм», на конструктивні, наприклад, «я можу знайти інші способи розслаблення». Поведінкова вправа «планування харчування» передбачає створення структурованого графіка прийому їжі, що допомагає нормалізувати харчові звички та зменшити імпульсивність. Ці методи сприяють зниженню емоційного стресу та формуванню здоровіших способів реагування на життєві виклики..

2) Терапія, орієнтована на вирішення проблем:

Терапія, орієнтована на вирішення проблем, спрямована на розробку конкретних стратегій подолання життєвих труднощів, таких як сімейні конфлікти чи втрата роботи, які є основними тригерами компульсивного переїдання у зрілому віці. Вона допомагає учасницям систематично аналізувати проблеми, визначати їх причини та знаходити практичні рішення, що знижує емоційний стрес і потребу вдаватися до їжі як способу заспокоєння.

У рамках терапії використовується вправа «структурований аналіз проблем», де учасниці розбивають складну ситуацію (наприклад, конфлікт із партнером) на керовані частини, визначають цілі та розробляють план дій. Техніка «мозковий штурм» допомагає генерувати альтернативні рішення, такі як діалог із близькими чи звернення по професійну підтримку, замість переїдання. Вправа «оцінка результатів» передбачає аналіз ефективності обраних рішень, що допомагає учасницям відчувати контроль над своїм життям. Ці методи сприяють зниженню стресу та формуванню адаптивних способів вирішення життєвих труднощів, зменшуючи залежність від їжі як емоційної опори.

3) Майндфулнес-терапія.

Майндфулнес-терапія допомагає знизити імпульсивне переїдання шляхом розвитку усвідомленості та емоційної стабільності, що є критично важливим для жінок зрілого віку, які відчувають депресію та ситуативну тривожність. Цей підхід учить учасниць бути присутніми в моменті, розпізнавати емоційні тригери та свідомо реагувати на них, уникаючи автоматичних реакцій, таких як переїдання.

Техніки включають вправу «усвідомлене дихання», яка допомагає учасницям заспокоїтися в моменти стресу, знижуючи імпульс до переїдання. Вправа «усвідомлене харчування» учить повільно та уважно споживати їжу, звертаючи увагу на смак, текстуру та відчуття ситості, що зменшує епізоди компульсивного переїдання. Медитація «сканування тіла» допомагає учасницям розпізнавати фізичні та емоційні сигнали, пов’язані зі стресом, і реагувати на них без їжі. Ці методи сприяють покращенню емоційної регуляції та зниженню частоти імпульсивних харчових реакцій.

4) Сімейна терапія.

Сімейна терапія зосереджується на роботі з сімейними динаміками, які часто є джерелом стресу та тригером компульсивного переїдання у зрілому віці. Цей підхід допомагає учасницям та їхнім близьким покращити комунікацію, вирішувати конфлікти та створювати підтримуюче середовище, що зменшує емоційний дискомфорт і потребу вдаватися до їжі як способу заспокоєння.

У сімейній терапії використовується вправа «сімейний діалог», де учасниці та члени їхніх сімей обговорюють стресові ситуації в безпечному середовищі, модерованому терапевтом. Техніка «рольового обміну» допомагає учасницям і близьким краще зрозуміти перспективи одне одного, зменшуючи напругу. Вправа «створення плану підтримки» передбачає спільне визначення способів, як сім’я може підтримувати учасницю в подоланні РХП, наприклад, через спільні здорові трапези. Ці методи сприяють зниженню сімейного стресу та формуванню емоційно стабільного оточення.

5) Тренінги з управління стресом.

Тренінги з управління стресом спрямовані на навчання релаксаційних технік для зниження ситуативної тривожності та депресивних станів, які провокують переїдання. Цей підхід допомагає учасницям розвинути альтернативні способи подолання стресу, замінюючи їжу як механізм заспокоєння.

Техніки включають вправу «глибоке дихання», яка допомагає швидко знизити тривожність у стресових ситуаціях. Прогресивна м’язова релаксація, де учасниці послідовно напружують і розслаблюють м’язи, сприяє фізичному та емоційному розслабленню. Вправа «візуалізація безпечного місця» учить учасниць уявляти спокійне місце для зниження стресу. Ці методи допомагають учасницям справлятися з емоційними тригерами без їжі, сприяючи зниженню частоти компульсивного переїдання.

6) Дисципліна про емоції та харчування.

Дисципліна інформує учасниць про зв’язок між емоційним станом і переїданням, а також про здорові способи справлятися зі стресом, що є важливим для зрілого віку, де стреси є основним тригером РХП. Цей підхід допомагає учасницям усвідомити, як депресія та тривожність впливають на їхні харчові звички, і розробити альтернативні стратегії подолання.

До дисципліни входять семінари «розпізнавання емоційних тригерів», де учасниці вчаться ідентифікувати зв’язок між стресом і переїданням. Вправа «альтернативні реакції» допомагає розробити здорові способи подолання стресу, такі як фізична активність чи творчі заняття. Техніка «журнал емоцій» учить фіксувати емоційні стани та їхній вплив на харчування, що сприяє підвищенню самоконтролю. Ці методи допомагають учасницям розвинути здоровіші механізми подолання стресу та зменшити залежність від їжі як емоційної опори.

Застосування розглянутих стратегій сприятиме зниженню депресивних станів і ситуативної тривожності, покращенню емоційної регуляції та зменшенню епізодів компульсивного переїдання. Учасниці розвинуть

адаптивні способи справлятися зі стресом, такі як релаксація чи вирішення проблем, замість використання їжі як механізму заспокоєння. Комплексне використання когнітивно-поведінкового втручання, терапії вирішення проблем, усвідомленого харчування, сімейного консультування, тренінгів зі зниження стресу та дисципліни забезпечить формування здоровіших харчових звичок і профілактику рецидивів РХП у зрілому віці.

3. Старший вік (56+ років) (Додаток В).

У старшому віці розлади харчової поведінки менш виражені та проявляються переважно у вигляді орторексичних тенденцій, зумовлених прагненням до здоров'я, аскетизмом і смутком, пов'язаним із втратами (наприклад, близьких людей чи соціальних ролей). Депресія та тривожність мають нижчий рівень порівняно з молодшими віковими групами, але емоційні стани, такі як смуток, можуть провокувати обмеження їжі або надмірний контроль над харчуванням.

Рекомендовані стратегії:

1) Когнітивно-поведінкове консультування для здорового харчування:

Цей підхід спрямований на корекцію переконань про «здорове» харчування, які можуть переростати в орторексичні тенденції, характерні для старшого віку. Він допомагає учасницям переосмислити надмірний контроль над їжею та жорсткі дієтичні обмеження, що часто асоціюються з прагненням до здоров'я чи профілактики вікових змін.

Мета – формування збалансованого підходу до харчування, який враховує фізіологічні потреби без надмірного фокусу на «ідеальній» дієті.

У рамках консультування використовується вправа «аналіз харчових переконань», де учасниці записують свої уявлення про «здорову» їжу та оцінюють, наскільки вони реалістичні чи обмежувальні. Техніка «когнітивного переосмислення» допомагає замінити жорсткі установки, наприклад, «я мушу їсти лише органічні продукти», на гнучкі, такі як «я можу насолоджуватися різноманітною їжею, якщо вона збалансована». Поведінкова вправа «експеримент із розширенням раціону» заохочує

учасниць поступово вводити нові продукти, щоб зменшити обмеження та страх «нездорової» їжі. Ці методи сприяють зниженню орторексичних тенденцій і формуванню здоровішого ставлення до харчування.

2) Терапія життєвих спогадів.

Терапія життєвих спогадів (ремінісценція) допомагає учасницям обробляти втрати, такі як смерть близьких чи втрата соціальних ролей, і приймати вікові зміни, що зменшує смуток і пов’язану з ним обмежувальну харчову поведінку. Цей підхід дозволяє переосмислити життєвий досвід, знайти сенс у минулому та адаптуватися до теперішнього, що є важливим для емоційного благополуччя в старшому віці.

Учасниці виконують вправу «життєва історія», де вони розповідають про значущі моменти свого життя, акцентуючи на позитивних спогадах і досягненнях, що допомагає знизити відчуття втрати. Техніка «лист до себе молодшої» дозволяє учасницям висловити підтримку та мудрість, отриману з досвіду, сприяючи прийняттю вікових змін. Групові обговорення спогадів, де учасниці діляться історіями, допомагають створити відчуття спільності та зменшити ізоляцію. Ці методи сприяють емоційній обробці втрат і зниженню смутку, що позитивно впливає на харчові звички.

3) Програма зі збалансованого харчування.

Програма зосереджена на інформуванні учасниць про принципи збалансованого харчування, щоб уникнути надмірного контролю та орторексичних тенденцій, які часто виникають через прагнення до здоров’я. Цей підхід допомагає учасницям зрозуміти, як підтримувати здоров’я без жорстких обмежень, і розвіює міфи про «правильну» їжу, що можуть посилювати РХП.

Програма включає семінари «здорове харчування без обмежень», де учасниці дізнаються про різноманітність продуктів і їхній вплив на здоров’я, а також про важливість помірності. Вправа «планування різноманітного меню» заохочує створювати раціон, який включає улюблені страви без почуття провини. Техніка «аналіз дієтичних міфів» допомагає учасницям

критично оцінювати популярні дієти та відрізняти науково обґрунтовані рекомендації від маркетингових трендів. Ці методи сприяють формуванню гнучкого підходу до харчування та зниженню надмірного контролю.

4) Групи соціальної підтримки.

Групи соціальної підтримки спрямовані на зменшення відчуття ізоляції, яке часто супроводжує старший вік, і підтримку позитивного самосприйняття, що допомагає знизити смуток і обмежувальну харчову поведінку. Цей підхід створює простір для обміну досвідом, емоційної підтримки та формування нових соціальних зв'язків, що є важливим для емоційного благополуччя.

У групах підтримки застосовується вправа «обмін історіями», де учасниці діляться досвідом подолання втрат чи змін, що сприяє зниженню ізоляції. Техніка «груповий проєкт» заохочує спільну діяльність, наприклад, організацію здорових кулінарних майстер-класів, що поєднує соціальну взаємодію з практичним навчанням. Вправа «позитивна підтримка» передбачає висловлення компліментів і підтримки один одному, що підвищує самооцінку. Ці методи допомагають учасницям відчувати себе частиною спільноти, що знижує смуток і сприяє здоровішому ставленню до харчування.

5) Тренінги з релаксаційних практик.

Тренінги з релаксаційних практик спрямовані на зниження тривожності, пов'язаної з втратами чи змінами здоров'я, які можуть впливати на харчові звички, наприклад, провокувати обмеження їжі. Цей підхід учить учасниць використовувати релаксацію для управління емоційним дискомфортом, що зменшує потребу в контролі над їжею як способі заспокоєння.

Техніки включають вправу «спокійне дихання», яка допомагає швидко знизити тривожність у моменти емоційного напруження. Прогресивна релаксація м'язів, де учасниці послідовно напружують і розслаблюють м'язи, сприяє фізичному та емоційному розслабленню. Вправа «візуалізація

спокою» учить уявляти мирне місце, що допомагає заспокоїтися та знизити вплив стресових думок. Ці методи сприяють зниженню тривожності та формуванню емоційної стабільності, що позитивно впливає на харчові звички.

Застосування наданих стратегій сприятиме зменшенню орторексичних тенденцій, покращенню емоційного стану та формуванню здорових харчових звичок. Учасниці зможуть знизити надмірний контроль над їжею, розвинути гнучкіший підхід до харчування та краще справлятися зі смутком і тривожністю, пов’язаними з втратами чи віковими змінами. Комплексне використання стратегій забезпечить емоційне благополуччя та профілактику РХП у старшому віці.

Для створення універсальної основи, яка забезпечує ефективну терапію з урахуванням вікових і психологічних особливостей жінок розглянемо загальні принципи корекції розладів харчової поведінки у жінок. Ці принципи спрямовані на інтеграцію індивідуалізованих, міждисциплінарних і профілактичних підходів, щоб адресувати специфічні тригери РХП і сприяти довгостроковому відновленню. Вони слугують орієнтиром для розробки цілісних стратегій, що поєднують психотерапію, медичну підтримку та просвітницькі заходи.

1. Індивідуалізований підхід.

Ефективна корекція розладів харчової поведінки вимагає адаптації терапевтичних методів до вікових і психологічних особливостей кожної учасниці, враховуючи специфічні тригери та потреби, виявлені в дослідженні. У молодшому віці акцент робиться на подоланні перфекціонізму, низької самооцінки та впливу соціального тиску, що провокують анорексію та булімію. Для зрілого віку важливо зосередитися на управлінні стресом, депресією та емоційною дисрегуляцією, які сприяють компульсивному переїданню. У старшому віці терапія спрямована на зменшення орторексичних тенденцій, смутку та надмірного контролю, пов’язаних із прагненням до здоров’я. Індивідуалізація передбачає

використання методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття чи ремінісценція, залежно від вікових особливостей, а також урахування особистих тригерів, таких як соціальні порівняння, сімейні стреси чи втрати, для забезпечення цілеспрямованої та ефективної терапії.

2. Міждисциплінарний підхід.

Комплексне вирішення проблем, пов’язаних із РХП, вимагає поєднання психотерапії з консультаціями дієтологів, ендокринологів, терапевтів та інших медичних фахівців. Психотерапія, включаючи когнітивно-поведінкові методи, терапію усвідомленості чи сімейне консультування, допомагає працювати з емоційними та психологічними чинниками РХП. Дієтологи сприяють розробці збалансованого раціону, що відповідає фізіологічним потребам і знижує тривожність, пов’язану з їжею, особливо для старшого віку з орторексичними тенденціями. Медичні фахівці оцінюють фізичний стан, виявляють супутні захворювання (наприклад, гормональні порушення чи дефіцити поживних речовин) і забезпечують безпечну корекцію харчових звичок. Такий підхід дозволяє одночасно впливати на психоемоційні, фізіологічні та соціальні аспекти РХП, підвищуючи ефективність терапії та знижуючи ризик рецидивів.

3. Профілактика.

Розробка просвітницьких програм для всіх вікових груп є важливим елементом запобігання РХП і формування здорового ставлення до харчування та власного тіла. Для молодшого віку програми мають фокусуватися на медіаграмотності, протидії соціальному тиску та розвитку позитивного самосприйняття, щоб зменшити вплив ідеалів краси. У зрілому віці просвітницькі ініціативи спрямовані на навчання методів управління стресом і емоційної регуляції, що знижує ризик компульсивного переїдання. Для старшого віку акцент робиться на інформуванні про принципи збалансованого харчування та прийняття вікових змін, щоб запобігти орторексії. Такі програми можуть включати семінари, тренінги та інформаційні кампанії, які проводяться в громадах, школах чи медичних

закладах, сприяючи ранньому виявленню ризиків і формуванню здорових звичок.

4. Моніторинг і підтримка.

Довгострокове спостереження за психоемоційним станом і харчовими звичками учасниць є необхідним для запобігання рецидивам РХП. Регулярні консультації з психологами дозволяють оцінювати прогрес у подоланні тригерів, таких як тривожність, депресія чи соціальний тиск, і коригувати терапевтичні стратегії за потреби. Періодичні зустрічі з дієтологами допомагають відстежувати зміни в харчовій поведінці та підтримувати збалансований раціон. Групи підтримки, особливо для старшого віку, забезпечують соціальну взаємодію та знижують ізоляцію, що сприяє емоційній стабільності. Використання щоденників харчування та емоцій, а також цифрових додатків для моніторингу стану може полегшити відстеження прогресу. Такий підхід забезпечує сталість результатів терапії, допомагаючи учасницям зберігати здорові звички та уникати повернення до деструктивної поведінки.

Таким чином, психологічні стратегії корекції розладів харчової поведінки мають бути диференційованими залежно від вікових особливостей жінок, враховуючи специфічні психоемоційні та соціокультурні чинники. У молодшому віці акцент робиться на підвищенні самооцінки та протидії соціальному тиску, що сприяють анорексії та булімії, у зрілому віці – на управлінні стресом і депресією, які провокують компульсивне переїдання, а в старшому віці – на профілактиці орторексії та підтримці емоційного благополуччя через прийняття вікових змін. Важливість комплексного підходу полягає в інтеграції психотерапії (когнітивно-поведінкових методів, терапії усвідомленості, ремінісценції), психоедукації щодо здорового харчування та соціальної підтримки, що забезпечує ефективне подолання РХП шляхом адресного впливу на емоційні, поведінкові та соціальні аспекти.

2.4 Рекомендації щодо профілактики та подолання розладів харчової поведінки у жінок

Профілактика та подолання розладів харчової поведінки у жінок є актуальним завданням сучасної психології та охорони здоров'я, оскільки ці порушення суттєво впливають як на фізичне, так і на психоемоційне благополуччя особистості. У жінок різного віку харчова поведінка тісно пов'язана з особистісними переживаннями, рівнем тривожності, самооцінкою, образом тіла та соціальними очікуваннями. Тому рекомендації спираються на результати комплексного дослідження, враховують вікові особливості, індивідуальні потреби жінок та передбачають не лише інформаційні, а й психотерапевтичні, поведінкові та соціально орієнтовані підходи до збереження і відновлення здорової харчової поведінки.

1. Рекомендації з профілактики розладів харчової поведінки у жінок.

Профілактика РХП має починатися з раннього інформування жінок про природу харчових розладів, фактори ризику та їхній вплив на здоров'я. Семінари, наприклад «Здорове харчування: міфи та реальність», допоможуть розвинути критичне мислення щодо власних харчових звичок, розрізняючи нормальну харчову поведінку від емоційного чи імпульсивного споживання їжі. Такі ініціативи необхідно проводити в університетах, на робочих місцях і через онлайн-платформи, щоб охопити широку аудиторію.

Важливим аспектом є профілактика впливу соціокультурного тиску, зокрема через медіаграмотність. Соціальні мережі, реклама та глянцеві журнали часто нав'язують недосяжні ідеали зовнішності, що підвищує ризик низької самооцінки та незадоволеності тілом. Рекомендується проводити кампанії, такі як «Різноманіття краси», які підкреслюють унікальність кожної жінки, демонструють різноманітність типів фігур і розвінчують міфи про «ідеальне тіло». Вправи на аналіз медіаконтенту, наприклад, «Фільтр реальності», допоможуть жінкам розпізнавати відредаговані образи та зменшувати їхній вплив.

Розвиток навичок усвідомленого харчування (mindful eating) є ефективним профілактичним інструментом. Практики, такі як вправа «Уважна трапеза», вчать жінок їсти повільно, звертати увагу на смак, текстуру їжі та фізичні сигнали голоду й ситості. Це сприяє зниженню автоматичного переїдання та формує позитивний досвід прийому їжі. Поєднання таких практик із регулярним режимом харчування, наприклад, через планування 4–5 прийомів їжі на день, допомагає уникнути різких коливань рівня глюкози та імпульсивного споживання їжі.

Психоемоційна профілактика відіграє ключову роль, оскільки стреси та негативні емоції часто провокують звернення до їжі як механізму компенсації. Рекомендується впроваджувати тренінги зі стресостійкості, такі як «Спокій у дії», що включають техніки саморегуляції (глибоке дихання, медитація, прогресивна м’язова релаксація) та розвиток емоційного інтелекту через вправи на розпізнавання й вираження емоцій. Групи психологічної підтримки, наприклад, «Коло довіри», створюють безпечний простір для обміну досвідом і зниження психоемоційної напруги.

Зміцнення самооцінки є важливим для профілактики РХП. Жінки з високою самоцінністю менш схильні до самокритики та зовнішнього тиску, що знижує ризик компульсивної чи обмежувальної поведінки. Програми, такі як «Я – унікальна», мають включати вправи на саморефлексію («Список сильних сторін»), позитивний самоговір і формування здорового образу тіла, щоб допомогти жінкам цінувати себе поза межами зовнішності. Ці ініціативи особливо важливі для молодшого віку, де соціальний тиск є значним.

Ефективна профілактика розладів харчової поведінки ґрунтується на формуванні здорового та позитивного сприйняття власного тіла, що охоплює:

– об’єктивне й реалістичне бачення своєї зовнішності;

– повагу та любов до свого тіла як унікального прояву себе;

– усвідомлення, що цінність людини визначається її внутрішніми якостями, а не зовнішнім виглядом;

– гордість за індивідуальність свого тіла та прийняття його особливостей;

– свідоме уникнення нав’язливих думок про їжу, вагу чи калорійність;

– радісну фізичну активність, яка приносить задоволення, зміцнює енергію та підкреслює силу тіла [24].

Формування навичок здорової комунікації також знижує ризик РХП. Жінки, які вміють висловлювати потреби, встановлювати межі та вирішувати конфлікти, мають нижчий рівень стресу, що зменшує потребу в їжі як способі заспокоєння. Тренінги з комунікативної компетентності, такі як «Мистецтво діалогу», включають рольові ігри та вправи на асертивність, що допомагають розвивати конструктивні міжособистісні взаємодії.

Фізична активність є важливим профілактичним інструментом, оскільки вона знижує тривожність, покращує настрій і зміцнює зв’язок із тілом. Рекомендується заохочувати помірну активність, яка приносить задоволення, наприклад, йогу, танці, піші прогулянки чи плавання, через програми «Рух заради радості». Важливо уникати акценту на схудненні, щоб не посилювати тривожність щодо зовнішності.

Особливу увагу слід приділяти жінкам із факторами ризику, такими як сімейний анамнез РХП, історія депресії чи хронічні захворювання. Для них рекомендується рання психологічна діагностика з використанням інструментів, таких як EDI-3, і залучення мультидисциплінарної команди (психологи, лікарі, нутриціологи) для комплексної підтримки. Наприклад, регулярні консультації з нутриціологом допоможуть розробити збалансований раціон, а психотерапевт працюватиме з емоційними тригерами.

Родинна профілактика відіграє важливу роль. Члени сім’ї мають бути поінформовані про РХП через просвітницькі лекції «Як підтримати близьку людину», щоб уникати критики зовнішності чи ваги та створювати атмосферу прийняття. Вправи на сімейну підтримку, такі як «Спільна трапеза», сприяють формуванню здорових харчових традицій і зниженню напруги в родині.

Таким чином, ефективна профілактика розладів харчової поведінки вимагає системного підходу, що поєднує індивідуальні (програми, тренінги) та соціальні (кампанії, групи підтримки) заходи. Це дозволяє знизити поширеність РХП, підвищити якість життя жінок і сформувати стійкі здорові звички в усіх вікових групах.

2. Рекомендацій щодо подолання розладів харчової поведінки у жінок спрямовані на формування здорових харчових звичок, відновлення емоційної стабільності, підвищення самооцінки та створення сприятливого соціального середовища для зниження ризику рецидивів РХП.

Одним із важливих напрямів подолання РХП є формування усвідомленого ставлення до їжі як джерела енергії та підтримки здоров'я, а не інструменту емоційного заспокоєння чи компенсації психоемоційних проблем. Жінки з РХП часто втрачають здатність розрізняти фізичний голод і психологічну потребу в комфорті, що призводить до автоматичних харчових реакцій, таких як переїдання чи обмеження їжі. Рекомендується впроваджувати техніки усвідомленого харчування, наприклад, вправу «Смак моменту», яка вчить повільно споживати їжу, звертаючи увагу на смак, текстуру та відчуття ситості. Ця практика допомагає відновити природний зв'язок із потребами тіла, зменшуючи імпульсивне переїдання чи надмірний контроль. Додатково, вправа «Щоденник голоду» дозволяє жінкам фіксувати фізичні та емоційні сигнали перед їжею, що сприяє усвідомленню тригерів і формуванню здоровіших харчових звичок. Такий підхід особливо ефективний для жінок зрілого віку, де емоційне переїдання є поширеним, але може застосовуватися в усіх вікових групах для нормалізації стосунків із їжею.

Емоційна саморегуляція є критично важливою для подолання РХП, оскільки труднощі з управлінням стресом, тривогою чи депресивними станами часто провокують звернення до їжі як способу заспокоєння. Жінки, які відчувають високий рівень ситуативної тривожності чи депресії, частіше вдаються до компульсивного переїдання чи обмежувальної поведінки.

Рекомендується включати в психотерапевтичну програму техніки зниження тривожності, такі як «Контрольоване дихання», що допомагає швидко заспокоїтися в моменти напруги, та медитація «Тихе місце», яка сприяє емоційному розслабленню. Тренінги з емоційної компетентності, наприклад, програма «Емоції в гармонії», вчать жінок ідентифікувати, виражати та проживати емоції через вправи на саморефлексію, такі як «Карта емоцій», і ведення емоційного щоденника. Ці методи допомагають розвинути альтернативні способи подолання емоційного дискомфорту, наприклад, через творчість чи фізичну активність, що знижує залежність від їжі як компенсаторного ресурсу. Для жінок зрілого віку, де депресія є значним фактором, ці техніки є особливо релевантними, але вони також корисні для молодшого та старшого віку.

Психотерапевтична підтримка має поєднувати індивідуальні та групові формати для забезпечення комплексного впливу на психоемоційні та поведінкові аспекти РХП. Індивідуальна терапія є ефективною для зміни дисфункціональних переконань про їжу, тіло та зовнішність. Техніка «Когнітивна реструктуризація» допомагає замінити ірраціональні думки, наприклад, «я цінна лише, якщо худа», на реалістичні, такі як «моя цінність не залежить від ваги». Поведінковий експеримент, як-от поступове введення «заборонених» продуктів, сприяє зниженню страху набору ваги. Групова терапія, наприклад, сесії «Спільний шлях», створює безпечний простір, де жінки можуть ділитися переживаннями, отримувати підтримку та бачити, що їхні проблеми не унікальні. Вправи, такі як «Обмін історіями» та «Рольові ігри», допомагають формувати альтернативні моделі поведінки, підвищувати самоцінність і розвивати навички соціальної взаємодії без потреби «втечі в їжу». Груповий формат особливо корисний для молодшого віку, де ізоляція посилює РХП, але також ефективний для зрілого та старшого віку, сприяючи зниженню емоційної напруги.

Жінки з РХП часто мають викривлене сприйняття власної зовнішності, що призводить до хронічного незадоволення собою та посилює самокритику,

як показано в даних EDI-3. Робота з образом тіла є ключовою для подолання РХП, оскільки допомагає відновити позитивне ставлення до себе. Тілесно-орієнтована терапія, включаючи вправу «Дзеркало прийняття», вчить жінок сприймати своє відображення без осуду, фокусуючись на позитивних аспектах. Арт-терапія, зокрема техніка «Мій образ», дозволяє виражати емоції через малювання чи скульптуру, знижуючи внутрішній конфлікт. Психоедукація через семінари «Тіло – мій дім» інформує про різноманіття тілесних норм і розвінчує міфи про «ідеальну» зовнішність, що особливо важливо для молодшого віку, де соціальний тиск є значним. Вправи, такі як «Лист до свого тіла», допомагають висловити вдячність тілу за його функції, що сприяє прийняттю себе. Ці методи ефективні для всіх вікових груп, але в старшому віці вони також допомагають прийняти вікові зміни.

Соціальний контекст, зокрема вплив медіа, культури схуднення та ідеалізованих стандартів зовнішності, відіграє значну роль у розвитку та підтриманні РХП. Рекомендується проводити інформаційно-просвітницькі заходи, такі як кампанії «Здоров’я без шаблонів», що розвінчують міфи про «ідеальне тіло» та заохочують критичне мислення щодо реклами й соціальних мереж. Вправи на медіаграмотність, наприклад, «Аналіз реклами», вчать жінок розпізнавати маніпулятивні образи та зменшувати їхній вплив. Семінари «Краса в різноманітті» підкреслюють унікальність кожної жінки, формуючи стійке уявлення про здоров’я як внутрішню гармонію, а не зовнішній шаблон. Ці заходи особливо важливі для молодшого віку, де медіа-тиск є тригером анорексії та булімії, але також релевантні для зрілого та старшого віку, де соціальні очікування можуть посилювати незадоволеність собою.

Жінки зрілого і старшого віку, які стикаються з гормональними змінами, самотністю чи зниженням соціальної активності, потребують підтримки психоемоційного благополуччя. Активна участь у соціальних і культурних ініціативах, таких як клуби «Активне життя», групи за інтересами (кулінарія, рукоділля) чи волонтерська діяльність, знижує

відчуття ізоляції та ймовірність «заїдання» емоційної порожнечі. Вправи на соціальну взаємодію, наприклад, «Спільна мета», сприяють формуванню нових зв'язків і підвищенню самооцінки. Для старшого віку особливо корисні групові заняття, такі як «Коло спогадів», що поєднують ремінісценцію та соціальну підтримку, допомагаючи обробляти втрати та знижувати смуток. Ці методи сприяють емоційній стабільності та зменшенню орторексичних тенденцій, пов'язаних із прагненням до здоров'я.

Для жінок молодшого віку доцільно впроваджувати профілактично-корекційні програми, орієнтовані на розвиток саморефлексії та відповідального ставлення до здоров'я. Тренінги «Слухаю своє тіло» включають психоедукацію про фізіологію, роль сну, фізичної активності та харчування, а також вправи, такі як «Карта потреб», що допомагають усвідомити сигнали тіла. Групові сесії з елементами рольових ігор, наприклад, «Протидія тиску», вчать жінок справлятися з соціальними очікуваннями щодо зовнішності. Психотерапія із техніками «Дефузія думок» і «Орієнтація на цінності», допомагає знизити залежність від зовнішнього визнання та прийняти своє тіло. Ці програми спрямовані на подолання перфекціонізму та незадоволеності тілом, що є ключовими тригерами РХП у молодшому віці.

Ефективне подолання РХП вимагає міждисциплінарної взаємодії психологів, дієтологів і лікарів загальної практики для надання цілісної допомоги. Психотерапевт працює з мотивацією, самосприйняттям і поведінковими патернами, використовуючи техніки, такі як «Мотиваційна карта», що допомагає визначити цілі терапії. Дієтолог розробляє індивідуальний раціон, уникаючи обмежень, через вправи, наприклад, «Моє меню», що сприяють формуванню здорових харчових звичок. Лікар оцінює фізичний стан, виявляючи супутні захворювання, такі як гормональні порушення, що можуть впливати на РХП. Регулярні міждисциплінарні консультації, наприклад, щомісячні зустрічі, забезпечують координацію зусиль і комплексний підхід, що є особливо важливим для жінок із хронічними захворюваннями чи складними формами РХП.

Підтримка родини відіграє важливу роль у подоланні РХП, оскільки близькі можуть як посилювати, так і зменшувати емоційну напругу. Рекомендується проводити просвітницькі семінари для рідних, такі як «Підтримка без осуду», щоб інформувати про природу РХП і навчити уникати стигматизації чи коментарів про вагу, наприклад, «просто їж менше». Вправи, такі як «Сімейний діалог», допомагають налагодити відкриту комунікацію, а «Спільна трапеза» сприяє створенню здорових сімейних традицій. Залучення близьких підвищує ймовірність стабільного відновлення, особливо для жінок зрілого віку, де сімейні стреси є тригером, і для старшого віку, де ізоляція може посилювати смуток.

Для запобігання рецидивам РХП необхідно впроваджувати довгостроковий моніторинг психоемоційного стану та харчових звичок. Регулярні консультації з психологом (наприклад, щоквартальні) дозволяють відстежувати прогрес у подоланні тригерів, таких як тривожність чи депресія, і коригувати терапію. Використання цифрових інструментів, таких як додатки для трекінгу настрою чи харчування, полегшує самоспостереження. Групи підтримки, наприклад, «Коло відновлення», забезпечують соціальну взаємодію та мотивацію для збереження здорових звичок. Цей підхід є важливим для всіх вікових груп, але особливо для жінок старшого віку, де вікові зміни можуть провокувати нові тригери.

Отже, подолання розладів харчової поведінки у жінок – це тривалий, багаторівневий процес, що вимагає гнучкого, індивідуалізованого підходу. Його основою мають стати психотерапевтична робота, просвітницька підтримка, соціальні ресурси та сприятливе середовище, що дозволяє жінці повернути контроль над власною поведінкою та відновити гармонійний зв’язок із тілом, емоціями та потребами.

Таким чином, рекомендації щодо профілактики та подолання розладів харчової поведінки у жінок враховують вікові особливості, забезпечуючи диференційований підхід: у молодшому віці акцент на протидії соціальному тиску та підвищенні самооцінки, у зрілому – на управлінні стресом і

депресією, у старшому – на профілактиці орторексії та підтримці емоційного благополуччя; комплексна стратегія, що поєднує психотерапію, психоедукацію, міждисциплінарну співпрацю та соціальну підтримку, сприяє формуванню здорових харчових звичок і зниженню ризику рецидивів, а подальші дослідження необхідні для оцінки ефективності цих заходів і їх адаптації до індивідуальних і культурних особливостей.

ВИСНОВКИ

У роботі досліджено вікові особливості розладу харчової поведінки жінок. Результати теоретичного й емпіричного дослідження дали змогу сформулювати такі висновки:

1. Проведений аналіз сучасних наукових підходів показав, що розлади харчової поведінки є складними психічними порушеннями, які характеризуються патологічними моделями харчування, викривленим сприйняттям власного тіла та порушенням контролю над харчовою поведінкою. Основні типи РХП, такі як нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання та розлад уникнення/обмеження споживання їжі (ARFID), класифікуються за міжнародними діагностичними системами DSM-5 та ICD-11, які визначають критерії на основі частоти симптомів, ступеня тяжкості та їхнього впливу на фізичне, психічне й соціальне благополуччя. Ці системи дозволяють чітко диференціювати розлади, враховуючи як клінічні прояви, так і їхній вплив на повсякденне функціонування людини.

Наукові джерела підкреслюють, що харчова поведінка є багатовимірним психосоціальним процесом, який виходить за межі фізіологічної потреби в їжі та включає емоційні, когнітивні й соціокультурні аспекти. Класифікація РХП за клінічними проявами (обмеження їжі, переїдання, компенсаторна поведінка) та ступенем тяжкості (легка, помірна, важка, екстремальна) забезпечує основу для точної діагностики та розробки адресних терапевтичних стратегій. Важливість такого підходу полягає в можливості раннього виявлення розладів і попередження їхніх ускладнень, таких як порушення обміну речовин чи психоемоційна дезадаптація.

2. Дослідження виявило, що основними психологічними чинниками розвитку РХП є емоційні, когнітивні, особистісні, поведінкові та міжособистісні чинники. Емоційні чинники, такі як підвищена тривожність, депресія, почуття провини та сорому, відіграють ключову роль, провокуючи

дезадаптивні моделі харчування, наприклад, переїдання як спосіб зняття стресу чи обмеження їжі для контролю тривоги. Когнітивні чинники, зокрема викривлене сприйняття тіла, перфекціонізм і низька самооцінка, формують ірраціональні переконання про зовнішність і вагу, що посилюють РХП, особливо анорексію та булімію.

Особистісні риси, такі як імпульсивність і ригідність, сприяють формуванню специфічних патернів харчування: імпульсивність асоціюється з компульсивним переїданням, тоді як ригідність характерна для анорексії через жорсткий контроль. Міжособистісні чинники, включаючи залежність від зовнішньої оцінки та сімейні конфлікти, посилюють вразливість до РХП, особливо в молодшому та зрілому віці.

3. Теоретичний аналіз впливу вікових особливостей на прояви розладів харчової поведінки у жінок показав, що вікові етапи життя суттєво детермінують специфіку цих розладів. У молодшому віці (19-35 років) РХП, такі як анорексія та булімія, здебільшого пов’язані з тиском соціокультурних стандартів краси, впливом соціальних мереж і прагненням відповідати ідеалізованому образу тіла, що посилюється високою тривожністю та перфекціонізмом. У зрілому віці (36-55 років) переважає компульсивне переїдання, зумовлене стресами, змінами соціальних ролей, гормональними факторами та депресивними станами. У старшому віці (56+ років) РХП частіше проявляються у формі орторексичних тенденцій, викликаних прагненням до здоров’я, аскетизмом або емоційними переживаннями, пов’язаними з втратами соціальних ролей чи близьких людей.

Вивчення вікових особливостей РХП підкреслює, що психоемоційні та соціальні фактори, які домінують на різних етапах життя, формують унікальні патерни харчової поведінки. У молодшому віці ключовим є вплив медіа та соціальних порівнянь, що сприяють незадоволеності тілом і обмежувальній поведінці. У зрілому віці стрес і емоційна дисрегуляція стають основними тригерами, тоді як у старшому віці на перший план виходять кризи ідентичності та прагнення до контролю над здоров’ям.

4. Емпіричне дослідження, проведене з використанням Опитувальника розладів харчової поведінки (EDI-3), Шкали депресії Бека (BDI), Шкали тривожності Спілбергера (STAI) та інтерв'ю, підтвердило статистично значущі вікові відмінності в проявах розладів харчової поведінки у жінок. У молодшому віці виявлено високі показники анорексії та булімії, які, за даними EDI-3, асоціюються з низькою самооцінкою, перфекціонізмом і значним соціальним тиском, що корелюють із високою особистісною тривожністю, виміряною за STAI. У зрілому віці переважає компульсивне переїдання, пов'язане з депресією (високі бали за BDI), ситуативною тривожністю та емоційною дисрегуляцією, викликаними життєвими стресами, такими як сімейні чи професійні труднощі, що підтверджують результати структурованих інтерв'ю. У старшому віці спостерігаються орторексичні тенденції, зумовлені прагненням до здоров'я та смутком через втрати, з нижчим рівнем тривожності та депресії порівняно з іншими групами, як показують дані STAI та BDI.

Результати дослідження показали, що психоемоційний стан і соціальні очікування суттєво впливають на специфіку РХП у різних вікових групах. У молодшому віці соціальний тиск, зокрема через ідеали краси, пропаговані медіа, посилює незадоволеність тілом, що сприяє обмежувальній поведінці або циклам переїдання-очищення, як виявлено за шкалами EDI-3. У зрілому віці стресові фактори, такі як міжособистісні конфлікти чи професійні виклики, провокують компульсивне переїдання як спосіб зняття емоційного напруження, що підтверджується кореляцією між високими показниками депресії (BDI) та ситуативної тривожності (STAI). У старшому віці орторексичні тенденції, відмічені за даними EDI-3, пов'язані з фокусом на здоровому харчуванні та емоційними переживаннями через втрату соціальних ролей чи близьких, хоча загальний рівень психоемоційного дистресу є нижчим. Ці дані підкреслюють необхідність індивідуалізованих підходів до діагностики, які враховують домінуючі тригери: соціальний тиск у молодшому віці, стрес і депресію у зрілому, втрати та прагнення до здоров'я у старшому.

5. Розроблено психологічні стратегії корекції РХП адаптовані до вікових особливостей жінок, що включають когнітивно-поведінкову терапію, терапію прийняття та відповідальності, майндфулнес-терапію, сімейну терапію, ремінісценцію та групову підтримку. Для молодшого віку стратегії фокусуються на підвищенні самооцінки, протидії соціальному тиску та зниженні тривожності, використовуючи техніки медіаграмотності та когнітивної реструктуризації. У зрілому віці акцент на управлінні стресом і депресією через емоційну регуляцію, вирішення проблем і усвідомлене харчування. У старшому віці стратегії спрямовані на зниження орторексичних тенденцій і смутку шляхом ремінісценції, програм збалансованого харчування та соціальної підтримки. Ці методи, підкріплені міждисциплінарним підходом, сприяють формуванню здорових харчових звичок і зниженню ризику рецидивів.

Рекомендації щодо профілактики включають просвітницькі програми, тренінги зі стресостійкості, медіаграмотності та усвідомленого харчування, а також зміцнення самооцінки й комунікативних навичок. Для подолання РХП запропоновано комплексний підхід, що поєднує психотерапію, психоедукацію, роботу з образом тіла, сімейну підтримку та довгостроковий моніторинг. Ці заходи враховують вікові особливості, забезпечуючи ефективне відновлення гармонійного зв’язку з тілом і емоціями.

Таким чином, мета дослідження досягнута, завдання виконані, гіпотеза про те, що існують статистично значущі вікові відмінності у проявах розладів харчової поведінки у жінок, які обумовлені специфікою психоемоційного стану, соціальних очікувань і психологічних потреб на різних етапах життя підтверджена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ, 2019. 398 с.

2. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок : розлади та психокорекція : монографія. Харків : Видавництво «Стильна типографія», 2019. 393 с.

3. Асєєва Ю. О., Кривошеєва М. Д. Фактори розладів харчової поведінки в осіб молодого віку. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 3. С. 16-18.

4. Бацилєва О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 7, вип. 38. С. 57-68.

5. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2015. .№ 1. С. 53-66.

6. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. Т. 19, № 21. С. 197-201.

7. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг.* 2012. Вип. 1 (2). С. 319-325.

8. Варіна Г., Шевченко С. Клініко-психологічні особливості впливу стресогенних чинників на розлад харчової поведінки жінок. *Слобожанський науковий вісник.* 2024. № 1. URL : https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/306.

9. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків. Київ : НПУ ім. М. П. Дрогманова, 2009. 224 с.

10. Гаврилюк Н. С., Чернишова І. Ю. Психологічні аспекти розвитку розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Педагогічна освіта : теорія і практика.* 2017. Вип. 25. С. 125-131.

11. Ганзуля А., Абсалямова Л. Психологія харчової поведінки жінок в умовах сучасного світу. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. 2022. URL : https://previous.scientia.report/index.php/archive/article/view/201.

12. Гільман А. Ю. Психологічні аспекти харчової поведінки жінок в умовах сучасності. *Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України. Гігієнічні аспекти харчування.* 2024. Вип. 24. С. 166-169. URL : https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/9654/1/Psykholohichni.pdf.

13. Гірняк Г. С., Чжан Ліфан. Стрес як чинник виникнення розладів харчової поведінки особистості. *Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи*. 2022. URL : http://nauksgf.wunu.edu.ua/index.php/npsgf/article/view/123/119.

14. Гончаренко В. Причини розладу харчової поведінки у літніх жінок. Національна асоціація лікарів та психологів. *Розлади харчової поведінки: терапія та превенція*. 2021. URL : http://ed-ua.com/faq/prichini-rozladu-harchovoyi-povedinki-u-litnih-zhinok/.

15. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR / Американська психіатрична асоціація. Львів : Вид-во «Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.

16. Долишня Н. І. Нервова анорексія. *Сімейна медицина*. 2009. № 1. С. 50-51.

17. Дослідження ймовірності виникнення розладів харчової поведінки у дітей і підлітків / В.Антонець та ін. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024. № 14 (54). С. 215-220.

18. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 4 (72). С.31-34.

19. Емесник Н. Ю. Особливості психологічної корекції самоприйняття людей з надмірною вагою : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2023. 239 с.

20. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 336 с.

21. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 4 (105). С.6-8.

22. Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки : дис. … д-ра філос. : 053. Одеса, 2022. 186 с.

23. Коваленко О., Лук'янова Л., Помиткін Е., Московець Л. Психологія людей літнього віку : навч. посібн. Київ : Вид-во ТОВ «Геопринт». 2021. 288 с.

24. Ковальова М. Розлади харчової поведінки. *Девелопмент фаундейшн.* 2019. URL : https://foundationdv.com/ua/articles/Rozlady-kharchovoyi-povedinky.

25. Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків, 2007. 20 с.

26. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт : психологічні виміри суспільства*. 2020. Вип. 2. С. 91-98.

27. Кокашинський В. О. Лікування та реабілітація хворих на тривожнодепресивні розлади з порушеннями харчової поведінки : дис. … д-ра філос. : 222. Дніпро, 2024. 189 с.

28. Коренєва Ю. П., Ляшко А. В., Маркіна М. С. Формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Габітус*. 2024. Вип. 59. С. 273-280.

29. Корнієнко Т. В., Гладун А. В. Психологічні аспекти формування розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.* 2020. Вип. 71. С. 90-97.

30. Кузьмінська О. В., Червона М. С. Значення раціонального харчування для підтримки здоров’я молоді : монографія. Київ : Держ. ін.-т пробл. сім’ї та молоді, 2005. 123 с.

31. Левицька Т. Л., Миколюк В. П. Психологічні особливості молоді, схильної до порушень харчової поведінки. *Теорія і практика сучасної психології.* 2019. № 5, т. 1. С. 114-117.

32. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Філософія, соціологія, психологія. 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165

33. Лонська Є. В. Діагностика розладів харчової поведінки за допомогою опитувальника EDI-3. *Всеукраїнська психодіагностична асоціація* : матеріали І установ. конф. (м. Київ, 16-17 верес. 2016 р.) Київ, 2016. С. 14-22. URL : https://vpa.org.ua/pub/files/93e81f945391256c.pdf.

34. Малина О. Г., Чиганов С. Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 1 (15). С. 78-88.

35. Мартинова Л. МКХ‑11 : оновлений погляд на типологію хвороб. *НЕЙРОNEWS.* 2022. № 1 (132). С. 5-6. URL : https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/1%28132%29/pages-5-6/mkh-onovleniy-poglyad-na-tipologiyu-hvorob#gsc.tab=0.

36. Мартинова Л. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *НЕЙРОNEWS*. 2021. № 1 (122). С. 46-50.

37. Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 11. С. 454-463.

38. Михайлов Б. В., Афанасьєв М. В., Сарвір І. М., Філик В. С. Соматоформні розлади як міждисциплінарна проблема сучасної медицини. *Медицина залізничного транспорту України*. 2003. № 22. С. 77-81.

39. Михайлова М. А. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. *Молодий учений*. 2020. № 3 (293). С. 296-298. URL : https://moluch.ru/archive/293/66390/.

40. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 6. С. 56-70.

41. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

42. Никоненко, О., Іском, А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2023. № 4 (72). С. 202-211.

43. Овчарова Р. В. Психологічні особливості жінок із порушеннями харчової поведінки. *Вісник Курганського державного університету*. 2016. № 2 (41). С. 51-57.

44. Психолого-педагогічні наслідки воєнного часу : навч. посіб. / заг. ред. В. В. Огоренко. Дніпро : ЛІРА, 2023. 312 с.

45. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 44. С. 184-191.

46. Рябова Н. М. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій)* : матеріали IV міжрег. наук.-практ. конф. (м. Харків, 31 жовт. 2020 р.). Харків, 2020. С. 174-177.

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

48. Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. *Акмеологія*. 2015. № 3 (55). С. 213-218

49. Семиченко В. А. Психічні стани. Київ : «Магістр-S», 1998. 208 с.

50. Серга Т. О., Білоусенко М. В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. *Перспективи та інновації науки. Педагогіка. Психологія. Медицина*. 2022. № 2 (7). С. 968-979.

51. Сингаївська І. В., Бондаренко А. М. Розлади харчової поведінки під час подій воєнного характеру. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : матеріали IV Міжнар. конф. (м. Київ, 7 груд. 2022 р.). Київ, 2022. С. 56-58.

52. Ситник К. Булімія: життя в замкненому колі переїдання та сорому. *Кунш*т. 2022. URL : https://www.kunsht.com.ua/articles/bulimiya-zhittya-v-zamknenomu-koli-pereidannya-ta-soromu.

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

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

55. Сорокман Т. В. Розлади харчової поведінки як предиктори розвитку ожиріння в дітей. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2015. № 5. С. 174-177. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mezh_2015_5_28.

56. Терещенко Л. А., Мойзріст О. М. Психологічні особливості дівчат підліткового віку з розладами харчової поведінки. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Психологія*. 2024. № 5. С. 107-112.

57. Теслюк В., Кулібаба Т. Особливості харчової поведінки жінок. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. URL : https://www.researchgate.net/publication/374100370_OSOBLIVOSTI_HARCOVOI_POVEDINKI_ZINOK.

58. Тімошина Т. О., Базилюк І. М., Кульчицький В. Й., Даньчак С. В. Оцінка ризику розвитку розладів харчової поведінки серед здобувачів медичної освіти. *Академічні візії*. 2025. Вип. 40. С. 1-8.

59. Травенко О.С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. XI, вип. 14. С.205-214.

60. Фадєєва М. І., Савельєва Л. В. Корекція порушень харчової поведінки у пацієнтів з ожирінням. *Ендокринологія : Новини. Думки. Навчання*. 2018. № 2 (23). С. 51-59

61. Фатєєва М. С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. … д-ра філос. : 053. Київ, 2021. 230 с.

62. Чобанов Р. А., Гаджиєва Я. Г., Бахишли Ф. Г. Різні типи харчової поведінки, стан здоров'я і якість життя у літніх пацієнтів. Світ медицини та біології. 2025. № 1 (91), URL : https://womab.com.ua/ua/smb-2025-01/10517.

63. Шебанова В. І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. *Освіта регіону*. 2013. № 3. С.256.

64. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : автореф. дис. … д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.

65. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013. URL : https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm

66. Baker J., Runfola C. Eating disorders in midlife women: a perimenopausal eating disorder? *Maturitas*. 2016. Vol. 85. P. 112-118.

67. Nederkoorn C. Impulsivity in obese women. *Appetite*. 2006. Vol. 47. P. 253-256.

68. Rogers P., Blundell J. Psychobiological bases of food choice. *The British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 1990. No 15. P. 31-40.

ДОДАТКИ

Додаток А
Тренінг «Прийняття себе: протидія соціальному тиску та підвищення самооцінки»

Мета: знизити вплив соціального тиску, зокрема через медіа, підвищити самооцінку, зменшити тривожність і перфекціонізм, які сприяють анорексії та булімії, шляхом розвитку здорового самосприйняття та навичок медіаграмотності.

Тривалість: 8 тижнів, 1 заняття на тиждень по 90 хвилин (груповий формат, 6-10 учасниць).

Цільова аудиторія: жінки 19–35 років із РХП (анорексія, булімія) або ризиком їх розвитку, які відчувають низьку самооцінку, тривожність і соціальний тиск.

Структура тренінгу:

Заняття 1: Вступ і знайомство.

Мета: створити безпечний простір і сформулювати цілі.

Вправа: «Коло довіри». Учасниці діляться однією позитивною рисою про себе та очікуваннями від тренінгу.

Психоедукація. Коротка лекція про вплив соціальних стандартів краси на РХП.

Заняття 2: Медіаграмотність.

Мета: розвинути критичне мислення щодо медіа-образів.

Вправа: «Фільтр реальності». Учасниці аналізують 5 зображень із соціальних мереж (наприклад, Instagram), визначаючи ознаки редагування чи штучності. Обговорення: як ці образи впливають на самосприйняття.

Домашнє завдання. Обмежити час у соціальних мережах на 1 годину на день і записати зміни в настрої.

Заняття 3: Когнітивна реструктуризація.

Мета: змінити ірраціональні переконання про зовнішність.

Вправа: «Щоденник думок». Учасниці фіксують ситуації, що викликають тривогу (наприклад, порівняння з іншими), і пов'язані думки (наприклад, «я недостатньо худа»). Техніка: замінити негативні думки на реалістичні (наприклад, «моя цінність не в зовнішності»).

Домашнє завдання. Визначити 3 ірраціональні думки та переформулювати їх.

Заняття 4: Техніки прийняття.

Мета: розвинути психологічну гнучкість і прийняття тіла.

Вправа: Медитація «Сканування тіла» (10 хвилин). Учасниці зосереджуються на відчуттях тіла без оцінки. Техніка «Дефузія думок»: уявити негативні думки (наприклад, «я товста») як хмари, що пропливають.

Домашнє завдання. Практикувати медитацію 3 рази на тиждень.

Заняття 5: Підвищення самооцінки.

Мета: змістити фокус із зовнішності на внутрішні якості.

Вправа: «Список сильних сторін». Учасниці записують 10 своїх позитивних рис, не пов'язаних із зовнішністю (наприклад, доброта, творчість). Обговорення в парах: чому ці риси важливі.

Домашнє завдання. Написати «Лист собі» із підтримкою та компліментами.

Заняття 6: Протидія соціальному тиску.

Мета: розвинути навички реагування на зовнішні оцінки.

Вправа: Рольова гра. Учасниці відпрацьовують відповіді на коментарі про зовнішність (наприклад, «Тобі треба схуднути»). Приклад відповіді: «Я ціную турботу, але відчуваю себе комфортно такою, як є».

Домашнє завдання. Спробувати одну стратегію протидії в реальному житті.

Заняття 7: Формування здорових звичок.

Мета: нормалізувати ставлення до їжі.

Вправа: «Експеримент із їжею». Учасниці обирають один «заборонений» продукт (наприклад, шоколад) і пробують його в малій кількості, фіксуючи емоції та відчуття.

Домашнє завдання. Включити один новий продукт у раціон.

Заняття 8: Підсумки та планування.

Мета: закріпити результати та розробити план підтримки.

Вправа: «Дерево цілей». Учасниці малюють дерево, де гілки – це цілі (наприклад, «їсти без страху», «любити себе»), а коріння – стратегії (КПТ, медитація).

Обговорення. Як підтримувати прогрес після тренінгу (групи підтримки, щоденник).

Очікувані результати. Зниження тривожності та перфекціонізму, підвищення самооцінки, зменшення впливу соціального тиску, формування здоровішого ставлення до тіла та харчування. Учасниці розвинуть навички протидії медіа-впливу та прийняття себе, що зменшить ризик рецидивів анорексії та булімії.

Додаток Б

Комплекс вправ «Емоційна стабільність і усвідомлене харчування»

Мета: знизити депресію, ситуативну тривожність і компульсивне переїдання шляхом розвитку навичок емоційної регуляції, управління стресом і усвідомленого харчування.

Тривалість: 6 тижнів, щотижневі індивідуальні або групові сесії по 60 хв.

Цільова аудиторія: жінки 36-55 років із компульсивним переїданням, депресією, ситуативною тривожністю, спричиненою життєвими стресами.

Структура комплексу:

Вправа 1. Емоційний щоденник.

Мета: ідентифікувати емоційні тригери переїдання.

Учасниці ведуть щоденник протягом тижня, записуючи ситуації, що викликали стрес (наприклад, сварка з партнером), емоції (тривога, сум), думки («я не справляюся») та поведінку (переїдання). На сесії аналізують записи, визначаючи закономірності.

Техніка: когнітивне переформулювання – замінити думки, що провокують переїдання (наприклад, «їжа мене заспокоїть»), на адаптивні («я можу розслабитися через дихання»).

Частота: щоденно, 5-10 хвилин.

Вправа 2. Усвідомлене дихання.

Мета: знизити ситуативну тривожність у стресових ситуаціях.

Учасниці практикують техніку «4-7-8» (вдих 4 секунди, затримка 7 секунд, видих 8 секунд) у момент стресу або перед їжею, щоб уникнути імпульсивного переїдання. На сесії проводять 5-хвилинну практику з інструктором.

Частота: 3 рази на день або за потреби.

Вправа 3. Усвідомлене харчування.

Мета: зменшити імпульсивне переїдання через увагу до процесу їжі.

Учасниці виконують вправу під час одного прийому їжі на день: їдять повільно, без відволікань (телефон, телевізор), звертаючи увагу на смак, текстуру та відчуття ситості. На сесії обговорюють досвід і труднощі.

Техніка: записати відчуття після їжі (наприклад, «відчуваю ситість, але не переїла»).

Частота: 1 раз на день.

Вправа 4. Структурований аналіз проблем.

Мета: розвинути навички вирішення стресових ситуацій.

Учасниці обирають одну проблему (наприклад, конфлікт на роботі), розбивають її на частини (причина, наслідки), генерують 3–5 рішень (наприклад, обговорити з колегою, звернутися до керівника) і обирають одне. На сесії оцінюють результат.

Частота: 1 проблема на тиждень.

Вправа 5. Позитивний самоговір.

Мета: знизити депресивні стани та підвищити емоційну стабільність.

Учасниці створюють список із 5 позитивних афірмацій (наприклад, «я здатна впоратися зі стресом без їжі») і повторюють їх щодня перед дзеркалом. На сесії діляться змінами в настрої.

Частота: щоденно, 5 хвилин.

Вправа 6. Планування харчування.

Мета: нормалізувати харчові звички.

Учасниці створюють тижневий графік харчування з 3 основними прийомами їжі та 2 перекусами, включаючи улюблені продукти в помірних кількостях. На сесії обговорюють, як графік вплинув на переїдання.

Частота: щотижня оновлювати план.

Очікувані результати: зниження частоти компульсивного переїдання, покращення емоційної регуляції, зменшення депресії та ситуативної тривожності. Учасниці розвинуть навички усвідомленого харчування та альтернативні способи справлятися зі стресом, що сприятиме формуванню здорових харчових звичок.

Додаток В

Програма «Збалансоване харчування та емоційне благополуччя»

Мета: зменшити орторексичні тенденції, смуток і надмірний контроль над їжею шляхом формування збалансованого підходу до харчування, обробки емоційних втрат і підвищення соціальної підтримки.

Тривалість: 10 тижнів, 1 групове заняття на тиждень по 60 хв. (6-8 учасниць).

Цільова аудиторія: жінки 56+ років із орторексичними тенденціями або обмежувальною поведінкою, пов’язаною з прагненням до здоров’я та смутком через втрати.

Структура програми:

Заняття 1. Вступ і психоедукація.

Мета: ознайомити з поняттям орторексії та її впливом.

Вправа «Коло підтримки». Учасниці діляться однією позитивною зміною, яку хочуть досягти.

Лекція: «Що таке здорове харчування: міфи та реальність».

Заняття 2. Аналіз харчових переконань.

Мета: виявити обмежувальні переконання про їжу.

Вправа. Учасниці записують 5 уявлень про «здорову» їжу (наприклад, «цукор – це отрута») і оцінюють їх реалістичність. Техніка: Переформулювати переконання (наприклад, «цукор у помірних кількостях не шкодить»).

Домашнє завдання. Спостерігати за своїми харчовими правилами.

Заняття 3. Ремінісценція.

Мета: обробити емоційні втрати та знизити смуток.

Вправа «Життєва історія». Учасниці діляться позитивним спогадом, пов’язаним із їжею (наприклад, сімейні вечері). Обговорення: як ці спогади впливають на сучасне ставлення до їжі.

Домашнє завдання. Написати «Лист до себе молодшої» із порадами.

Заняття 4. Збалансоване харчування.

Мета: сформувати гнучкий підхід до їжі.

Вправа «Планування меню». Учасниці створюють тижневий раціон, включаючи улюблені продукти (наприклад, десерт раз на тиждень). Обговорення: як це вплинуло на настрій.

Домашнє завдання. Спробувати один новий продукт.

Заняття 5. Релаксаційні практики.

Мета: знизити тривожність, пов'язану з їжею чи здоров'ям.

Вправа Прогресивна м'язова релаксація (10 хвилин). Учасниці послідовно напружують і розслаблюють м'язи. Техніка: «Спокійне дихання» для моментів напруження.

Домашнє завдання. Практикувати релаксацію 3 рази на тиждень.

Заняття 6. Соціальна підтримка.

Мета: зменшити ізоляцію та підвищити емоційне благополуччя.

Вправа «Обмін історіями». Учасниці діляться досвідом подолання труднощів (наприклад, втрати близьких). Техніка: Висловлення компліментів одна одній.

Домашнє завдання. Зателефонувати другу чи родичу.

Заняття 7. Аналіз дієтичних міфів.

Мета: розвіяти хибні уявлення про харчування.

Вправа. Учасниці обговорюють популярні дієти (наприклад, кето, детокс) і оцінюють їх із погляду науки. Лекція від дієтолога (за можливості).

Домашнє завдання. Знайти статтю про здорове харчування та обговорити.

Заняття 8. Груповий проєкт.

Мета: поєднати соціальну взаємодію та навчання.

Вправа. Учасниці організовують «здоровий кулінарний майстер-клас», готуючи просту страву (наприклад, салат із сезонних продуктів). Обговорення: як готування вплинуло на настрій.

Домашнє завдання. Приготувати страву вдома.

Заняття 9. Прийняття вікових змін.

Мета: сформувати позитивне ставлення до старіння.

Вправа «Лист подяки тілу». Учасниці пишуть, за що вдячні своєму тілу (наприклад, за здоров’я, силу). Обговорення: як це вплинуло на самосприйняття.

Домашнє завдання. Повторити вправу вдома.

Заняття 10. Підсумки та підтримка.

Мета: закріпити результати та спланувати подальші дії.

Вправа «Мапа прогресу». Учасниці малюють, що змінилося (наприклад, «менше контролюю їжу», «більше спілкуюся»). Обговорення: як підтримувати зміни (групи підтримки, консультації).

По закінченню програми учасниці обмінюються контактами для подальшої підтримки.

Очікувані результати. Зменшення орторексичних тенденцій, зниження смутку та надмірного контролю над їжею, покращення емоційного стану та соціальної взаємодії. Учасниці сформують гнучкий підхід до харчування, навчаться справлятися з емоційними втратами та відчуватимуть більше підтримки від спільноти.