

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

кафедра загальної психології і психологічного консультування

**Кваліфікаційна робота**  
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Порушення харчової поведінки як симптом сучасності»**  
**«Eating Disorders as a Symptom of Modernity»**

Виконала: студентка денної форми навчання  
спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма Психологія  
Махненко Олександра Юріївна  
Керівник к.психол.н., доц. Кокоріна Ю.Є.

Рецензент завідувач кафедри філософії, біоетики та  
іноземної мови  
ОНМедУ, професор, д.філос.н. Ханжи В.Б.

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№ 5 від 26 листопада 2025 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ПШ)

Захищено на засіданні ЕК №     
протокол №    від    20   р.  
Оцінка    /    /     
(за національною шкалою, шкалою  
ECTS, бали)

Голова ДЕК

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ПШ)

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ</b>	
1.1. Поняття та класифікація харчової поведінки в науковій літературі.....	6
1.2. Соціокультурні фактори впливу на формування харчових звичок.....	14
1.3. Визначення взаємозв'язку дитячих травм із розладами харчової поведінки.....	23
Висновки до 1 розділу.....	28
<b>РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ</b>	
2.1. Організація дослідження .....	30
2.2. Методи дослідження .....	32
Висновки до 2 розділу.....	39
<b>РОЗДІЛ III. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ</b>	
3.1. Вивчення зв'язків між харчовими установками та типами харчової поведінки.....	41
3.2. Дослідження психологічних чинників порушення харчової поведінки.....	53
3.3. Кореляційні взаємозв'язки між показниками імпульсивності, самотності та типами харчової поведінки.....	62
Висновки до 3 розділу.....	68
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	72
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	74

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Упродовж останніх десятиліть розлади харчової поведінки дедалі частіше опиняються в центрі уваги науковців і практичних психологів. Зростання кількості діагностованих випадків, а також один із найвищих у сфері психічного здоров'я рівнів смертності та суїцидальності роблять цю проблему особливо гострою.

Формування розладів харчової поведінки має складну, багатофакторну природу, що зумовлена взаємодією біологічних, психологічних, генетичних, соціальних, культурних та історичних чинників, які можуть виконувати роль передумов, провокувати розвиток розладу або підтримувати його перебіг.

Окремий вимір актуальності становить проблема сприйняття власного тіла — одна з ключових ланок у розвитку та підтриманні розладів харчової поведінки. Дисбаланс між тілом як суб'єктивним переживанням («тіло, яким я є») та тілом як об'єктом («тіло, яке я маю») формує підґрунтя для глибоких психопатологічних переживань, характерних для осіб із порушеннями харчової поведінки. Саме спотворене або нестабільне ставлення до власного тіла визначається дослідниками як один із центральних чинників ризику, що впливає на виникнення, перебіг та рецидиви РХП.

Усе це підкреслює необхідність раннього виявлення таких порушень, системного вивчення тілесності як психологічного феномена та розробки ефективних підходів до психологічної допомоги особам, які переживають труднощі у сфері харчової поведінки та образу тіла.

Сучасні дослідники (Fuchs T., Kiely L., Conti J., Hay P., Castellini G. та ін.) відмічають, що тілесний досвід, спосіб переживання власного тіла та його взаємодія із соціальним середовищем відіграють ключову роль у розумінні розладів харчової поведінки. Їхні роботи підкреслюють, що саме порушення єдності між «тілом-суб'єктом» і «тілом-об'єктом» лежить в основі значної частини психопатологічних переживань при цих розладах.

Вітчизняні науковці розглядають розлади харчової поведінки через призму різних психологічних аспектів: готовності до змін (Л.М. Абсалямова), рівня тривожності (Н.О. Берген, С.І. Алексеєва), упевненості (Н.В. Лук'янченко), здорового способу життя (М.В. Гриньова, М.В. Коновал, І.С. Колесникова, О.В. Кузьмінська), психологічної залежності (Г.О. Коцюба, А.С. Кочарян, А.В. Коцарь), переживання травми (Н.Ю. Максимова), порушень соціалізації (А.М. Маслюк), особливостей образу Я (О.М. Мойзріст), а також ролі перфекціонізму та різних форм агресивності (Н.М. Капталан).

Таким чином, проблема розладів харчової поведінки постає як багатовимірний психологічний феномен, що потребує комплексного міждисциплінарного підходу, у центрі якого — дослідження тілесного досвіду, образу тіла та індивідуально-психологічних чинників, які визначають динаміку цих розладів.

**Об'єкт дослідження** - харчова поведінка сучасного суб'єкта як психосоціальний феномен.

**Предмет дослідження** - психологічні аспекти харчової поведінки сучасного суб'єкта у контексті впливу дитячого досвіду та дитячих травм.

**Мета дослідження** - вивчити психологічні особливості харчової поведінки сучасного суб'єкта, дослідити причини виникнення розладів харчової поведінки, зокрема вплив виховання та дитячих травм, на формування харчових звичок і поведінки в дорослому віці.

**Завдання:**

1. Проаналізувати наукові підходи щодо визначення та класифікації порушень харчової поведінки.
2. Визначити зв'язок між імпульсивністю та типами харчової поведінки (емоційною, зовнішньою, обмежувальною).
3. Проаналізувати взаємозв'язки між харчовими установками, емоційним переїданням, імпульсивністю та самотністю
4. Встановити психологічні чинники ризику порушень харчової поведінки у сучасної людини.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети в роботі використано загальнонаукові методи: узагальнення, аналіз і синтез, методи системно-структурного аналізу літератури з питань теми дослідження; емпіричні: анкетування; Eating Attitudes Test-26 (Тест харчових установок, EAT) D.M. Garner; Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) T. Van Strien, C.P. Herman; Опитувальник для вивчення рівня імпульсивності В.О. Лосенкова; Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона.

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** Емпіричне дослідження проводилося на online платформі Google Form. В дослідженні прийняли участь 52 респонденти. Вік досліджуваних від 17 до 52 років.

**Апробація.** Махненко О. Психологічні чинники та механізми дезадаптивної харчової поведінки // VIII Міжнародна наукова конференція «Людина як цілісність: філософія, наука і мистецтво зцілення», м. Одеса. 30.10.2025.

**Практичне значення роботи.** Робота виконана в межах наукової тематики кафедри «Психологічні ресурси особистості в умовах викликів сьогодення» (0123U102605). Її практична значущість полягає в тому, що отримані дані можна використовувати

**Структура роботи.** Дана наукова робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, та списку літератури, якій складається із джерел. Загальний обсяг роботи становить 81 сторінку.

## РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ

### 1.1. Поняття та класифікація харчової поведінки в науковій літературі

Найперші описи станів, подібних до сучасних розладів харчової поведінки, зустрічаються ще в елліністичний період (323 до н. е. — 31 до н. е.) та особливо у Середньовіччі (V–XV ст. н. е.). У ці епохи відмова від їжі розглядалася насамперед як форма духовного очищення та релігійного подвигу. Утримання від задоволення тілесних потреб ставало елементом аскетичної практики, виражаючи прагнення подолати матеріальний світ і наблизитися до ідеалу святості [12].

Джерела, зокрема, згадують двадцятирічну дівчину з вищого римського стану, яка довела себе до смерті від голоду у пошуках духовної чистоти. Жінки, з огляду на релігійні та соціокультурні чинники, були особливо вразливими до таких форм екстремального посту. Сучасні дослідники використовують термін «свята анорексія» для позначення цього явища — релігійно мотивованого самообмеження в харчуванні, що досягає небезпечного для життя рівня [12].

Середньовічні хроніки також містять численні свідчення екстремального самостійно спричиненого голодування, яке нерідко призводило до тяжкого виснаження та передчасної смерті. Одним із найвідоміших прикладів є Катерина Сієнська, чия сувора аскеза включала тривалі періоди добровільної відмови від їжі. Історики та сучасні клініцисти розглядають такі випадки як можливі історичні аналоги нервової анорексії. Попри те, що клінічне розуміння анорексії сформувалося значно пізніше, елементи поведінки, подібні до розладів харчової поведінки, простежуються

протягом багатьох століть, будучи частиною культурних, духовних і соціальних практик.

Сучасна історія вивчення анорексії нервової починається наприкінці XVII століття. У 1689 році англійський лікар Річард Мортон опублікував перші клінічні описи двох пацієнтів — чоловіка та жінки — чиї стани разюче нагадують сучасне розуміння нервової анорексії. Він наголошував на відсутності соматичних причин втрати апетиту та вираженого виснаження, що дозволило йому охарактеризувати цей стан як «нервову сухоти» [10-14].

Майже через два століття було зроблено наступний важливий крок у науковому осмисленні захворювання. У 1873 році сер Вільям Галл увів у медичну літературу термін *anorexia nervosa*, закріпивши його як окремий діагноз. Того ж року французький лікар Ернест Шарль Ласег опублікував власні спостереження, позначивши розлад як *anorexie hystérique*. Попри певні відмінності в описах, обидва дослідники фіксували ключові ознаки: впертий відмову від їжі за відсутності органічної патології, значну втрату маси тіла та психогенні чинники, що лежали в основі симптоматики.

Таким чином, кінець XVII — XIX століття став вирішальним періодом у становленні сучасного уявлення про нервову анорексію, об'єднавши ранні клінічні спостереження Мортонна з подальшою нозологічною формалізацією, запропонованою Галлом і Ласегом.

Більш сучасні дослідження поглибили наше розуміння, і деякі ідеї доктора Брюх — зокрема ті, що пов'язували розвиток розладу з ранньою сімейною динамікою, — нині вважаються застарілими. Ранні психоаналітичні пояснення цього захворювання були поступово витіснені завдяки зростанню знань про генетичні та біологічні механізми.

У 2003 році дослідниці Кіл та Клумп висунули припущення, що відмінності у мотивації відмови від їжі в різні історичні періоди можуть відображати культурно значущі способи розуміння розладу, який змушує людину — передусім жінок — відчувати нездатність або небажання їсти [56].

На відміну від анорексії нервової, прояви якої можна простежити впродовж багатьох історичних епох, булімія нервова вважається значно більш сучасним явищем. Уперше її було описано в 1979 році британським психіатром Джеральдом Расселом, який визначив булімію як окремий варіант анорексії нервової [44].

Рассел звертав увагу на те, що переїдання з подальшим викликанням блювання згадувалося ще в античних джерелах. За історичними свідченнями, деякі римські імператори навмисно викликали блювання після надмірного споживання їжі, а практика очищення була поширена в Давньому Єгипті, Греції, Римі та Аравії. Там вона використовувалася з профілактичною метою — вважалося, що очищення запобігає хворобам, пов'язаним із прийомом їжі. Очищення також призначалося лікарями як лікувальний засіб [65;66].

Попри це, сам Рассел припускав, що такі епізоди не можна прямо співвідносити з сучасною булімією нервовою, вважаючи її культурно зумовленим розладом, властивим пізньому ХХ століттю. Проте деякі дослідники заперечують цю позицію, стверджуючи, що описані історичні практики можуть розглядатися як ранні варіанти булімічної поведінки. Подібно до ранніх випадків анорексії, вони ще не містили сучасного мотиву прагнення до худорлявості, але демонстрували характерну патернність — цикли надмірного споживання їжі та її навмисного позбавлення.

Одним з найраніших клінічних випадків, що виразно нагадує сучасну булімію нервову, є опис пацієнтки на ім'я Надія, наведений П'єром Жане у 1903 році. У неї спостерігалися обмеження в харчуванні, виражений страх набрати вагу та епізоди компульсивного переїдання — симптоми, які сьогодні чітко асоціюються з булімією нервовою [47].

Важливі згадки про поведінку, подібну до сучасної булімії нервової, з'являються у психіатричній літературі другої половини ХХ століття. У 1960 році американські психіатри Блісс і Бранч опублікували серію клінічних спостережень, у яких описували пацієнтів з епізодами компульсивного переїдання та самовикликаного блювання. У 1970-х роках німецький психіатр

Зьолко представив власні клінічні описи пацієнтів з нав'язливим споживанням їжі, очищувальною поведінкою та зростаючою стурбованістю вагою [52]. Ці роботи окреслили поведінкові патерни, що сьогодні чітко асоціюються з булімією нервовою.

Переломним моментом у науковому розумінні цього розладу стала публікація Джеральда Рассела у 1979 році [65;66]. У серії з 30 клінічних випадків він показав, що самовикликане блювання після епізодів переїдання є не випадковою поведінкою, а стійким синдромом, який хоч і поділяє з анорексією нервовою страх набрати вагу, але має власну динаміку та симптоматику. У цій праці Рассел запропонував назву *bulimia nervosa*, а стаття отримала промовистий заголовок: «*Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*».

У цей самий період, у 1976 році, Крістофер Ферберн зіткнувся з одним із ранніх випадків булімії нервової та розпочав систематичне вивчення цього стану, що згодом привело до розробки перших ефективних психологічних підходів до лікування [52].

Таким чином, хоча поодинокі описи переїдання з подальшим очищенням траплялися й раніше, саме друга половина ХХ століття стала періодом, коли булімія нервова була вперше виокремлена, описана як самостійний клінічний синдром і поступово визнана поширеним розладом харчової поведінки.

Так, Абсалямова Л.М. розглядає харчову поведінку як складну систему звичних дій, ставлень, емоційних та когнітивних проявів, пов'язаних із процесом приймання їжі. Вона охоплює не лише механічний акт споживання, але й сукупність смакових переваг, стереотипних харчових моделей, індивідуально сформованих режимів, а також усвідомлених або неусвідомлених дієтичних правил, яких дотримується людина у повсякденному житті. У цьому контексті харчова поведінка виступає важливою міждисциплінарною категорією, що поєднує біологічні, психологічні, соціальні та культурні характеристики особистості [5].

З позицій сучасної науки харчова поведінка не є лише способом задоволення енергетичної потреби. Вона включає цілий комплекс емоційних переживань та інтерпретацій, що виникають під час контакту з їжею. Процес харчування виконує регуляційну функцію, впливаючи на емоційний стан, рівень стресу, міжособистісні взаємодії та навіть самооцінку. У цьому сенсі взаємозв'язок між споживанням їжі та внутрішніми психічними процесами є двостороннім: їжа одночасно задовольняє потреби та трансформує їх, формуючи індивідуальні патерни поведінки, властиві кожній людині.

Розрізняють адекватну (гармонійну) харчову поведінку, яка відповідає біологічним і психологічним потребам, і девіантну (дисгармонійну), що характеризується відхиленнями від норми. Девіантні форми можуть проявлятися як хаотичне поєднання харчових обмежень, емоційного переїдання, порушень самоконтролю або нав'язливих дієтичних практик. Їх походження охоплює широкий спектр детермінант — від сформованої в дитинстві ролі їжі до значення, яке особистість надає зовнішності, масі тіла та образу себе [5].

Біологічна потреба в їжі є фундаментальною для виживання людини, оскільки саме споживання поживних речовин забезпечує вироблення енергії, підтримку гомеостазу, клітинну регенерацію та виконання всіх фізіологічних процесів. У концепції А. Маслоу харчування віднесено до первинних фізіологічних потреб, і без його задоволення неможливе виникнення та функціонування потреб вищого порядку [5].

Попри біологічну природу цього процесу, у сучасному суспільстві спостерігається тенденція до надмірного споживання калорій, що не відповідає реальним енергетичним витратам. Як наслідок, харчування часто виходить за межі фізіологічного критерію «достатності» і стає поведінковим актом, опосередкованим емоційними та соціальними мотивами.

Психологічні механізми займають центральне місце у формуванні харчової поведінки людини. Для немовляти акт годування є не лише способом насичення, але й першою формою контакту з матір'ю, що визначає базове

відчуття безпеки, любові та прийняття. Від того, наскільки гармонійно та емоційно насичено проходять ранні етапи годування, залежить подальший розвиток ставлення до їжі як до символу турботи і захисту.

Психоаналітична традиція (З. Фрейд, К. Абрахам) підкреслює важливість оральної стадії розвитку, де порушення у взаємодії «мати — дитина» можуть спричиняти оральну фрустрацію, що надалі проявиться у тенденції до переїдання, зворотної реакції у вигляді відмови від їжі або амбівалентного ставлення до годування [5].

Такі порушення можуть проявлятися в: швидкому ковтанні їжі, без відчуття насичення; соматичних реакціях (блювання, спазми шлунка); формуванні тривожності, пов'язаної з процесом споживання їжі або патологічному прагненні контролювати масу тіла.

Розлади харчової поведінки (РХП) являють собою групу психічних порушень, при яких спостерігається стійке викривлення харчових установок, емоційного ставлення до їжі та контролю за масою тіла. До найбільш поширених відносять:

- нервову анорексію,
- нервову булімію,
- компульсійне переїдання,
- також виділяють гіперфагію.

Ці розлади мають значний негативний вплив на соматичний стан, емоційне благополуччя та соціальне функціонування особистості.

Гіперфагія — це розлад, що характеризується патологічно підвищеним апетитом та неконтрольованим споживанням їжі. Найчастіше вона виникає після психоемоційних потрясінь, коли їжа починає виконувати функцію емоційного знеболення і стає способом тимчасового зниження внутрішньої напруги.

Виокремлюють наступні типи гіперфагії: 1) стресова — реакція на психологічну фрустрацію; 2) циркадна — нічне переїдання у зв'язку з порушенням сну; 3) гедоністична — споживання їжі задля емоційного

задоволення; 4) ендокринна — спричинена гормональними порушеннями; 5) дзеркальна — наслідування харчової поведінки оточення.

Гіперфагія проявляється у швидкому поглинанні великих обсягів їжі, відчутті втрати контролю та неможливості самотійно припинити прийом їжі [6].

Також існують об'єктивні та суб'єктивні епізоди переїдання. Суб'єктивні епізоди спрямовані на невеликі порції «заборонених» продуктів (солодке, тістечка); Об'єктивні — на великі об'єми їжі, наприклад ціла піца, десятки хлібців, кілька великих шматків торта. Особливою формою є грейзинг (англ. grazing) — постійне «перекушування» малими порціями протягом дня, що призводить до надмірного калорійного навантаження.

В науковій літературі виокремлюються психологічні тригери гіперфагії, як от:

1. дієти та тривале обмеження харчування;
2. голод;
3. негативні емоції;
4. алкоголь;
5. міжособистісні конфлікти;
6. інформаційний вплив медіа.

Тож, переїдання може виконувати функцію емоційної «анестезії», знижуючи інтенсивність негативних переживань, але водночас створює нові проблеми [6].

Гіперфагія часто поєднується з різними симптомами: депресією (близько 60% випадків), генералізованим тривожним розладом, панічними атаками, obsesивно-компульсивними розладами, розладами особистості (імпульсивність, нестійкість афекту).

Сукупність цих чинників створює хронічний патологічний цикл, який потребує комплексної психотерапевтичної та медичної корекції.

Анорексія визначається як психічний розлад, що супроводжується патологічним страхом погладшати, нав'язливим бажанням зменшити масу

тіла, обмеженням харчування або повною відмовою від їжі. Вона є одним із найбільш небезпечних видів РХП, оскільки має високий рівень смертності — близько 20% [5].

Понад половину летальних випадків становлять суїциди, тоді як інші можуть бути наслідком тяжких порушень серцево-судинної та інших систем організму. За статистикою, приблизно 15% жінок, які часто практикують дієти або крайнє обмеження харчування, надалі розвивають анорексію або інші психічні захворювання [2;4;5].

Найбільш уразливими у цьому контексті стають підлітки та молоді дівчата.

Типи анорексії:

1. Невротична — пов'язана з гострими негативними емоціями.
2. Нейродинамічна — розвивається під впливом сильних больових стимулів.
3. Нервово-психічна (кахексія) — виникає внаслідок психічних захворювань, фобій, нав'язливих ідей схуднення.

Анорексія руйнує механізми фізіологічного регулювання апетиту і формує «замкнене коло»: чим більше людина голодує, тим сильніше пригнічуються центри апетиту, і тим складніше їй повернутися до здорового харчування.

Булімія характеризується циклічними епізодами:

1. неконтрольованого переїдання,
2. компенсаторної поведінки (блювання, голодування, проносні, діуретики, надмірні фізичні навантаження).

Людина може споживати величезні кількості їжі протягом короткого часу, втрачаючи контроль і відчуваючи сильний внутрішній дискомфорт. Після епізоду переїдання виникають провина, сором і прагнення «нейтралізувати» наслідки. Булімія нерідко поєднується зі стресом, депресивними станами та хронічною тривожністю. Н.Ф. Шевченко описує її як залежність від їжі, здатну зумовлювати до 20 прийомів їжі на добу [37].

Компульсійне (психогенне) переїдання — це розлад, при якому споживання їжі відбувається як відповідь на емоційні подразники, зокрема стрес. На відміну від булімії, компульсійне переїдання не супроводжується очисною поведінкою або надмірним спортом [13;25]. Форми прояву даного переїдання: епізодичні напади; регулярна імпульсивна гіперфагія.

У науковій літературі описано й інші форми РХП, серед яких: 1) орторексія; 2) дранкорексія; 3) вибірково-обмежене харчування; 4) алотриофагія; 5) прегорексія.

## **1.2. Соціокультурні фактори впливу на формування харчових звичок**

На основі аналізу результатів дослідження Jepsen Trangsrud, L. K., Borg, M., Bratland-Sanda, S., & Klevan, T. (2023) можна стверджувати, що взаємодія з природою відіграє значущу роль у процесах відновлення осіб із розладами харчової поведінки. Автори показують, що природа функціонує як безпечний, менш вимогливий і сенсорно насичений простір, який сприяє зниженню дистресу та формує можливості для саморегуляції, самопомоги та рефлексивної присутності.

Центральним висновком роботи є те, що взаємодія з природою допомагає долати дихотомію «тіло–розум», властиву багатьом особам із РХП. Тілесні переживання — особливо через контакт із землею, рух і сенсорне заглиблення в природне середовище — підтримують відновлення зв'язку зі своїм тілом, зміщення фокусу з патологічних думок та переживань на зовнішні, стабілізуючі стимули. Це поєднує тілесний та психологічний виміри відновлення, роблячи його більш інтегрованим та екзистенційно вкоріненим. Дослідження також підкреслює, що відновлення при РХП є тривалим процесом, який виходить за межі клінічних інтервенцій і відбувається у повсякденному життєвому контексті. Автори переконливо демонструють, що природа може виконувати функцію «перепочинку» від внутрішнього хаосу,

створюючи умови безумовного прийняття, відсутності оцінювання та м'якого повернення до тілесності. Такий підхід розширює сучасні уявлення про реляційне відновлення, додаючи до традиційних соціальних вимірів ще й вимір людино-природної взаємодії.

Таким чином, результати Jepsen Trangsrud та співавт. поглиблюють розуміння відновлення при РХП як багатовимірного процесу, що включає тілесний, психологічний, екзистенційний і екологічний компоненти. Це підкреслює важливість інтеграції тілесно-орієнтованих і природоорієнтованих практик у сучасні моделі підтримки та терапії осіб із розладами харчової поведінки [54].

Розлади харчової поведінки (РХП) є поліфакторними порушеннями, в основі яких лежить взаємодія психологічних, емоційних, соціокультурних та біологічних детермінант. Сучасні дослідження підтверджують, що жоден окремий чинник не здатний самотійно спричинити розвиток патологічних харчових моделей; натомість РХП формуються на перетині особистісних особливостей індивіда, динаміки його внутрішнього світу та соціальних впливів, серед яких особливе місце займає культура харчування, ідеали зовнішності та міжособистісні відносини [1;5;6].

На формування харчових установок впливають:

- сімейні норми харчування;
- релігійні та етнокультурні моделі;
- економічні умови;
- соціальні очікування щодо зовнішності;

Їжа стає складовою багатьох соціальних процесів: святкувань, зустрічей, переговорів, ритуалів переходу тощо.

Важливе місце серед причин РХП посідають психологічні механізми, які визначають індивідуальну реакцію людини на стресові події, емоційні переживання та соціальний тиск. Значний обсяг емпіричних даних свідчить, що люди з підвищеною емоційною чутливістю, нестійкою самооцінкою та схильністю до внутрішньої критики частіше формують патологічні харчові

моделі [9;12]. Розлад стає способом регуляції внутрішніх конфліктів, заміщення емоційних потреб та зниження психічного напруження.

Однією з центральних психологічних передумов є порушення самооцінки. Багато осіб із РХП демонструють залежність власної цінності від зовнішності, маси тіла та відповідності соціальним стандартам краси. Це створює ґрунт для надмірної самокритики, тривоги та нав'язливого прагнення контролювати харчову поведінку як спосіб досягнення бажаного ідеалу [21].

Характерним механізмом є також емоційне харчування, що виникає в ситуаціях стресу, фрустрації, почуття самотності або емоційного спустошення. Їжа в цьому контексті виконує роль регулятора емоцій, «замінюючи» відсутність підтримки або неможливість конструктивно проявити негативні емоції. У дослідженнях показано, що навіть короточасне покращення настрою після переїдання закріплює дисфункціональну модель, перетворюючи її на домінуючий спосіб самозаспокоєння [34].

Не менш важливими є травматичні переживання, що також становлять значний ризик для формування РХП. Йдеться не лише про тяжкі психологічні травми (втрата, насильство, приниження), а й про емоційну депривацію в дитинстві, недостатність батьківської підтримки, гіперконтроль або відсутність прийняття. Доведено, що особи з дитячим досвідом нестачі емоційної уваги частіше використовують їжу як заміник почуття безпеки, відтворюючи ранні патерни прив'язаності [11].

Значну роль відіграють також когнітивні викривлення, серед яких:

- «чорно-біле» мислення («або ідеально, або ніяк»),
- катастрофізація («якщо я з'їла зайве — усе втрачено»),
- персоналізація («усі оцінюють мене за моєю вагою»),
- надгенералізація («я завжди буду товста»).

Ці когнітивні схеми підтримують деструктивні харчові моделі та ускладнюють повернення до здорової поведінки [11].

Одним із найважливіших психологічних чинників РХП є дефіцит навичок емоційної регуляції. Переїдання, голодування або компенсаторні дії

виступають формами психічного «самолікування», що дозволяють тимчасово зменшити інтенсивність негативних емоцій. Можна виокремити кілька базових сценаріїв:

1. "Харчова анестезія" — їжа використовується як спосіб зменшити тривогу або напруження.
2. "Емоційне заповнення порожнечі" — їжа компенсує нестачу радості чи підтримки.
3. "Покарання через голодування" — характерно для анорексії; голод стає способом самопокарання або контролю.
4. "Емоційне звільнення" — епізод переїдання проявляється як «вихід» емоційної напруги.

Недосконалість емоційної регуляції пояснюється не лише особистісними рисами, але й взаємодією з батьківськими моделями, у яких харчування часто було інструментом заохочення, покарання або контролю [26].

Наукові джерела вказують на низку особистісних характеристик, що підвищують імовірність формування розладів:

- перфекціонізм, зокрема вимоги до себе бути «ідеальною» у всьому;
- високий рівень тривожності, який призводить до постійного контролю за харчуванням;
- імпульсивність — характерна для булімії та компульсійного переїдання;
- емоційна нестійкість;
- залежність від думки інших, що формує сильний страх негативної оцінки;
- низький рівень усвідомленості тіла (body awareness) [34].

Соціальне середовище формує контекст, у якому розвивається ставлення до харчування та зовнішності. У сучасній культурі домінують ідеали «тонкого тіла», які активно транслуються через медіа, соціальні мережі, рекламу та кіноіндустрію. Цей тип соціального тиску створює хронічне відчуття невідповідності власного тіла нормам, що підсилює ризик формування РХП [35;36].

Одним із найбільш значущих соціальних факторів, що детермінує розвиток розладів харчової поведінки, є тиск культурних стандартів зовнішності. Упродовж останніх десятиліть у суспільній свідомості активно підтримується концепт "ідеального тіла", структурований навколо граничної худорлявості та мінімального відсотка жирової тканини. ЗМІ, реклама, телеіндустрія та соціальні мережі формують потужну інформаційну хвилю, яка нав'язує жінкам (і, все частіше, чоловікам) стандартизований образ фізичної привабливості [16].

Такі моделі не тільки задають недосяжні еталони краси, але й посилюють відчуття неадекватності, сорому та невдоволення власною зовнішністю. Візуальні медіа, зокрема Instagram, TikTok та інші платформи, впливають на самосприйняття через постійне порівняння з ідеалізованими образами. Дослідження свідчать, що регулярний перегляд контенту, пов'язаного з тілесністю, дієтами або фітнесом, суттєво підвищує ризик виникнення тривожних думок про масу тіла та стимулює формування патологічних харчових стратегій [16].

Ідеалізація "худорлявості як норми" зумовлює депривацію власної тілесності, прагнення до надмірного контролю та відмови від природних потреб організму. Особливо вразливою категорією є підлітки, які перебувають у процесі формування ідентичності. Соціальні мережі для них не лише джерело інформації, але й арена самопрезентації. Постійний тиск нормативної краси та цифрової порівняльності (comparison culture) стає серйозним тригером для розвитку РХП у ранньому віці [16].

Розлади харчової поведінки значною мірою пов'язані з соціально сконструйованими гендерними очікуваннями. У більшості культур жіноча тілесність розглядається як об'єкт оцінювання, що обумовлює підвищений рівень тривоги щодо зовнішності. Дівчата з раннього дитинства чують коментарі про вагу, тіло, дієти, «правильні» форми, що формує внутрішній сценарій постійного контролю. Тому не дивно, що жінки у 8–10 разів частіше стикаються з РХП, ніж чоловіки [16]. У той же час, сучасні трансформації

гендерних ролей призвели до появи нової тенденції: зростає кількість чоловіків із порушеннями харчової поведінки — зокрема, орторексією, м'язовою дисморфією та компульсійним переїданням. Для чоловіків визначальними стають очікування щодо "атлетичного" або "мускулистого" тіла, що також створює ризиковий фон для розвитку РХП [16].

Сімейні стосунки істотно впливають на формування харчових моделей. Дисфункційні сімейні патерни, такі як: надмірний контроль; критика зовнішності; жорсткі харчові правила; гіперопіка; емоційна дистанція, можуть стати потужними тригерами порушень харчової поведінки [6].

Дослідження підтверджують, що сім'ї з високим рівнем тривожності, конфліктності або «непроговорених» емоцій часто передають дітям порушені моделі емоційної регуляції та спотворене уявлення про тіло. Сім'я є первинним соціальним середовищем, де формуються базові харчові патерни, стилі емоційної регуляції та ставлення до власного тіла. У наукових джерелах описано кілька сімейних факторів, що сприяють розвитку РХП:

#### 1. Гіперконтроль та регламентація харчування

Коли батьки нав'язують жорсткі правила («їсти потрібно все до кінця», «солодке тільки за хорошу поведінку»), у дитини формується зовнішня мотивація харчування, що згодом перероджується в неконтрольовані епізоди переїдання або відмови від їжі [21].

#### 2. Критика та акцент на вазі

Часті зауваження щодо зовнішності, порівняння з іншими дітьми, висміювання ваги — це один із найсильніших предикторів формування анорексії та булімії у підлітків [21].

#### 3. Емоційна холодність або дистанція

Діти, що зростають без достатнього емоційного тепла, частіше формують емоційне харчування як спосіб компенсувати дефіцит прихильності [21].

#### 4. Амбівалентні ролі або конфлікти в сім'ї

У родинях, де спостерігається постійна напруга, приховані конфлікти або емоційно нестабільні відносини між батьками, харчові порушення можуть виникати як форма психологічного протесту або спосіб привернути увагу [21].

#### 5. Моделювання харчової поведінки

Діти значною мірою копіюють поведінку дорослих. Якщо мати постійно сидить на дістах, висловлює незадоволення власним тілом чи демонструє епізоди емоційного переїдання, ймовірність того, що дитина перейме ці моделі, надзвичайно висока [21].

Соціально-економічний статус впливає на харчову поведінку через доступність продуктів, особливості харчової культури, стресові фактори та стиль життя. Низький економічний статус може стимулювати емоційне та компульсійне переїдання через постійний стрес та нестабільність, тоді як високий статус іноді асоціюється з орторексичними тенденціями — надмірною фіксацією на «здоровому» харчуванні [22]. Особливу увагу привертає зв'язок між соціальною нерівністю та поширенням нічного переїдання (циркадної гіперфагії), коли людина вживає більшість їжі у вечірній або нічний час як реакцію на втому та емоційне виснаження [6].

У контексті психосоціальної адаптації важливим фактором є наявність або відсутність ефективних стратегій подолання стресу. Недостатність навичок саморегуляції, уникнення емоцій, схильність до прокрастинації або емоційного пригнічення збільшують ризик того, що їжа стане основним способом зниження напруги.

Наявність емоційної та соціальної підтримки з боку друзів, родини чи соціальних інститутів є важливим захисним фактором. Люди, які почуваються емоційно ізольованими, частіше вдаються до харчових способів регуляції або самоконтролю, в той час як особи з високим рівнем соціальної підтримки демонструють нижчу вразливість до РХП.

Культурні норми та релігійні традиції значною мірою формують ставлення до їжі, визначаючи допустимі продукти, особливості приготування, ритуали харчування та загальні уявлення про тіло і контрольо-оцінні

практики. У багатьох культурах їжа має символічний характер — вона може виступати знаком гостинності, благословення, чистоти або, навпаки, бути інструментом самообмеження у вигляді постів та релігійних практик [11]. Культурні моделі також регулюють соціальну поведінку щодо харчування: у деяких традиціях висока маса тіла асоціюється з добробутом, у інших — навпаки, пеститься культ стрункості. Саме тому етнокультурне середовище може як знижувати ризик РХП, так і різко його підвищувати. У суспільствах із сильним акцентом на зовнішності та контролі над тілом, де дієтологічна культура домінує в медійному дискурсі, рівень розладів харчової поведінки значно вищий [11]. Дослідники підкреслюють, що релігійні практики посту можуть сприяти розвитку анорексичних тенденцій у людей з високим рівнем перфекціонізму або психологічної вразливості. З одного боку, піст є духовною практикою, але з іншого — він може переходити у патологічне самообмеження, якщо до нього додається невротичний компонент контролю [11].

Сучасна людина стикається з широким спектром соціальних стресорів: високими вимогами до успішності, конкуренцією, нестабільністю економічної ситуації, інформаційним перенавантаженням, професійним вигоранням. У таких умовах механізми психічної саморегуляції часто виявляються недостатніми, що сприяє використанню їжі як способу подолання стресу [35;36].

У наукових роботах описано своєрідний "цикл стресового харчування", у межах якого:

1. людина переживає напруження або тривогу;
2. відчуває сильне бажання з'їсти продукти з високим вмістом цукру чи жиру;
3. у момент споживання відчуває короточасне заспокоєння;
4. після цього — провину або сором;
5. провинна підсилює стрес, запускаючи новий цикл.

Цей механізм особливо характерний для компульсійного переїдання та гіперфагії.

Деякі професії пов'язані з підвищеною вразливістю до формування РХП. До таких належать:

- \* модельний бізнес,
- \* балет та інші види сценічного мистецтва,
- \* спорт високих досягнень (особливо гімнастика, фігурне катання, легка атлетика),
- \* держслужба чи сфери з високим рівнем "вітринності" образу,
- \* медіа та блогерство.

У цих професійних сферах акцент на зовнішності, масі тіла та візуальній презентації об'єктивно вищий, що провокує психологічний тиск та підсилює ризик деструктивних харчових практик [16].

Формування розладів харчової поведінки описується низкою теоретичних моделей, серед яких ключові:

1. Когнітивно-поведінкова модель (Ф. К. Купер, К. Ферберн). Ця модель розглядає РХП як наслідок стійких дисфункційних переконань щодо тіла, ваги та цінності особистості. У центрі — «ядро неадекватності», яке утворює патологічний цикл: негативне самосприйняття → дієтичні обмеження → зрив → провина → нові обмеження.

Цикл зберігає та посилює симптоматику [29].

2. Емоційно-регуляційна модель (С. Хейєс, К. Вілсон). Вона стверджує, що РХП — це спосіб уникнення неприємних емоцій, де їжа або голод стають засобом «внутрішнього контролю». Людина не навчається конструктивній регуляції емоцій, натомість використовує їжу як інструмент психологічної стабілізації.

3. Психодинамічна модель (Г. Бруггеман, Г. Біндер). Розлади харчової поведінки пов'язані з ранніми порушеннями прив'язаності, оральною фрустрацією, несформованою ідентичністю та конфліктами між потребою в

автономії та прагненням до прийняття. Їжа стає символічним об'єктом, що компенсує дефіцит емоційного контакту.

4. Біопсихосоціальна модель (Д. Гарднер, Х. Гілберт). Модель інтегрує генетичні, гормональні, психологічні та соціальні фактори. РХП виникають на перетині спадкових характеристик, темпераменту, стресових подій та соціального контексту.

### **1.3. Визначення взаємозв'язку дитячих травм із розладами харчової поведінки**

Психологічна травма дитячого віку являє собою складний, багатоплановий феномен, що охоплює широкий діапазон несприятливих переживань, здатних істотно вплинути на психоемоційний розвиток та поведінкові особливості дитини. Науковці, зокрема Ізобел С. зі співавторами, визначають психологічну травму в межах сімейних взаємин як подію або обставину, що перевищує межі емоційної стійкості дитини й залишає тривалий деструктивний відбиток на її розвитку та адаптації [51]. До таких впливів можуть належати емоційні, фізичні та сексуальні форми насильства, тривале ігнорування базових потреб, розлука з важливими людьми, тяжкі хвороби, загрозливі події чи стихійні лиха.

Як зазначають Кук А. та інші дослідники, комплексна травма формується тоді, коли дитина систематично або протягом тривалого часу зіштовхується з багаторазовими травматичними ситуаціями, переважно в контексті міжособистісних зв'язків. Такий досвід має накопичувальний ефект і значною мірою визначає траєкторію розвитку дитини [46].

Відомий фахівець у сфері дослідження травми Бессел ван дер Колк наголошує, що травматичний досвід залишає слід не лише у психіці, а й у тілі та мозку: він змінює нейробіологічні реакції, впливає на структури мозку, що відповідають за пам'ять, емоційні процеси та механізми стресу. Травма, особливо у віці активного розвитку нервової системи, може зумовити тривалі зміни в регуляторних системах організму [43]. Гембрік Е. зі співавторами

підкреслюють, що час виникнення травми, її частота та інтенсивність безпосередньо впливають на мозкові структури й подальші когнітивні та емоційні функції [50].

Фізичне жорстоке поводження — один із найбільш поширених та руйнівних варіантів дитячої травми. До нього належать умисні дії дорослого, що завдають шкоди дитині або створюють значний ризик її виникнення: удари, трясіння, кидання, опіки, побиття та будь-які інші форми агресії. Наслідки фізичної травматизації охоплюють не лише тілесні ушкодження, а й психологічні розлади. Діти, які пережили подібне насильство, часто стикаються з посттравматичними симптомами, емоційною нестабільністю, агресивністю, труднощами з концентрацією та зниженою навчальною ефективністю [53]. Хронічний травматичний стрес порушує здатність мозку переробляти нову інформацію, що призводить до погіршення пам'яті та уваги. Особливо згубний вплив мають багаторазові або тривалі фізичні знущання: їхній накопичувальний ефект змінює роботу нервової системи, зокрема ті її ділянки, що відповідають за регуляцію емоцій та реакцій на загрозу.

Емоційне насильство — прихована, але вкрай руйнівна форма травматизації, яка здебільшого не залишає видимих слідів, однак має довготривалі наслідки. Воно включає такі поведінкові прояви, як приниження, ігнорування, знецінення, надмірна критика, погрози, психологічний тиск чи відсутність підтримки. Наслідки цього типу травми часто проявляються у формі заниженої самооцінки, тривожності, депресивних станів, порушення соціальних навичок і труднощів у формуванні довірливих стосунків. На когнітивному рівні діти засвоюють руйнівні переконання про себе: відчуття власної нецінності, непотрібності чи неповноцінності. Ці дисфункційні схеми можуть зберігатися протягом життя й визначати характер міжособистісних відносин [62].

Сексуальна травматизація дітей належить до найбільш глибоких і тяжких форм насильства. Вона може включати будь-які дії сексуального характеру щодо дитини, незалежно від застосування сили чи маніпуляції.

Жертви сексуальної травми часто переживають інтенсивні почуття сорому, провини, відчуття небезпеки та розгубленості. Наслідки можуть охоплювати ПТСР, тривожні та депресивні стани, суїцидальні думки, проблеми у сфері харчової поведінки, порушення формування сексуальності та інтимних стосунків. Особливо травматичними є випадки, коли насильство здійснюється особою, якій дитина довіряє — членом родини, знайомим або авторитетною фігурою [57].

Нехтування потребами дитини — найчастіше зустрічається саме нехтування, хоча ця форма насильства часто залишається непоміченою. Воно проявляється в незадоволенні основних фізичних, емоційних, освітніх чи медичних потреб дитини. Фізичне нехтування виражається через відсутність належного догляду, харчування, одягу чи гігієни. Медичне — у невиконанні рекомендацій лікарів чи відмові від лікування. Освітнє нехтування — у позбавленні дитини доступу до навчання. Емоційне нехтування — це брак тепла, уваги, підтримки, любові та захисту від загроз. Наслідки такого досвіду можуть включати проблеми зі здоров'ям, затримку розвитку, труднощі у формуванні стабільної прив'язаності, емоційну нестійкість, агресивність або соціальну ізоляцію. Хронічне нехтування негативно впливає на функціонування нервової системи та здатність дитини до саморегуляції.

Булінг у дитячому середовищі — це форма систематичного насильства, що проявляється у вигляді фізичної агресії, словесних образ, психологічного тиску, соціального відторгнення або кіберзнущань. Метою булінгу є приниження та домінування над жертвою. Діти, які зазнали булінгу, часто переживають тривожність, сором, соціальну ізоляцію, погіршення самооцінки. У деяких випадках булінг провокує формування симптомів ПТСР, зниження успішності в навчанні, уникання соціальних контактів і погіршення психологічного благополуччя [59].

Втрати близьких людей: Смерть чи раптова втрата важливої особи завжди є глибоко стресогенною подією для дитини. Реакції залежать від віку, типу прив'язаності та рівня підтримки. Дошкільники часто демонструють

регресивні форми поведінки; діти шкільного віку переживають сум, тривогу, порушення уваги; підлітки можуть входити у кризу сенсу життя. Особливо важкими є втрати, що відбуваються раптово або за травматичних обставин. У таких ситуаціях високою є ймовірність розвитку ПТСР, депресії чи тривожних розладів.

Комплексна (кумулятивна) травма — це результат багаторазових, хронічних і міжособистісних шкідливих впливів, які формують глибинні порушення в емоційній, поведінковій, когнітивній та навіть фізіологічній сферах. У дітей формується нестабільне відчуття безпеки, проблеми з регуляцією емоцій, труднощі у стосунках, високий ризик психопатологій, включно з ПТСР, тривожністю, депресією та порушеннями харчової поведінки. Процес одужання після комплексної травми потребує тривалої терапевтичної підтримки, а також створення стабільного та безпечного середовища.

За деякими дослідженнями, були виявлені кореляції між дитячими травмами та розладами харчової поведінки. Так, Т. Бревертон в своїй статті дійшов висновку, що негативні події дитячого віку та інші форми психотравмуючих переживань надзвичайно часто фіксуються серед людей, які мають розлади харчової поведінки (РХП). Взаємозв'язок між Несприятливими досвідами дитинства (АСЕ) та РХП, а також механізми, через які ці фактори взаємно підсилюють один одного й можуть зрештою призвести до передчасної смертності, доцільно розглядати крізь призму моделі АСЕ-піраміди (малюнок 1). Ця модель демонструє поступову ескалацію проблем — від ранніх уразливих чинників до тяжких наслідків. У контексті розладів харчової поведінки кожен рівень АСЕ-піраміди має власне значення та перетинається з травмоасоційованими розладами, зокрема з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). До цих рівнів належать:

1. Генетичні передумови та міжпоколінна (історична) травматизація, що проявляється через епігенетичні механізми.

2. Соціальне середовище та локальний контекст, які можуть одночасно виступати як факторами ризику, так і захисними чинниками.

3. Безпосередні ACE-події, що слугують тригерами розвитку психологічної патології.

4. Порушення формування мозку, спричинені ранніми стресовими впливами.

5. Дефіцити у соціальному, емоційному та когнітивному розвитку.

6. Схильність до небезпечної або самоушкоджувальної поведінки, яка часто стає способом регуляції внутрішньої напруги.

7. Зростання поширеності психічних і соматичних розладів, інвалідності та соціальних труднощів.

8. Підвищений ризик передчасної смерті, що може бути пов'язаний як із самогубством, так і з тяжкими медичними ускладненнями РХП.

Глибше усвідомлення того, як ці ланки впливають одна на одну, може сприяти покращенню профілактичних стратегій, підвищенню ефективності скринінгу та розробці більш цілісних і комплексних підходів до лікування на всіх етапах допомоги [68].



Рис.1.1. Піраміда життя

За іншими вченнями, негативні події дитячого віку (АСЕ), зокрема різні форми насильства, розглядаються як суттєва загроза системі громадського здоров'я, оскільки вони асоціюються з численними психологічними та соматичними проблемами у дорослому житті. У даному дослідженні здійснювалося порівняння показників АСЕ у групі дорослих пацієнтів із розладами харчової поведінки, які проходили лікування, з національно репрезентативною вибіркою. Результати засвідчили, що особи з РХП значно частіше повідомляли про високі рівні негативних переживань у дитинстві.

У вибірці пацієнтів із розладами харчової поведінки жінки частіше, ніж чоловіки, вказували на випадки сексуального насильства у своєму минулому. Аналіз дозволив виокремити чотири групи АСЕ, які відповідали чотирьом різним кластерам відповідей у межах опитувальника. Було встановлено, що люди з розладом переїдання демонстрували вищі показники АСЕ порівняно з тими, хто мав діагноз нервової анорексії обмежувального типу. Крім того, пацієнти з діагнозом інших специфічних розладів харчування або харчової поведінки частіше характеризувалися більш вираженою сімейною дисфункційністю, ніж особи з анорексією обмежувального типу.

Отримані дані підкреслюють необхідність рутинного скринінгу негативних дитячих досвідів серед людей із розладами харчової поведінки як важливої складової стандартної медичної практики. У ширшому контексті створення безпечного та підтримувального середовища для дітей може суттєво знизити ймовірність розвитку різноманітних серйозних розладів, включно з патологією харчової поведінки [64].

#### Висновки до 1 розділу

Розлади харчової поведінки формуються під впливом широкого комплексу взаємодіючих чинників: психологічних, сімейних, соціальних, культурних, економічних та медійних. Кожен з них не діє ізольовано; навпаки — їх сукупність створює унікальний патерн ризику для конкретної особистості. Ключовими тригерами РХП виступають порушення емоційної

регуляції, негативний образ тіла, низька самооцінка, стресові впливи, соціальні стандарти зовнішності, дисфункційні сімейні моделі та відсутність підтримувальних соціальних зв'язків. Розуміння багатовимірної природи цих чинників є важливим для визначення подальших стратегій психотерапевтичної, профілактичної та соціальної допомоги особам із порушеннями харчової поведінки.

## РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ

### 2.1. Організація дослідження

З метою вивчення психологічних особливостей харчової поведінки сучасного суб'єкта, дослідження причин виникнення розладів харчової поведінки, зокрема впливу виховання та дитячих травм, на формування харчових звичок і поведінки в дорослому віці, було проведено дослідження. Емпіричне дослідження проводилося протягом листопада - серпня 2024-2025 рр. онлайн за допомогою Google форм.

Для досягнення окресленої мети сформовано наступні завдання:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення та класифікації порушень харчової поведінки.
2. Визначити зв'язок між імпульсивністю та типами харчової поведінки (емоційною, зовнішньою, обмежувальною).
3. Проаналізувати взаємозв'язки між харчовими установками, емоційним переїданням, імпульсивністю та самотністю
4. Встановити психологічні чинники ризику порушень харчової поведінки у сучасної людини.

Сформовані завдання дозволили структурувати хід дослідження.

На етапі попереднього аналізу було здійснено опис розподілу учасників дослідження за статтю та віковими показниками. Загальна кількість респондентів становила 52 особи, серед яких 42 жінки (80,8%) та 10 чоловіків (19,2%). Таким чином, вибірка має яскраво виражену гендерну диспропорцію на користь жіночої статі (рис. 2.1).

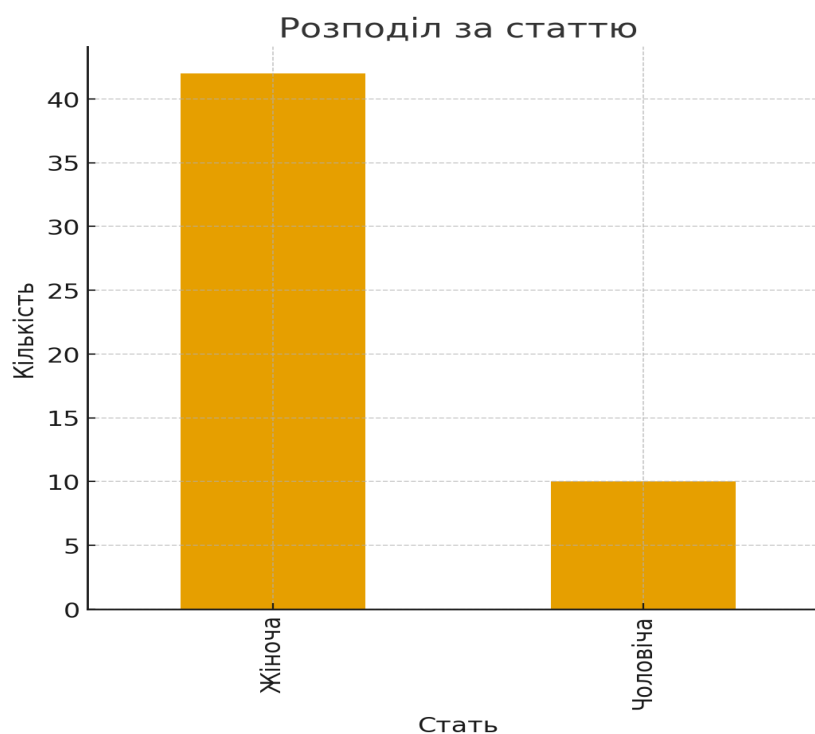


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Подальший аналіз показав відмінності у вікових характеристиках респондентів різної статі. Середній вік жінок становить 31,6 року ( $SD = 11,3$ ), тоді як у чоловіків – 27,0 років ( $SD = 8,5$ ). У жінок спостерігається значно більший розкид вікових значень – від 17 до 52 років, тоді як чоловіки представлені переважно у віковому діапазоні 19–27 років, з окремими випадками більш зрілих респондентів (до 48 років). Медіанний вік жінок становить 28,5 років, чоловіків – 25 років.

Додатково побудована гістограма (рис. 2.2) засвідчує, що найбільш чисельно представленою є молода група респондентів (20–27 років), яка охоплює як чоловіків, так і жінок. Для жіночої підвибірки характерна наявність ще одного вираженого піку у віці 45–52 років, тоді як чоловіки цієї вікової категорії трапляються значно рідше.

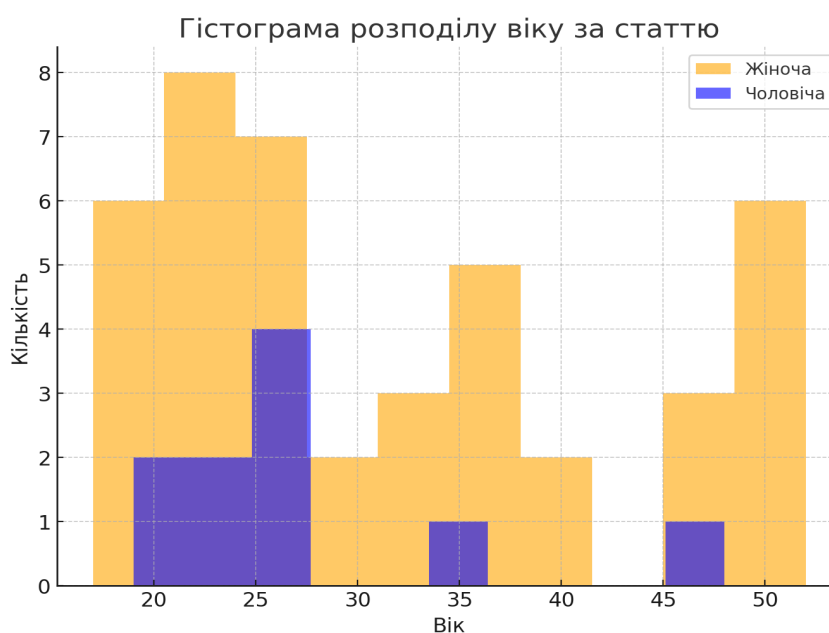


Рис. 2.2. Гістограма розподілу віку з поділом за статтю

Таким чином, аналіз вибірки виявив дві тенденції:

- Гендерна диспропорція – жінки суттєво переважають у дослідженні.
- Двоїстість вікової структури – виділяються дві основні вікові групи: молода (20–27 років, що включає обидві статі) та зріла (45–52 роки, представлена переважно жінками).

Крім цього вивчено наукову літературу на предмет вивчення психологічних аспектів харчової поведінки, підібрано психодіагностичний інструментарій.

Наступним етапом стало проведення експериментального дослідження, що дозволило виокремити ключові шкали за обраними методиками.

На останньому етапі здійснено аналіз та інтерпретація отриманих результатів та зроблено висновки.

## 2.2. Методи дослідження

Для реалізації емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення психологічних особливостей розладів харчової поведінки як соціально-психологічного феномену сучасності, був сформований багаторівневий психодіагностичний комплекс. Добір методик здійснювався відповідно до мети та завдань, що передбачає аналіз харчових установок, індивідуально-

психологічних властивостей, емоційних станів та стратегій адаптації особистості. Зазначений комплекс включає чотири інструменти, що забезпечують комплексність і глибину оцінювання феномену розладів харчової поведінки.

#### *Методика Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)*

Один із найбільш апробованих та валідизованих опитувальників для скринінгової діагностики розладів харчової поведінки – EAT-26 – був розроблений D.M. Garner у межах досліджень, присвячених вивченню психопатології харчової поведінки. Спершу тест включав 40 пунктів, однак з метою оптимізації та забезпечення високої внутрішньої узгодженості його було скорочено до 26 тверджень. На сьогодні EAT-26 є міжнародним стандартом для виявлення ризиків формування анорексії, булімії, орторексії та низки змішаних форм харчових порушень.

Методика оцінює як поведінкові прояви, так і когнітивно-емоційні детермінанти прийому їжі, що відображають ступінь інтродекції соціальних вимог до зовнішності, силу страху перед збільшенням ваги та інтенсивність самоконтролю. У структурі опитувальника виокремлюють три субшкали, кожна з яких відображає ключові аспекти порушеної харчової поведінки:

#### - Субшкала «Захоплення дієтами»:

Ця шкала вимірює ступінь когнітивної фіксації на контролі ваги, прагнення відповідати соціальним тілесним стандартам, а також участь у частих або надмірно жорстких дієтах. Показники за даною субшкалою тісно корелюють із проявами анорексичної поведінки та дисморфофобічними переживаннями.

#### - Субшкала «Булімія»:

Охоплює прояви неконтрольованого переїдання, імпульсивних харчових актів, емоційних зривів та компенсаторної поведінки (посттравматичні очищення, фізичні перевантаження, викликана блювота). Високі значення свідчать про наявність патернів, властивих булімічному спектру розладів.

- Субшкала «Оральний контроль»:

Дозволяє оцінити рівень самоконтролю, напруження, пов'язаного з прийомом їжі, та схильність до поведінкових обмежень. Шкала є особливо інформативною для диференціації ситуаційного та стійкого харчового самоконтролю.

Оцінювання здійснюється відповідно до офіційного ключа, а сумарний бал  $\geq 20$  традиційно розглядається як індикатор підвищеного ризику формування РХП. У контексті сучасного соціокультурного середовища, яке пропагує стандартизовані ідеали зовнішності, високі показники ЕАТ-26 можуть свідчити про внутрішню конфліктність та психологічну напругу, пов'язану з образом тіла.

ЕАТ-26 широко використовують у клінічній, консультативній, науково-дослідницькій та профілактичній практиці. У сучасних умовах, коли соціальні мережі формують викривлені стандарти краси, а масмедійна культура продукує ідеали «худого тіла», зростає кількість людей, що потрапляють у ризикову групу щодо розвитку РХП, не усвідомлюючи цього. Саме тому ЕАТ-26 виконує роль не лише діагностичного інструменту, а й соціально-важливого механізму виявлення схильності до харчових порушень.

Схема оцінювання пунктів із 1-го до 25-го: «завжди» – 3, «як правило» – 2, «часто» – 1, «інколи», «рідко», «ніколи» – 0. 26-й пункт має зворотню логіку: «ніколи» – 3, «рідко» – 2, «інколи» – 1, інші варіанти – 0.

Інтерпретація балів здійснюється за наступною шкалою:

0–15 – низька ймовірність порушень харчової поведінки;

16–30 – помірно знижена ймовірність;

31–45 – середній ризик;

46–60 – підвищений;

61–75 – високий ризик.

При цьому високі бали не завжди вказують саме на клінічний розлад, проте свідчать про виражену занепокоєність масою тіла, дієтами та зовнішністю, що є типовими маркерами сучасної культури худорлявості.

Важливо зазначити, що високі бали за тестом можуть свідчити про: внутрішній конфлікт між тілесністю та «Я-концепцією», когнітивну ригідність у питаннях харчування, дисфункціональні переконання щодо контролю, успіху та самодисципліни, прагнення «заслужити прийняття» через зміну тіла, емоційну залежність від процесу самообмеження.

Сучасні дослідження доводять, що у частини людей високий контроль за харчуванням може виступати специфічною формою психологічного захисту, спрямованого на уникнення стресу, тривоги або невизначеності. У таких випадках процес «контролю ваги» стає субститутом контролю над власним життям. Таким чином, EAT-26 дозволяє оцінити не лише харчову поведінку, але й глибинні механізми емоційного функціонування.

*Нідерландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).*

DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire), розроблений голландськими дослідниками T. Van Strien та C.P. Herman, належить до методик, які дозволяють диференційовано вивчити механізми, що регулюють харчову поведінку. На відміну від багатьох інших інструментів, DEBQ зосереджується не на загальних харчових патернах, а саме на психологічних факторах, які детермінують вибір харчової поведінки в ситуаціях різної емоційної насиченості та зовнішніх впливів.

Опитувальник включає три поведінкові моделі, що розглядаються в сучасній психології як ключові предиктори порушень харчування.

1. «Обмежувальна харчова поведінка», що відображає свідомий та цілеспрямований контроль прийому їжі. Йдеться про тенденцію до хронічних дієт, постійних обмежень, відмови від певних груп продуктів. Наукові дані свідчать, що саме ця форма контролю часто є непрямим провокатором подальших зривів та епізодів переїдання, тобто має парадоксальний ефект.

2. «Емоційне харчування», яке характеризується тим, що їжа виступає реакцією на негативний емоційний фон: тривогу, смуток, нудьгу, фрустрацію. У дослідженнях розладів харчової поведінки емоційне переїдання

розглядається як один із найпотужніших чинників, що підтримують порочне коло «переживання – переїдання – провина».

3. «Екстернальне харчування» провокується зовнішніми стимулами: запахами, виглядом їжі, спостереженням за іншими людьми, що їдять, або ж рекламою. У суспільстві надлишкової візуальної стимуляції цей тип поведінки надзвичайно поширений.

DEBQ забезпечує глибоку диференціацію психологічних факторів, які визначають реакцію людини на їжу, що робить його важливим інструментом для аналізу РХП у контексті сучасних соціокультурних умов.

Опитувальник включає 33 пункти з п'ятьма варіантами відповіді («ніколи» – «дуже часто»). Кожна відповідь кодується від 1 до 5, за винятком 31-го питання, що має зворотну шкалу.

Підрахунок проводиться шляхом усереднення балів у межах кожної субшкали. Середні нормативні значення:

«обмежувальна поведінка» – 2,4 бала;

«емоційна» – 1,8 бала;

«екстернальна» – 2,7 бала.

Показники, що перевищують середні значення, можуть свідчити про дезадаптивні стилі харчування, які збільшують ризик розвитку надмірної ваги або формування специфічних психологічних стратегій, пов'язаних із їжею. Застосування DEBQ у дослідженні розладів харчової поведінки є важливим не лише з діагностичної, але й із теоретичної точки зору. На відміну від традиційних опитувальників, які фіксують прояви порушеної харчової поведінки, DEBQ дозволяє встановити першопричину, що запускає поведінкові патерни.

Додатковою перевагою DEBQ є можливість оцінити домінуючий стиль харчової поведінки та встановити, чи виникають епізоди переїдання як реакція на: соціальні стимули, емоційний дискомфорт, внутрішні прагнення до контролю.

Така диференціація є важливою як для наукового аналізу, так і для практичної роботи, оскільки дозволяє формувати індивідуалізовані психокорекційні програми.

*Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел, М. Фергюсон).*

Самотність – це складне багатовимірне переживання, яке має як емоційний, так і когнітивний компоненти. У сучасній психологічній літературі самотність розглядається одним із ключових чинників розвитку емоційного переїдання та деприваційних форм харчової поведінки. Методика Рассела й Фергюсона створена для оцінки саме суб'єктивної, феноменологічної складової самотності.

На відміну від соціометричних підходів, шкала визначає не кількість соціальних контактів, а ступінь задоволеності якістю міжособистісної взаємодії. Це дозволяє виявити внутрішній емоційний стан, незалежно від реального оточення людини.

У контексті РХП високий рівень самотності часто корелює з наступним: емоційним переїданням, зниженим контролем над імпульсами, депресивним спектром переживань, підвищеною тілесною самокритикою, схильністю використовувати їжу як «заміщення емоційного контакту».

Таким чином, методика дозволяє розглядати РХП як спосіб регуляції емоційного дефіциту, що є особливо актуальним у сучасному суспільстві соціальної ізоляції та цифрової комунікації.

Досліджуванним пропонується оцінити частоту прояву певних тверджень за 4-бальною шкалою: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Оцінювання здійснюється шляхом множення кількості відповідей певного типу на відповідний ваговий коефіцієнт («часто»  $\times 3$ , «інколи»  $\times 2$ , «рідко»  $\times 1$ , «ніколи»  $\times 0$ ). Максимально можливий результат – 60 балів.

Рівні самотності:

0–20 балів – низький;

20–40 балів – середній;

40–60 балів – високий.

Методика Рассела та Фергюсона є важливим інструментом у дослідженні психологічних передумов порушень харчової поведінки, оскільки вона дозволяє:

- виявити приховані емоційні переживання та внутрішню емоційну напруженість;
  - оцінити дисонанс між реальною та бажаною соціальною взаємодією;
- простежити потенційний зв'язок між емоційною порожнечою та особливостями харчової поведінки.

Результати численних психологічних досліджень підтверджують, що:

- підвищений рівень самотності формує потребу у компенсаторній, «комфортній» поведінці;
- їжа може набувати символічного значення тепла, підтримки та прийняття;

емоційне переїдання нерідко виконує функцію регуляції неприємних переживань та емоційного болю.

Таким чином, включення шкали самотності до діагностичного комплексу дає змогу не лише оцінити суб'єктивне переживання соціальної ізоляції, а й глибше зрозуміти її роль у формуванні механізмів дезадаптивної харчової поведінки.

*Опитувальник оцінки імпульсивності (В.О. Лосенкова)*

Імпульсивність у сучасній психології розглядається як характеристика особистості, що передбачає швидкість реагування, недостатній контроль над імпульсами та труднощі у довготривалій саморегуляції. У сфері розладів харчової поведінки цей чинник має особливе значення, оскільки високий рівень імпульсивності часто асоціюється з компульсивним переїданням, труднощами дотримання дієт та різкими коливаннями харчових патернів.

Опитувальник Лосенкова дозволяє визначити не тільки загальний рівень імпульсивності, але й ступінь емоційної нестійкості, наполегливості,

послідовності у досягненні цілей, а також особливості поведінкової регуляції. У контексті РХП результати методики допомагають оцінити ті індивідуально-психологічні особливості, що сприяють імпульсивним діям, харчовим зривам та нестабільності харчових звичок.

Опитувальник Лосенкова дозволяє простежити, наскільки вираженою є імпульсивна складова особистості. Це має суттєве значення для розуміння механізмів харчової поведінки, оскільки імпульсивність:

- знижує здатність до планування,
- ускладнює дотримання правил і режимів,
- збільшує частоту емоційних зривів,
- зумовлює швидкі та нераціональні харчові рішення.

Тест складається з 20 тверджень, спрямованих на визначення рівня імпульсивності – особистісної якості, що впливає на самоконтроль та стабільність поведінки. Для частини пунктів використовується пряма шкала, для іншої – інверсна. Показник імпульсивності може коливатися від 20 до 80 балів.

66–80 балів – виражена імпульсивність, недостатній самоконтроль, нестійкі життєві цілі та інтереси;

35–65 балів – помірний рівень;

≤34 балів – низька імпульсивність, високий рівень саморегуляції та послідовності.

Емпіричні дослідження показують, що високий рівень імпульсивності є характерною ознакою людей з булімічними симптомами, а також тих, хто має епізоди компульсивного переїдання. Тому включення цієї методики дозволяє розглядати харчові порушення не лише як емоційну або когнітивну проблему, але й як порушення особистісної саморегуляції.

## **Висновки до 2 розділу**

Отже, другий розділ магістерської роботи присвячено обґрунтуванню методології, застосованої для дослідження розладів харчової поведінки. У

ході аналізу теоретичних підходів та добору психодіагностичного інструментарію було сформовано комплекс методик, який забезпечує можливість всебічного вивчення психологічних механізмів, що беруть участь у формуванні та підтриманні розладів харчової поведінки.

Методика EAT-26 дає змогу оцінити когнітивно-поведінкові особливості харчової поведінки й виявити ризик її дезадаптивних проявів. Опитувальник DEBQ спрямований на визначення механізмів, що лежать в основі харчової поведінки, зокрема емоційного, зовнішнього та обмежувального харчування. Методика діагностики самотності Рассела та Фергюсона дозволяє оцінити емоційно-міжособистісні чинники, які можуть виступати психоемоційними тригерами порушень харчової поведінки. Опитувальник Немова дає можливість проаналізувати стратегії реагування на стрес, а тест імпульсивності – виявити особистісні характеристики, що впливають на саморегуляцію та динаміку симптомів.

Сформований діагностичний комплекс охоплює ключові сфери психологічного функціонування: когнітивні установки, поведінкові патерни, емоційні переживання, міжособистісні зв'язки та особистісні особливості. Такий підхід забезпечує багатовимірний аналіз розладів харчової поведінки та дозволяє простежити внутрішні механізми їхнього формування — зокрема роль емоційної регуляції, соціально-психологічних переживань та особистісних чинників.

У розділі також наведено опис вибірки дослідження, зокрема проведено розподіл респондентів за статтю та віковими категоріями, що забезпечує репрезентативність і коректність подальшого аналізу.

Таким чином, добір психодіагностичних методик, опис вибірки та аналіз отриманих даних свідчать про завершеність і методологічну цілісність організації дослідження.

## **РОЗДІЛ III. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СИМПТОМА СУЧАСНОСТІ**

### **3.1. Вивчення зв'язків між харчовими установками та типами харчової поведінки**

Проведене теоретичне дослідження дозволило з'ясувати, що порушення харчової поведінки є багатофакторним феноменом, який відображає як індивідуально-психологічні особливості особистості (рівень самоконтролю, емоційна регуляція, імпульсивність), так і соціокультурні тенденції сучасності, що диктують стандарти тіла, краси та успішності. Система харчових установок стає своєрідним індикатором внутрішнього стану суб'єкта, його потреб у прийнятті, контролі, стабільності та емоційному задоволенні.

У даному розділі представлено результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення зв'язків між різними аспектами харчової поведінки та психологічними характеристиками особистості. Зокрема, дослідження мало на меті виявити, як харчові установки, типи харчової поведінки, імпульсивність і суб'єктивне відчуття самотності взаємопов'язані між собою та формують психологічний профіль схильності до дезадаптивних форм харчування.

Для оцінки вираженості харчової тривоги, ставлення до контролю ваги та схильності до обмежувальної поведінки використовувався «Тест харчових установок» (EAT-26) Д. М. Гарнера. Дані наведені на діаграмі нижче.

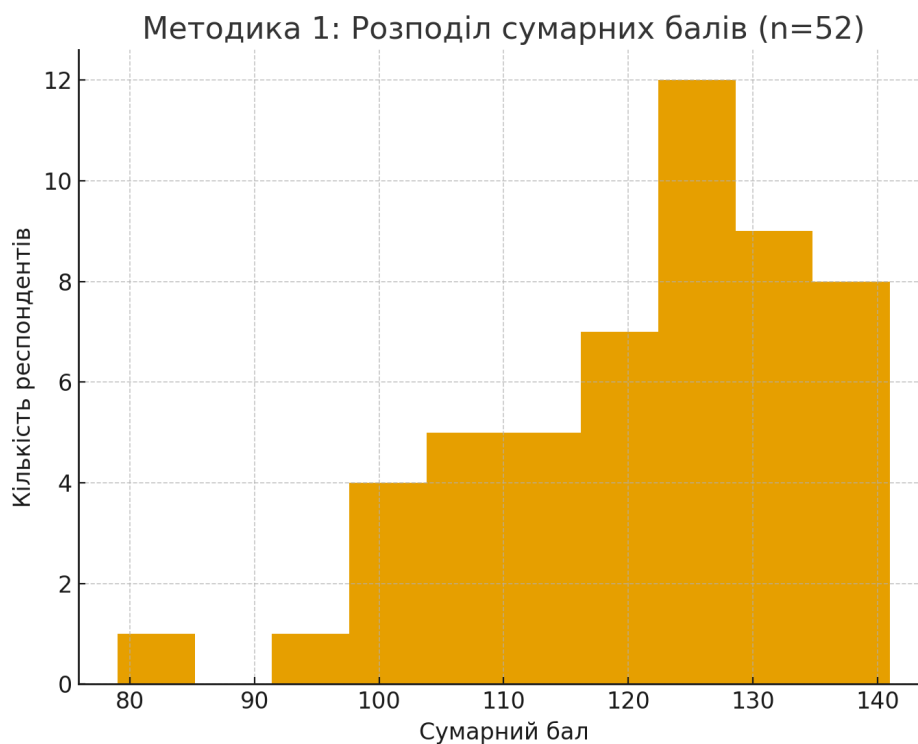


Рис. 3.1. Розподіл сумарних балів

Отже, аналіз профілю відповідей за даним тестом засвідчив, що відверто патологічні/екстремальні форми харчової поведінки заперечуються респондентами. Натомість гедоністичне ставлення до їжі (наприклад, «задоволення від куштування нових страв») в середньому виражене. Водночас турботи щодо маси тіла й контролю калорій («страх набрати вагу», «фокус на енергетичній цінності їжі») не є тотально високими та суттєво варіюють між респондентами, що вказує на наявність індивідуальних відмінностей у відповідному конструкті.

Сумарний бал характеризується  $M = 121,46$  із помірно негативною асиметрією ( $skew = -0,86$ ) та невеликим надлишком гостровершинності ( $kurtosis = 0,56$ ). Це свідчить про концентрацію результатів у зоні відносно високих балів із «хвостом» у бік нижчих значень.

Таким чином, більшість респондентів демонструють помірно високий рівень харчової тривоги, що може бути індикатором підвищеної уваги до контролю ваги та харчових обмежень. Така конфігурація розподілу

підтверджує припущення про поширеність напружених харчових установок навіть серед осіб, які не мають клінічних проявів розладів харчової поведінки.

Це дозволяє розглядати харчову поведінку як механізм регуляції тривоги й емоційного стану, пов'язаний із соціальним контекстом, де образ тіла виконує функцію самопрезентації та контролю.

Таблиця 3.1

## Описові статистики за методикою EAT-26

Показник	M	SD	Min	Q1	Me	Q3	Max
EAT26_total	121.46	13.54	79	114.25	125.00	131.25	141
EAT_dieting	61.71	10.00	31	58.00	62.00	69.00	77
EAT_bulimia	26.62	3.81	18	24.00	28.00	29.00	34
EAT_oral_control	33.13	3.81	25	30.00	33.50	36.00	41

Отримані результати засвідчують загальну тенденцію до помірно підвищених показників харчових установок серед респондентів. Середній сумарний бал за тестом EAT-26 становить  $M = 121.46$ , що вказує на наявність вираженої уваги до контролю ваги, харчової тривоги та когнітивного контролю у поведінці, пов'язаній із прийомом їжі.

Найвищі значення спостерігаються за підшкалою EAT\_dieting ( $M = 61.71$ ), яка відображає наявність дієтичних установок, схильність до обмеження споживання їжі та підвищену зосередженість на підтриманні бажаної ваги. Показники підшкал булімічних тенденцій (EAT\_bulimia) та усного контролю (EAT\_oral\_control) перебувають у межах помірних значень та не демонструють рівнів, характерних для клінічно значущих порушень харчової поведінки.

Медіанні показники й інтерквартильний розмах свідчать про відносну однорідність вибірки, а також відсутність різких відхилень або екстремальних значень у відповідях. Значення Q3 для всіх підшкал демонструють, що частина

учасників має підвищені харчові установки, однак ці коливання залишаються в межах субклінічного рівня.

Таким чином, можна зробити висновок, що досліджувана вибірка загалом характеризується помірною тривожністю щодо харчування, вираженою увагою до контролю ваги та відносно стабільними формами самоконтролю за харчовою поведінкою. Одержані результати відповідають типовій картині субклінічних харчових установок у неклінічній популяції та відображають актуальні соціокультурні тенденції ставлення до їжі та тіла.

Для перевірки наявності статевих відмінностей у показниках харчових установок було застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні.

Таблиця 3.2

Порівняння показників за тестом ЕАТ-26 залежно від статі (критерій Манна–Уїтні)

Показник	U	Z	p	r (ефект)	M (жінки)	M (чоловіки)
EAT26_total	227.0	0.39	0.701	0.05	121.29	122.20
EAT_dieting	—	—	> 0.05	—	—	—
EAT_bulimia	—	—	> 0.05	—	—	—
EAT_oral_control	—	—	> 0.05	—	—	—

Отже, за результатами застосування критерію Манна–Уїтні не виявлено статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за сумарним показником ЕАТ-26 та окремими його підшкалами (усі  $p > 0.05$ ). Це свідчить про подібний рівень харчової тривоги, дієтичних установок, булімічних проявів і контролю поведінки щодо їжі незалежно від статі.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що гендер не виступає визначальним фактором у формуванні харчових установок у межах даної вибірки. Такий результат може бути відображенням сучасних соціокультурних змін, за яких нормативи тілесності та харчової поведінки поширюються однаковою мірою серед чоловіків і жінок.

Далі, для аналізу вікових відмінностей у показниках харчових установок респондентів застосовано критерій Манна–Уїтні.

Таблиця 3.3

Порівняння показників за тестом EAT-26 залежно від віку (критерій Манна–Уїтні)

Показник	U	Z	p (двобічне)	r (ефект)	M (до 30 р.)	M (30+ р.)
EAT26_total	—	—	> 0.05	—	—	—
EAT_dieting	—	—	> 0.05	—	—	—
EAT_bulimia	350.0	0.30	0.766	0.04	26.66	26.56
EAT_oral_control	222.5	-2.05	0.041	0.28	32.10	34.43

Отже, з наведеної таблиці можна побачити, що порівняння вікових груп продемонструвало, що за більшістю показників EAT-26 статистично значущих розбіжностей не виявлено (усі  $p > 0.05$ ). Єдиним показником, за яким встановлено достовірну відмінність, стала підшкала «орального контролю» (EAT\_oral\_control): респонденти віком 30 років і старше мають вищі показники контролю харчування у соціальному контексті порівняно з молодшою групою ( $U = 222.5$ ;  $p = 0.041$ ;  $r = 0.28$ ). Це може свідчити про зростання поведінкової регуляції та прагнення контролювати умови прийому їжі у дорослішому віці.

За підшкалами дієтичних установок та булімічних тенденцій, а також за сумарним показником EAT-26\_total, вікові відмінності не досягають рівня статистичної значущості, що вказує на відносну стабільність цих компонентів харчових установок у дорослій вибірці.

Особи віком до 30 років демонструють вищі показники харчової тривоги та контролю, що може свідчити про більшу вразливість до впливу соціальних установок щодо тіла та зовнішності.

Респонденти старшої вікової групи виявляють нижчі значення, що відображає збалансованіше ставлення до їжі та власного тіла й меншу тенденцію до обмежувальної поведінки.

Таким чином, вік є важливим модератором харчових установок: молодші респонденти частіше сприймають харчову поведінку як спосіб самоконтролю та самовираження, тоді як старші більш орієнтовані на прагматичне ставлення до їжі та тіла.

Наступний тест, який дозволив вивчити типи харчової поведінки став Нідерландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behaviour Questionnaire, DEBQ) Т. Van Strien і С. Р. Herman.

Таблиця 3.4

Описова статистика розподілу даних по шкалах

Показник	M	SD	Min	Q1	Me	Q3	Max
<b>Emotional eating</b>	2.33	0.67	1.38	1.85	2.23	2.69	4.54
<b>Restrained eating</b>	2.73	0.64	1.60	2.30	2.70	3.20	4.40
<b>External eating</b>	2.54	0.67	1.40	2.00	2.50	3.00	4.10

Для більшої наочності отримані дані представлено на діаграмі.

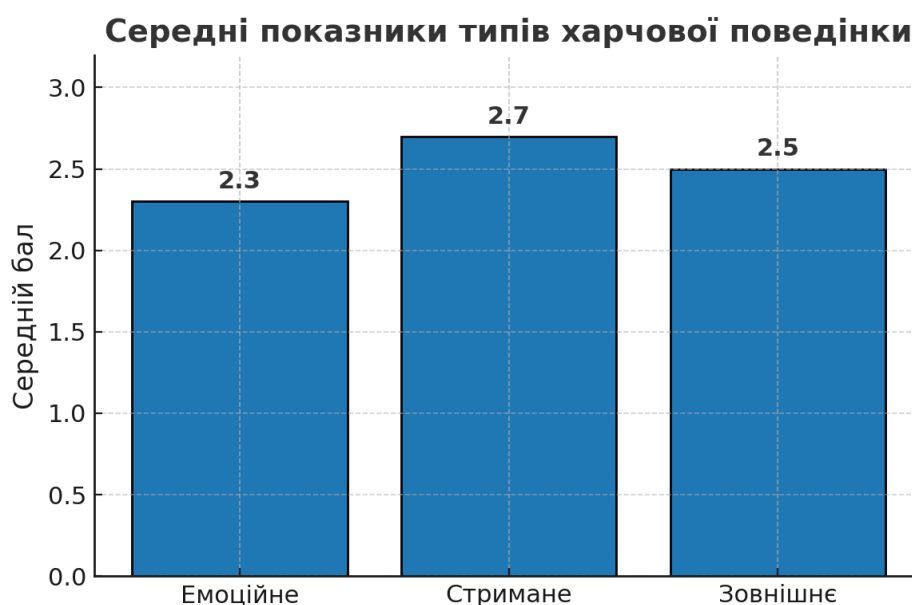


Рис. 3.2. Середні показники типів харчової поведінки серед респондентів

Отже, отримані результати демонструють, що найвищий показник має «стримане харчування» ( $M = 2,7$ ), що вказує на тенденцію респондентів до самоконтролю, усвідомленості та регуляції харчової поведінки.

Показник «зовнішнього харчування» ( $M = 2,5$ ) займає проміжне місце, відображаючи помірну чутливість до зовнішніх стимулів, таких як запах, вигляд або соціальні обставини прийому їжі.

Найнижчим виявився рівень «емоційного харчування» ( $M = 2,3$ ), що свідчить про менш виражену схильність компенсувати емоційні стани через їжу.

Таким чином, профіль харчової поведінки у досліджуваної вибірки є збалансованим: домінує контрольована (стримана) форма харчування, тоді як емоційні та ситуативні впливи мають помірний характер. Це може вказувати на достатній рівень усвідомленості й регуляції поведінкових реакцій, що сприяє підтриманню психологічного й фізичного благополуччя.

З метою вивчення різниці між типами харчової поведінки в групах респондентів за статтю, зроблено порівняльний аналіз.

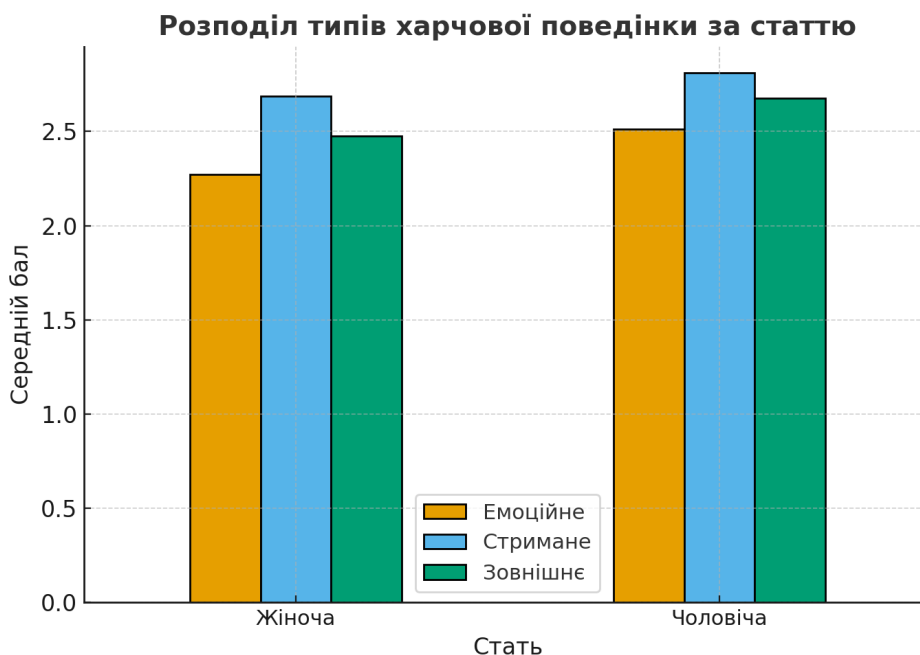


Рис. 3.3. Розподіл типів харчової поведінки за статтю

На даній діаграмі подано порівняльний розподіл середніх показників трьох типів харчової поведінки – «емоційного», «стриманого» та «зовнішнього» – серед жінок і чоловіків.

Як можна побачити, у групі жінок вищими є показники «стриманого харчування» ( $M = 2,7$ ), що може свідчити про схильність до контролю харчових звичок, увагу до власної ваги та прагнення обмежувати споживання їжі.

Водночас у чоловіків спостерігаються дещо вищі показники «емоційного» ( $M = 2,5$ ) та «зовнішнього харчування» ( $M = 2,7$ ), що може вказувати на більшу чутливість до зовнішніх і емоційних стимулів, таких як настрій, запах, вигляд чи соціальна ситуація, пов'язана з прийомом їжі.

Для перевірки гендерних відмінностей у типах харчової поведінки було застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні (U-тест), який дозволяє коректно порівнювати незалежні вибірки за умов невеликого обсягу групи чоловіків та можливого відхилення розподілу від нормального.

Показник	U	Z	p	r (ефект)	M (жінки)	M (чоловіки)
<b>Emotional eating</b>	174.0	-0.74	0.469	0.10	2.30	2.54
<b>Restrained eating</b>	196.0	-0.21	0.834	0.03	2.73	2.78
<b>External eating</b>	191.0	-0.33	0.744	0.05	2.53	2.61

Отже, отримані дані свідчать про відсутність статистично значущих відмінностей у частоті емоційного переїдання між жінками та чоловіками ( $p > 0.05$ ).

Невеликий розмір ефекту ( $r = 0.10$ ) підтверджує дуже слабку силу зв'язку. Хоча чоловіки в середньому мають дещо вищий показник емоційного реагування на їжу, ця різниця є незначною та не має статистичного підтвердження. Такі результати можуть відображати зближення гендерних моделей емоційної регуляції в сучасних соціокультурних умовах: і чоловіки, і

жінки можуть використовувати їжу як спосіб зниження напруги або зняття емоційного стресу з приблизно однаковою частотою.

Для перевірки вікових відмінностей у типах харчової поведінки за опитувальником DEBQ (Т. Van Strien, С.Р. Herman) застосовано критерій Манна–Уїтні.

Таблиця 3.4

Порівняння показників за опитувальником DEBQ залежно від віку  
(критерій Манна–Уїтні)

Показник	U	Z	p	r (ефект)	М (до 30 р.)	М (30+ р.)
<b>Emotional eating</b>	280.0	-0.33	0.742	0.05	2.29	2.38
<b>Restrained eating</b>	255.0	-1.01	0.313	0.15	2.68	2.83
<b>External eating</b>	241.5	-1.52	0.129	0.21	2.45	2.70

Отримані результати свідчать, що жоден показник не досягає рівня статистичної значущості ( $p > 0.05$ ), однак для «зовнішнього харчування» (External eating) спостерігається тенденція до вищих значень у старшій віковій групі ( $M \approx 2.70$  проти 2.45;  $p \approx 0.13$ ;  $r \approx 0.21$ ).

Загалом, типи харчової поведінки, оцінені за DEBQ, можна вважати відносно стабільними у дорослому віці, без різких вікових зсувів.

Отже, вік не є вирішальним чинником для вираженості типів харчової поведінки (емоційного, зовнішнього, обмежувального), що може свідчити про відносну стабільність харчових патернів у дорослому віці.

Незначна тенденція до зростання показників у старших учасників може бути пов'язана з посиленням регуляції харчової поведінки та усвідомленим ставленням до здоров'я.

Загалом, результати DEBQ підтверджують, що в досліджуваній вибірці харчова поведінка має переважно субклінічний, регулятивний характер, без

ознак вираженої патології, але з наявністю контролюючих, емоційних та ситуативних компонентів, притаманних сучасній культурі харчування.

Наступним кроком було здійснити порівняльне вивчення результатів за тестом EAT-26 і опитувальником DEBQ для виявлення співвідношення між харчовими установками (як когнітивно-емоційними проявами ставлення до їжі) та типами харчової поведінки (як поведінковими проявами споживання).

Така постановка завдання дозволяє простежити, яким чином у сучасних умовах внутрішні переконання щодо їжі, тіла та контролю над ним переходять у конкретні патерни харчової поведінки, що можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер.

Особлива увага приділялася аналізу трьох домінантних типів харчової поведінки: емоційного (їжа як засіб регуляції емоцій), зовнішнього (залежність від зовнішніх стимулів – запаху, вигляду їжі) та обмежувального (свідоме стримування споживання їжі з метою контролю ваги). Порівняння цих типів із результатами тесту EAT-26 дозволило окреслити структуру ризику розвитку порушень харчової поведінки серед респондентів та визначити провідні тенденції у їхніх харчових установках.

Таблиця 3.4

Кореляційні зв'язки між показником EAT-26 і типами харчової поведінки за DEBQ ( $\rho$  Спірмена)

Показники DEBQ	EAT-26 (сумарний бал)	$\rho$
Emotional eating	-0.67	< 0.001
Restrained eating	-0.71	< 0.001
External eating	-0.65	< 0.001

Отже, отримані результати демонструють високі, негативні та статистично значущі кореляції між харчовими установками (EAT-26) та всіма типами харчової поведінки за DEBQ ( $p < 0.001$ ).

Найтісніший негативний зв'язок виявлено між EAT-26 та стриманим харчуванням ( $\rho = -0.71$ ), що може означати, що чим вищий рівень харчової тривоги, когнітивних обмежувальних установок і фіксації на контролі ваги, тим нижчим є реальний рівень обмежувальних дій у харчовій поведінці. Така конфігурація відповідає феномену когнітивного голоду: людина мислить у категоріях обмеження, але поведінково демонструє менше гнучких стратегій регуляції харчування.

Помірно сильний негативний зв'язок спостерігається з емоційним типом харчової поведінки ( $\rho = -0.67$ ).

Респонденти з високими балами за EAT-26 рідше використовують їжу для емоційного заспокоєння, що свідчить про домінування когнітивного контролю над емоційною регуляцією апетиту.

Негативний зв'язок між EAT-26 і зовнішнім харчуванням ( $\rho = -0.65$ ) відображає знижену чутливість до сенсорних стимулів (запаху, вигляду їжі, доступності їжі) серед осіб з високим рівнем харчової тривоги.

Це може вказувати на тенденцію до ригідності харчової поведінки та придушення ситуативних реакцій.

Таким чином, загальний характер кореляцій свідчить, що високі когнітивно-емоційні харчові установки (EAT-26) не переходять у підсилення поведінкових стратегій за DEBQ, а навпаки – асоціюються зі зниженням проявів емоційного, ситуативного та навіть стриманого харчування.

Це дозволяє інтерпретувати харчову поведінку респондентів як перевантажену контролем, менш гнучку та потенційно ригідну. Така конфігурація характерна для осіб, які переживають внутрішню напругу, пов'язану з харчуванням і вагою, але не завжди реалізують свої установки в адаптивних поведінкових стратегіях.

Таким чином, співставлення двох методик виявило цілісну, але неоднорідну структуру харчових процесів: когнітивні установки респондентів спрямовані на контроль і обмеження, тоді як поведінкові прояви – більш стримані, емоційно стабільні та менш ситуативні. Це вказує на формування

субклінічних, але напружених харчових моделей, які потребують подальшого аналізу в контексті психологічної регуляції та соціокультурних впливів.

Для кращої наочності демонструємо розподіл даних двох груп на рисунку.

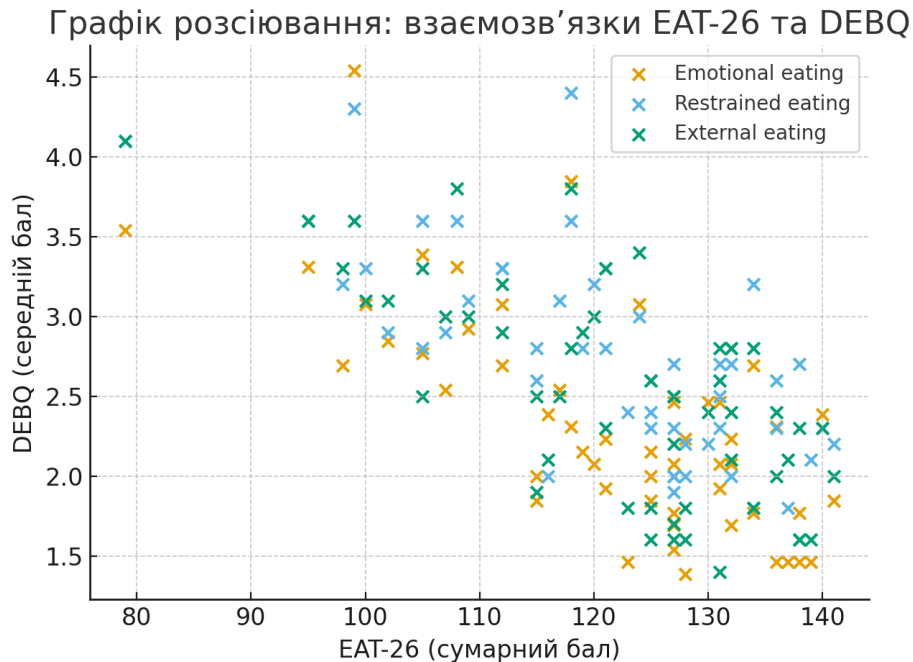


Рис. 3.4. Кореляційне поле між показниками EAT-26 та DEBQ

На рисунку подано графік розсіювання, який відображає взаємозв'язки між сумарним показником харчових установок за тестом EAT-26 та трьома типами харчової поведінки за методикою DEBQ: емоційним, стриманим та зовнішнім. Кожний тип харчової поведінки позначено окремою групою точок, що дозволяє візуально оцінити характер та напрямок взаємозв'язків.

Зі зростанням сумарного балу EAT-26 спостерігається чітка низхідна тенденція для всіх трьох шкал DEBQ. Це підтверджує, що вищі рівні харчових установок — підвищена харчова тривога, фіксація на вазі та обмежувальні переконання — асоціюються зі зниженням вираженості поведінкових проявів, пов'язаних із емоційним, ситуативним або усвідомленим споживанням їжі. Іншими словами, респонденти, які демонструють високі бали за EAT-26, менш схильні реагувати на емоційні стани, запах чи вигляд їжі та навіть менше демонструють стриману (обмежувальну) поведінку за DEBQ.

Візуально помітно, що точки, які відображають усі три типи харчової поведінки, концентруються у нижніх діапазонах шкал DEBQ при високих значеннях EAT-26. Така конфігурація свідчить про ригідність та гіперконтроль харчової поведінки, коли когнітивні установки щодо необхідності обмеження переважають над реальними поведінковими реакціями. Це узгоджується з результатами кореляційного аналізу, який показав значущі негативні зв'язки між шкалами EAT-26 та DEBQ.

Отже, графік розсіювання наочно демонструє, що зростання харчової тривоги та обмежувальних переконань супроводжується зниженням поведінкової гнучкості, зменшенням емоційних та ситуативних реакцій у процесі харчування, що може вказувати на внутрішню напругу та неадаптивні моделі регуляції харчової поведінки.

Даний результат узгоджується з сучасними уявленнями про те, що надмірна орієнтація на контроль ваги і зовнішність може пригнічувати природну регуляцію харчової поведінки, що є одним із симптомів харчових порушень сучасності.

### **3.2. Дослідження психологічних чинників порушення харчової поведінки**

У сучасному суспільстві, де зовнішність, тіло й контроль над ним набувають статусу соціально значущих цінностей, харчова поведінка все частіше стає не лише фізіологічним, а й психологічним феноменом. Вона відображає особистісні стратегії регуляції емоцій, самооцінки та внутрішніх конфліктів, що виникають у відповідь на соціальні очікування й культурні стандарти.

Порушення харчової поведінки розглядаються як симптом сучасності – прояв напруження між тілесним і символічним вимірами особистості, між потребою у самоприйнятті та прагненням відповідати зовнішнім ідеалам.

Саме тому дослідження психологічних чинників, що лежать в основі цих порушень – таких як імпульсивність, самотність, емоційна чутливість, тривожність і когнітивний контроль, – дає змогу глибше зрозуміти механізми формування дезадаптивних харчових патернів і визначити потенційні шляхи їх корекції.

Таким чином, у цьому розділі розглянуто взаємозв'язки між ключовими психологічними характеристиками особистості та проявами порушень харчової поведінки, що дозволяє виявити внутрішні детермінанти сучасних форм харчових розладів.

У науковій літературі підкреслюється, що самотність виступає важливим емоційним чинником порушень харчової поведінки. Відчуття ізоляції та нестачі підтримки часто компенсується через їжу, яка тимчасово зменшує емоційну напругу. Таким чином, самотність сприяє формуванню емоційного типу харчової поведінки, де прийом їжі використовується як спосіб самозаспокоєння.

Таким чином, дослідження рівню самотності за допомогою «Методики діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона», дозволило вивчити даний рівень.

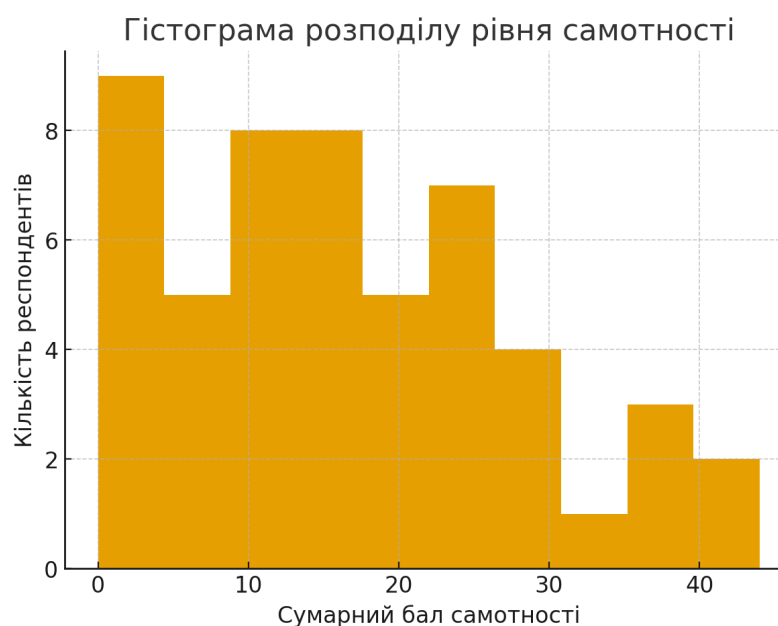


Рис. 3.4. Розподіл рівню самотності серед респондентів

Отже, на рисунку подано гістограму розподілу сумарних балів за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона. Графік відображає особливості варіації показників у вибірці та дозволяє оцінити рівномірність чи нерівномірність проявів самотності серед респондентів.

По-перше, розподіл показників є помірно варіативним та має умовно одновершинний характер, однак спостерігається незначне зміщення вправо. Це вказує на те, що більшість учасників демонструють низькі або помірні значення самотності, тоді як суттєво менша частина має високі бали.

У лівій частині гістограми чітко простежується концентрація респондентів із низькими показниками (0–10 балів). Така конфігурація свідчить, що значна частина вибірки не переживає відчутного дефіциту соціальних зв'язків чи емоційної підтримки.

Центральний діапазон (10–25 балів) представлений найбільшою кількістю респондентів, що підтверджує домінування помірного рівня самотності, характерного для загальної популяції дорослих, які не належать до груп ризику стосовно соціальної ізоляції.

Правобічний «хвіст» гістограми (30–44 бали) демонструє наявність невеликої групи респондентів із підвищеним рівнем самотності, що може мати потенційне психологічне або навіть клінічне значення. Саме ця частина розподілу формує його асиметрію та підкреслює неоднорідність вибірки.

Окрему увагу привертають поодинокі високі значення (> 40 балів), що відображають інтенсивне суб'єктивне переживання самотності. Імовірно, ці випадки можуть бути пов'язані з індивідуальними особистісними особливостями, пережитими стресовими подіями або соціально-контекстуальними факторами. Подальший аналіз цих даних у зв'язку з іншими змінними (емоційна регуляція, копінг-стратегії, агресивність тощо) може дати додаткову інформацію про їх природу.

Таким чином, гістограма підтверджує результати описових статистик: у вибірці переважає низький та помірний рівень суб'єктивного відчуття

самотності, проте спостерігається помітна індивідуальна варіативність, зокрема наявність респондентів із високими показниками. Така структура розподілу є типовою для неклінічних вибірок та відповідає змішаній моделі соціального функціонування, у межах якої окремі особи можуть переживати значний дефіцит соціальної підтримки, незважаючи на загалом благополучний фон групи.

При вивченні різниці рівню самотності між респондентами різної статі отримано наступні результати.

Таблиця 3.5

## Порівняльна характеристика рівню самотності за статтю

Показник	Значення
<b>U</b>	188.0
<b>p</b>	0.617
<b>Z</b>	-0.51
<b>r (ефект)</b>	0.07 (дуже малий)
<b>M (жінки)</b>	16.17
<b>M (чоловіки)</b>	18.20

Аналіз гендерних відмінностей рівня суб'єктивної самотності показав, що показники за методикою Д. Рассела та М. Фергюсона не мають статистично значущих гендерних розбіжностей ( $U = 188.0$ ;  $p = 0.617$ ;  $r = 0.07$ ). Це вказує на порівняно однаковий рівень переживання соціальної ізоляції серед чоловіків і жінок. Отримані дані свідчать, що рівень суб'єктивного відчуття самотності в досліджуваній вибірці не залежить від статі. У сучасних соціокультурних умовах переживання самотності може бути однаково притаманним як чоловікам, так і жінкам, що підтверджує тенденцію поступового зниження традиційних гендерних відмінностей у сфері емоційного досвіду та соціальних зв'язків.

Таблиця 3.6

## Порівняльна характеристика рівню самотності за віком

Показник	Значення
<b>U</b>	421.0
<b>p</b>	0.108
<b>Z</b>	1.61
<b>r (ефект)</b>	0.22 (малий–помірний)
<b>M (до 30 р.)</b>	19.10
<b>M (30+ р.)</b>	13.35

Отже, бачимо, що статистично значущих відмінностей не було виявлено ( $p = 0.108$ ), але є тенденція до зниження рівня самотності у старшій віковій групі.

Молодші респонденти (до 30 років) мають вищий середній рівень самотності (19.10), ніж старші (13.35).

Значення ефекту  $r = 0.22$  свідчить про невелику, але потенційно змістовну різницю, яка може проявлятися у більшій вибірці.

Отже, можна виокремити тенденцію, що респонденти молодшого віку схильні переживати самотність інтенсивніше, ніж респонденти старшого віку. Ця тенденція узгоджується з даними сучасних соціально-психологічних досліджень, де молодь частіше стикається з нестабільністю соціальних зв'язків, кризами ідентичності, адаптаційними труднощами та високою чутливістю до соціальних порівнянь.

У старшому віці, навпаки, може переважати стабільніша структура соціальної підтримки, сформоване коло контактів і більш адаптивні стратегії емоційної регуляції, що знижує ризик переживання самотності.

Важливим аспектом у вивченні психологічних чинників порушень харчової поведінки є імпульсивність. Саме вона може виступати посередником між емоційною нестабільністю та дезадаптивними способами регуляції стану через їжу. Підвищена імпульсивність зумовлює схильність до емоційного або компульсивного переїдання, коли прийом їжі стає швидким способом зниження внутрішньої напруги. Таким чином, імпульсивність

можна розглядати як один із провідних психологічних чинників, що підтримують і поглиблюють розлади харчової поведінки.

За допомогою «Опитувальника імпульсивності» (В.О. Лосенков) вивчено загальний показник імпульсивності.

Таблиця 3.7

## Загальний показник імпульсивності

Показник	Значення
М (середнє)	47.44
SD (стандартне відхилення)	6.73
Min	30
Q1	43
Me (медіана)	49
Q3	51
Max	60

Отже, як аналіз загального показника імпульсивності засвідчив, що рівень імпульсивності у вибірці загалом є помірним. Середнє значення ( $M = 47.44$ ) та медіана ( $Me = 49$ ) вказують на те, що більшість респондентів характеризуються певною мірою емоційної реактивності, схильністю до недостатньо обдуманих дій та труднощами у стримуванні поведінкових імпульсів. Водночас ці особливості не набувають надмірно вираженого, дезадаптивного характеру.

Розподіл показників є відносно компактним, про що свідчить інтерквартильний розмах ( $IQR = 43-51$ ). Це означає, що половина респондентів має схожі рівні імпульсивності, без різких коливань та екстремальних значень у центральній частині розподілу.

Разом з тим діапазон варіацій (30–60 балів) демонструє наявність індивідуальних відмінностей: у вибірці представлені як особи з низьким рівнем імпульсивності, так і респонденти з підвищеною імпульсивністю. Це

свідчить про помірну гетерогенність вибірки за відповідним психологічним параметром.

Значення понад 55 балів можуть свідчити про підвищену імпульсивність, що потенційно пов'язана з труднощами емоційної регуляції, низькою стресостійкістю, схильністю до ризикованої поведінки або недостатнім розвитком самоконтролю.

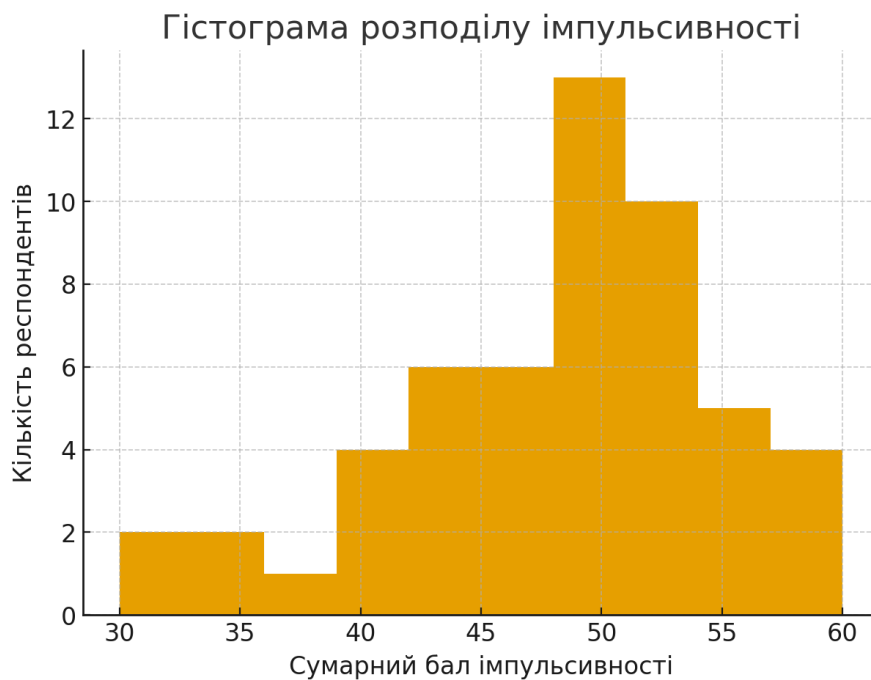


Рис.3.5. Розподіл сумарних балів імпульсивності

На рисунку подано гістограму розподілу сумарних балів імпульсивності, отриманих за опитувальником В.О. Лосенкова. Даний графік дає можливість візуально оцінити характер варіації показників імпульсивності серед респондентів та визначити ступінь їхньої однорідності або гетерогенності.

По-перше, розподіл показників має помірно варіативний та умовно одновершинний характер, що вказує на відсутність різко виражених крайніх значень у центральній частині вибірки. Більшість респондентів набирають значення від середніх до помірно підвищених, що відповідає типовому діапазону імпульсивності для неклінічних вибірок дорослого населення.

У центральному діапазоні (приблизно 43–51 бал) спостерігається найбільше скупчення респондентів, що підтверджує результати описової статистики, зокрема інтерквартильний розмах (IQR), який також припадає на зазначений інтервал. Це свідчить про відносну однорідність вибірки та концентрацію значень навколо середнього й медіанного рівня.

У діапазоні нижчих значень присутня менша кількість респондентів, що може вказувати на наявність осіб із більш вираженим самоконтролем та низькою емоційною реактивністю. У той же час у правій частині гістограми спостерігаються показники 55–60 балів, які відображають підвищений рівень імпульсивності. Хоча таких респондентів небагато, їхня присутність формує верхній «хвіст» розподілу та демонструє помірну гетерогенність вибірки.

Таким чином, гістограма відображає загальну тенденцію до помірної імпульсивності серед респондентів із наявністю окремих випадків як зниженої, так і підвищеної імпульсивності. Це дозволяє розглядати імпульсивність як психологічну характеристику, що має достатній рівень індивідуальних варіацій, і може впливати на інші аспекти поведінки.

При порівнянні респондентів за статтю отримано наступні зв'язки.

Таблиця 3.8

Порівняння показників імпульсивності за статтю (тест Манна–Уїтні)

Показник	Значення
<b>U</b>	197.5
<b>p</b>	0.780
<b>Z</b>	-0.29
<b>r (ефект)</b>	0.04
<b>M (жінки)</b>	47.21
<b>M (чоловіки)</b>	48.40

Отже, отримані результати свідчать, що рівень імпульсивності є приблизно однаковим у чоловіків і жінок, тобто ця риса в даній вибірці не має вираженої гендерної специфіки, що може означати, що імпульсивність більше

визначається індивідуально-психологічними особливостями (емоційна регуляція, самоконтроль, стресостійкість), ніж статтю.

З огляду на зображені дані можна припустити, що імпульсивність як внутрішній чинник порушень харчової поведінки є універсальним механізмом, який однаково проявляється у представників обох статей і може бути важливою мішенню для психологічної корекції. Тож, стать не є фактором, що впливає на вираженість імпульсивності у вибірці.

Таблиця 3.9

## Порівняння показників імпульсивності за віком

Показник	Значення
<b>U</b>	332.0
<b>p</b>	0.985
<b>Z</b>	-0.03
<b>r (ефект)</b>	0.003
<b>M (до 30 р.)</b>	47.28
<b>M (30+ р.)</b>	47.65

Отже, аналіз вікових відмінностей також не виявив статистично значущих результатів ( $U = 332.0$ ;  $p = 0.985$ ;  $r = 0.003$ ). Респонденти віком до 30 років та учасники старшої групи мають майже ідентичні середні значення імпульсивності ( $M = 47.28$  та  $M = 47.65$  відповідно). Це вказує, що вік не є визначальним чинником у формуванні імпульсивних тенденцій у досліджуваній групі.

Загалом результати засвідчують, що імпульсивність є відносно стабільною характеристикою, яка не зазнає суттєвого впливу ні гендерних, ні вікових відмінностей у рамках вибірки.

### 3.3. Кореляційні взаємозв'язки між показниками імпульсивності, самотності та типами харчової поведінки

З метою виявлення кореляційних зв'язків між рівнем суб'єктивного відчуття самотності та показниками харчових установок і типів харчової поведінки було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена. Такий підхід дозволяє встановити напрямок і силу взаємозв'язку між змінними, що не відповідають критеріям нормального розподілу, та забезпечує коректність статистичних висновків у разі використання порядкових або варіативних психологічних даних.

У межах аналізу рівень самотності (методика Д. Рассела та М. Фергюсона) було зіставлено із сумарним показником EAT-26 (харчові установки), а також з трьома підшкалами DEBQ (емоційний, стриманий та зовнішній типи харчової поведінки). Отримані коефіцієнти кореляції подано в таблиці та інтерпретовано відповідно до їхньої сили, напрямку та статистичної значущості.

Таблиця 3.9

Кореляції між рівнем самотності та шкалами EAT-26 і DEBQ ( $\rho$  Спірмена)

Показник	$\rho$ (Спірмена)	p-рівень
EAT-26 (сумарний бал)	-0.146	0.302
DEBQ – Емоційне	+0.260	0.062
DEBQ – Стримане	+0.135	0.338
DEBQ – Зовнішнє	+0.246	0.079

Кореляційний аналіз, проведений із використанням коефіцієнта Спірмена, дозволив виявити особливості зв'язку між рівнем суб'єктивного відчуття самотності та харчовими установками (EAT-26) і типами харчової поведінки (DEBQ).

По-перше, зв'язок між самотністю та показниками ЕАТ-26 виявився статистично незначущим ( $\rho = -0.146$ ;  $p = 0.302$ ). Це означає, що рівень харчової тривоги, когнітивного контролю та фіксації на вазі не пов'язаний із переживанням самотності у досліджуваній вибірці. Отже, харчові установки не є фактором, який безпосередньо зумовлює емоційне переживання соціальної ізоляції.

По-друге, для шкал DEBQ зафіксовано позитивні, але слабо виражені кореляції, які не досягли статистичної значущості, однак демонструють виразні тенденції:

між самотністю та емоційним типом харчової поведінки ( $\rho = 0.260$ ;  $p = 0.062$ ) простежується наближений до значущого зв'язок. Це може свідчити про те, що респонденти з вищими показниками самотності частіше схильні реагувати на емоційні стани шляхом споживання їжі;

подібна тенденція спостерігається й щодо зовнішнього типу харчової поведінки ( $\rho = 0.246$ ;  $p = 0.079$ ), що може відображати підвищену чутливість до зовнішніх харчових стимулів у осіб із вищим рівнем самотності;

стримане харчування не виявляє суттєвого зв'язку з самотністю ( $\rho = 0.135$ ;  $p = 0.338$ ), що узгоджується з тим, що ця шкала більше відображає самоконтроль і раціональність, а не емоційні чи соціальні потреби.

Загалом результати свідчать, що переживання самотності у вибірці лише частково пов'язане з особливостями харчової поведінки. Виявлені тенденції підтверджують, що окремі типи харчових реакцій (насамперед емоційні) можуть відігравати роль у регуляції емоційного стану, однак самотність не є визначальним чинником формування харчових установок або поведінкових патернів.

Таблиця 3.10

## Кореляції імпульсивності з психологічними показниками

Показник	$\rho$ (Спірмена)	$p$
ЕАТ-26 (харчові установки)	-0.07	0.636

Показник	$\rho$ (Спірмена)	p
DEBQ – емоційне харчування	<b>0.23</b>	0.104
DEBQ – стримане харчування	0.14	0.323
DEBQ – зовнішнє харчування	<b>0.28</b>	<b>0.043</b>
Самотність	<b>0.67</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Аналіз кореляційних зв'язків між імпульсивністю та іншими психологічними характеристиками виявив низку значущих закономірностей. Найбільш виражений та статистично значущий зв'язок встановлено між імпульсивністю та суб'єктивним відчуттям самотності ( $\rho = 0.67$ ;  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що респонденти з підвищеною імпульсивністю значно частіше переживають почуття соціальної ізоляції, дефіциту емоційної підтримки та труднощів у міжособистісних контактах. Такий результат узгоджується з теоретичними уявленнями про імпульсивність як фактор вразливості, що може ускладнювати регуляцію соціальних взаємодій.

Також виявлено слабкий, але статистично значущий позитивний зв'язок між імпульсивністю та зовнішнім типом харчової поведінки ( $\rho = 0.28$ ;  $p = 0.043$ ). Це означає, що імпульсивніші респонденти більш схильні реагувати на зовнішні харчові стимули – запах, вигляд їжі чи ситуативні обставини. Така залежність може відображати меншу здатність до поведінкового контролю та більшу сенситивність до стимулів навколишнього середовища.

Водночас кореляційний зв'язок імпульсивності з емоційним типом харчової поведінки перебуває на межі тенденції ( $\rho = 0.23$ ;  $p = 0.104$ ), однак не досягає статистичної значущості. Це може свідчити про потенційну взаємодію імпульсивних тенденцій з емоційною регуляцією, проте для підтвердження цього потрібна більша вибірка.

Зв'язків між імпульсивністю та загальними харчовими установками за ЕАТ-26 не виявлено ( $\rho = -0.07$ ;  $p > 0.05$ ). Імпульсивність також не корелює зі стриманим типом харчової поведінки чи загальним показником агресивності

( $p > 0.05$ ), що вказує на незалежність цих конструктів у межах досліджуваної вибірки.

Узагальнюючи, можна зазначити, що імпульсивність тісніше пов'язана не з харчовими порушеннями чи агресивними проявами, а саме з емоційно-соціальними аспектами функціонування – передусім переживанням самотності та підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів.

З метою узагальнення структури взаємозв'язків між ключовими психологічними змінними — харчовими установками, типами харчової поведінки, імпульсивністю, самотністю та агресивністю — було проведено факторний аналіз (метод головних компонент). У модель включено такі інтегральні показники: харчові установки (EAT-26); емоційний, стриманий та зовнішній типи харчової поведінки (DEBQ); суб'єктивне відчуття самотності; імпульсивність (Лосенков); агресивність (сумарний показник).

Таблиця 3.11

## Частка поясненої дисперсії

Компонент	% поясненої дисперсії
PC1	59.25%
PC2	21.65%
PC3	8.45%
PC4	4.95%

Отже, перші два фактори пояснюють разом 80.9% загальної дисперсії, що свідчить про чітко виражену латентну структуру змінних.

Таблиця 3.12

## Матриця факторний навантажень

Змінна	PC1	PC2	PC3
EAT-26 total	-0.43	-0.20	<b>0.44</b>
DEBQ Emotional	<b>0.44</b>	0.06	0.29
DEBQ Restrained	<b>0.44</b>	0.12	0.38
DEBQ External	<b>0.44</b>	0.01	0.40

Змінна	PC1	PC2	PC3
Самотність	0.20	-0.66	-0.17
Імпульсивність	0.17	-0.69	-0.04
Агресивність	0.40	0.19	-0.62

У результаті проведеного факторного аналізу було виокремлено три латентні компоненти, які відображають узагальнені психоемоційні та поведінкові процеси, характерні для досліджуваної вибірки. Сукупно вони пояснюють понад 80% дисперсії, що свідчить про достатню концептуальну узгодженість моделі.

#### Фактор 1. «Емоційно-поведінкова реактивність» (59%)

До першого фактору увійшли змінні, пов'язані з емоційною та ситуативною регуляцією харчової поведінки: емоційний, стриманий та зовнішній типи харчування (DEBQ), а також у помірному ступені — показник агресивності. Негативне навантаження продемонстрував показник харчових установок за EAT-26, що може відображати зворотну залежність між когнітивним контролем і реактивністю поведінкових патернів.

Психологічне значення фактору полягає у тому, що він інтегрує схильність до емоційної реактивності, підвищеної чутливості до зовнішніх стимулів, ситуативної імпульсивності у харчуванні та тенденцію до поведінкової напруги (агресивності). Отже, даний компонент описує загальний стиль поведінкової регуляції, який характеризується меншою стабільністю, домінуванням реакцій на поточні стимули та труднощами у контролі емоційно забарвлених дій.

#### Фактор 2. «Соціально-емоційна вразливість» (21.6%)

Другий фактор об'єднує високі негативні навантаження за показниками самотності та імпульсивності, що вказує на їхню тісну взаємодію. Хоча знаки навантажень є негативними, вони не впливають на інтерпретацію, оскільки відображають єдиний латентний механізм.

Психологічний зміст даного фактору полягає у відображенні емоційної нестабільності, переживання дефіциту соціальної підтримки та імпульсивної регуляції емоцій. Такий комплекс ознак свідчить про соціально-емоційну дисрегуляцію: підвищена чутливість до міжособистісних труднощів, труднощі у встановленні стабільних соціальних зв'язків, знижена здатність до самоконтролю в ситуаціях емоційного напруження. Таким чином, фактор описує тип особистісної організації, що поєднує соціальну вразливість та імпульсивно-емоційні реакції.

### Фактор 3. «Контроль і внутрішня напруга» (8.45%)

До третього фактору увійшли два протилежно спрямовані показники: харчові установки за ЕАТ-26 (позитивне навантаження) та агресивність (негативне навантаження). Це свідчить про наявність двох альтернативних способів реагування на внутрішню напругу: або через підсилений когнітивний контроль, зосереджений на харчуванні та тілесності; або через зовнішню експресію напруження, що проявляється у агресивних тенденціях.

Фактор відображає латентний механізм, у якому внутрішня регуляційна напруга може набувати різних форм – від надконтролю до зовнішньої дезадаптивної розрядки. Тому даний компонент можна описати як вісь «контроль – експресія», що визначає спосіб управління внутрішніми конфліктами та напругою.

Узагальнюючи результати факторного аналізу, можна стверджувати, що у структурі психологічних характеристик респондентів виокремлюються три ключові латентні блоки:

«Емоційно-поведінкова реактивність», що характеризується поведінковими та емоційними реакціями на ситуативні стимули, з елементами агресивності.

«Соціально-емоційна вразливість», поєднане самотність та імпульсивність як маркерів емоційної нестійкості та дефіциту соціальної підтримки).

«Контроль і внутрішня напруга» – дві альтернативні стратегії саморегуляції – посилений контроль або агресивна розрядка.

Ці три компоненти відображають основні механізми психологічної регуляції, характерні для вибірки:

поведінково-емоційний механізм (реактивність, ситуативність),

соціально-емоційний механізм (вразливість, імпульсивність),

регуляційно-контрольний механізм (внутрішня напруга, спрямована або на контроль, або на агресивну експресію).

Таким чином, виявлена структура є внутрішньо узгодженою, теоретично обґрунтованою та емпірично підтверджує, що психологічні особливості респондентів формуються під впливом комплексної взаємодії емоційних, когнітивних, поведінкових і соціальних чинників. Це підкреслює багатовимірний характер досліджуваних феноменів та забезпечує підґрунтя для подальшого аналізу механізмів формування харчової поведінки, імпульсивності та емоційної регуляції у дорослій популяції.

### Висновки до 3 розділу

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, викладені в третьому розділі, можна сформулювати наступні висновки:

Харчові установки респондентів мають субклінічний, але напружений характер. За методикою ЕАТ-26 виявлено помірно підвищені показники харчової тривоги, зосередженості на контролі ваги та когнітивних обмежувальних установок за відсутності клінічно виражених розладів. Більшість учасників демонструють уважне, емоційно насичене ставлення до їжі й власного тіла, що відповідає сучасним соціокультурним тенденціям нормалізації «постійного контролю над собою» як ознаки успішності та самокерованості.

Профіль харчової поведінки є переважно регулятивним і збалансованим. За опитувальником DEBQ домінує стримане (обмежувальне) харчування за

помірного рівня зовнішнього та емоційного типів. Це свідчить про тенденцію до свідомого контролю харчових звичок, відносно достатню усвідомленість щодо прийому їжі та відсутність вираженої залежності від емоційних або суто ситуаційних тригерів. Гендерні відмінності у сфері харчових установок, типів харчової поведінки, самотності та імпульсивності не є визначальними.

Застосування критерію Манна–Уїтні не виявило статистично значущих розбіжностей між жінками та чоловіками за сумарними показниками EAT-26, усіма типами харчової поведінки за DEBQ, рівнем суб'єктивного відчуття самотності та імпульсивності. Це дає підстави стверджувати, що у межах даної вибірки гендер не є провідним чинником формування харчових установок та пов'язаних із ними психологічних характеристик. Такий результат відображає загальну тенденцію до «розмивання» традиційних гендерних моделей переживання тіла, емоцій та соціальної вразливості в умовах сучасної культури.

Вік виявляється помірним модератором окремих аспектів харчової поведінки та переживання самотності. Молодші респонденти (до 30 років) загалом проявляють вищу харчову тривогу, більш виражений контроль та емоційну вразливість у сфері харчування, а також демонструють тенденцію до вищих показників самотності. Старша група характеризується більш розвиненими формами соціально зумовленого контролю (зокрема, вищими показниками «орального контролю» та певним посиленням зовнішнього харчування) за загалом нижчих значень переживання самотності. Це може відображати поступову стабілізацію соціальних зв'язків і формування більш прагматичного ставлення до тіла й їжі в зрілому віці.

Самотність у досліджуваній вибірці має переважно низько–помірний рівень, із наявністю групи підвищеного ризику. Розподіл показників самотності демонструє концентрацію в зоні низьких і помірних значень, проте «хвіст» праворуч вказує на наявність респондентів із вираженим переживанням соціальної ізоляції. Гендерних відмінностей не виявлено; вікові – представлені у вигляді тенденції до вищої самотності у молодших учасників.

У цілому самотність не має прямого зв'язку з харчовими установками (EAT-26), проте демонструє наближені до значущих асоціації з емоційним та зовнішнім типами харчової поведінки, що вказує на можливе використання їжі як часткового способу емоційної саморегуляції.

Імпульсивність характеризується як відносно стабільна, універсальна характеристика, пов'язана насамперед із соціально-емоційною сферою. Рівень імпульсивності у вибірці є помірним, без суттєвих вікових і статевих відмінностей. Найбільш виражений зв'язок імпульсивності виявлено із суб'єктивною самотністю: чим вищою є імпульсивність, тим частіше респонденти переживають дефіцит підтримки та труднощі у взаємостосунках. Окрім цього, імпульсивність позитивно корелює із зовнішнім типом харчової поведінки, що відображає підвищену сенситивність до харчових стимулів серед осіб із менш розвиненим самоконтролем.

Харчові установки (EAT-26) виявляють специфічний, парадоксальний зв'язок із поведінковими проявами харчування (DEBQ). Високі показники EAT-26 негативно корелюють із усіма трьома типами харчової поведінки за DEBQ. Це означає, що інтенсивна когнітивна зосередженість на контролі ваги, тривога щодо їжі та обмежувальні установки не переходять у посилення емоційного, ситуативного чи навіть стриманого харчування, а радше асоціюються зі зниженням гнучкості харчових реакцій. Така конфігурація свідчить про ригідний, «перевантажений контролем» стиль регуляції, за якого їжа й тілесність стають полем внутрішньої напруги, але не завжди реалізуються у відвертих поведінкових порушеннях.

Виявлена факторна структура відображає три ключові механізми психічної регуляції, пов'язані з харчовою поведінкою.

Перший фактор – «Емоційно-поведінкова реактивність» – інтегрує емоційний, ситуативний (зовнішній) та стриманий типи харчування з елементами агресивності, формуючи уявлення про загальний стиль поведінкової відповіді на внутрішні й зовнішні стимули.

Другий фактор – «Соціально-емоційна вразливість» – поєднує самотність та імпульсивність як маркери емоційної нестійкості та дефіциту соціальної підтримки.

Третій фактор – «Контроль і внутрішня напруга» – відображає альтернативні стратегії реагування на внутрішній конфлікт: посилений когнітивний контроль, зосереджений на їжі та тілі, або ж зовнішня агресивна розрядка.

Така тривимірна структура підтверджує, що харчова поведінка в дорослому віці формується на перетині поведінково-емоційних, соціально-емоційних та регуляційно-контрольних механізмів.

Отримані результати свідчать, що навіть за відсутності клінічно виражених розладів харчування у респондентів наявна напружена система харчових установок і регулятивних стратегій, тісно пов'язаних із досвідом самотності, імпульсивністю, рівнем поведінкової реактивності та внутрішньою напругою. Їжа й тіло функціонують як ключові символічні ресурси самоконтролю, самопрезентації та управління тривогою, що дозволяє розглядати виявлені особливості харчової поведінки як психологічний симптом суперечностей між вимогами сучасної культури та потребою суб'єкта у самоприйнятті, стабільності й емоційній підтримці.

У цілому емпіричний розділ підтверджує багатовимірний характер порушень харчової поведінки та їх тісний зв'язок із соціально-культурним контекстом, емоційною регуляцією та особливостями особистісної організації, що створює підґрунтя для подальшого теоретичного узагальнення й розробки напрямів психологічної профілактики та корекції.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, у ході проведеного дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Проаналізовано наукові підходи щодо визначення та класифікації порушень харчової поведінки: розглянуто сучасні наукові концепції харчової поведінки, зокрема когнітивно-поведінковий, психодинамічний, нейробиологічний та соціокультурний підходи. Порушення харчової поведінки описано як багатофакторний феномен, у формуванні якого взаємодіють емоційно-регуляторні механізми, когнітивні установки щодо тіла й ваги, імпульсивність, особливості самооцінки, біологічні предиспозиції та впливи соціального середовища. Проаналізовано основні класифікації харчових порушень, що включають як клінічні форми (анорексія, булімія, компульсивне переїдання), так і субклінічні варіанти, пов'язані з дієтичними практиками, ригідним контролем, емоційним та ситуативним харчуванням. Такий аналіз забезпечив концептуальну основу для емпіричного дослідження та окреслив ключові параметри, які визначають сучасне розуміння харчової поведінки та її порушень.

2. Визначено зв'язок між імпульсивністю та типами харчової поведінки (емоційною, зовнішньою, обмежувальною) та встановлено, що імпульсивність суттєвіше пов'язана саме із зовнішнім типом харчової поведінки, частково — з емоційним, і практично не пов'язана з обмежувальним типом. Це дає підстави розглядати імпульсивність як чинник підвищеної чутливості до зовнішніх харчових стимулів, а не як основу для свідомого обмеження їжі.

3. Проаналізовано взаємозв'язки між харчовими установками, емоційним переїданням, імпульсивністю та самотністю. Встановлено, що харчові установки (EAT-26) не пов'язані з самотністю чи імпульсивністю, а відображають ригідний, «переконтрольований» стиль харчової поведінки (негативний зв'язок із усіма типами DEBQ). Самотність і імпульсивність демонструють тісну взаємодію та утворюють контур соціально-емоційної вразливості. Емоційне переїдання й зовнішнє харчування в цій конфігурації

виступають потенційними способами регуляції емоційного неблагополуччя (самотності, імпульсивності), а не прямим продовженням когнітивних харчових установок за ЕАТ-26.

4. Встановлено психологічні чинники ризику порушень харчової поведінки у сучасної людини. Вони проявляються не тільки як окремі риси (імпульсивність, самотність, харчова тривога), а як цілісні конфігурації:

- ригідні харчові установки у поєднанні з внутрішньою напругою;
- імпульсивність у поєднанні з переживанням самотності та підвищеною чутливістю до зовнішніх харчових стимулів;
- молодший вік у поєднанні з емоційною вразливістю та соціальними вимогами до тіла.

Такі конфігурації відображають комплексний характер психологічних механізмів ризику та підкреслюють багатовимірність сучасних порушень харчової поведінки.

Таким чином, це підтверджує розуміння порушень харчової поведінки як симптому сучасності, де тіло й їжа стають ключовими засобами контролю, самопрезентації та регуляції емоційної напруги.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Вплив оптимістичних упереджень на харчову поведінку людини. Теорія і практика сучасної психології. Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 3. Запоріжжя, 2018. С. 6– 11.
2. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип.55. Харків : ХНПУ, 2017. С. 9–19.
3. Абсалямова Л.М. Порушення харчової поведінки та якість життя: гендерний аспект. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С. 43-45.
4. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип. 55. Харків, 2017. С. 5–12.
5. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. Харків : «Стильна типографія», 2019. 393 с.
6. Аграс, В.С., Эпл, Р.Ф. Перемогти розлад харчової поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія при нервовій булімії та психогенному переїданні, покроковий посібник з самопомоги / пер. с англ. М.Д. Насими. Київ: «Диалектика», 2021. – 128с.
7. Берген Н.О., Алексеєва С.І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал. 2020. № 34(120). С.56-68.

8. Ворошиліна А. В. Особливості ставлення до тіла у особистості з різним типом харчової поведінки. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів ІV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С.66-68.
9. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. с англ.С.Л. Гумецької. Харків: Віват, 2022. 512 с.
10. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.
11. Етрусова Світлана. Розлади харчової поведінки: причини та симптоми. Електронний ресурс: Психосома. 2017. URL : [https://psychosoma.com/rasstrojstva\\_pishhevogo-povedeniya-prichiny-i-simptomu/](https://psychosoma.com/rasstrojstva_pishhevogo-povedeniya-prichiny-i-simptomu/)
12. Зарицька В.В. Психологія емоційного інтелекту: монографія. Запоріжжя: Видавничий дім "Гельветика", 2018. 280 с.
13. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. №4. С. 6–7.
14. Капталан Н.М. Особливості самосвідомості жінок з порушеннями харчової поведінки/ Габітус.2022, Вип. 41. С. 136-140.
15. Капталан Н.М. Соціально-особистісні детермінанти порушення харчової поведінки/ Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, IX (97), Issue: 246, 2021 Feb. С.52-55.
16. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5. С. 46.
17. Кіреєва З. О. Кушнерова Я. Г. Особливості адаптації підлітків у різних фазах біологічного циклу. Наукові записки Національного університету

- «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, червень 2019. № 8. С. 41–45.
18. Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт. 2020. Вип.2. С.91-98.
19. Кокоріна Ю.Є., Сейлов В.Г. Особливості прояву захисних стратегій особистості в умовах травматичних подій. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія : науковий журнал. Том 35 (74) № 3 2024.
20. Кононенко О. І. Психологічні аспекти впливу сімейного фактору на формування перфекціонізму особистості. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія. 2015. Т. 20. Вип. 1 (35).
21. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
22. Лембке Анна Дофамінове покоління. Де межа між болем та задоволенням / пер.з англ. Наталія Яцюк. Київ : Лабораторія, 2021. 208с.
23. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. – Вип. 5. – Ч. 1. – С. 160-165.
24. Малина О.Г., Чиганов С.Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. Збірник наукових праць “Проблеми сучасної психології” № 1(15). 2019. С. 78-88.
25. Медична газета «Здоров’я України 21 сторіччя» № 22 (515), 2021 р. Тематичний номер «Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія» № 4 (62) 2021 р. Електронне посилання: <https://health-ua.com/article/68755-psihosomatika-rozladv-harchovo-povednki>
26. Меннінг Дж., Ріджуей Н. Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріали / пер. з англ. В.А. Голіндера. Київ.: «Діалектика», 2020. 178с.

27. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного унту ім. І.Огієнка. К.-Подільський, 2009. Випуск 6.Ч.2.
28. Музика О.Л. курсові роботи з психології: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – 2-ге вид., перероб. і доп. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.. І Фрака, 2007. – 1044 с.
29. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник/ За заг.ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 3-тє видання, виправлене і доповнене. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2021. 200с.
30. Псядло Е. М., Піщевська Е. В., Кантарьова Н. В. Особливості ранньої соціалізації дітей, які заїкаються. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2024. № 17. С. 56–61.
31. Родіна Н.В. Розвиток копінгу протягом життєвого шляху особистості. Вісник Одеського Національного університету, Психологія. Том 19 № 1(31) (2014).
32. Рябова Н. М. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С.174-177.
33. Серга Т.О., Білоусенко М.В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки. № 2(7) 2022. С. 968-979.
34. Скотт Кауфман , переклад А. Махровська За межами піраміди потреб. Друге видання Київ, «Лабораторія» 2021, 186с.
35. Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис... доктора психол. наук. К., 2017. 40 с.
36. Шебанова В. І. Психологічні умови та технології формування здоров'язберезувальної компетентності щодо харчової поведінки.

- Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 506-530.
37. Шевченко Н.Ф. Індивідуальне психологічне консультування: навчальний посібник для здобувачів ступеня магістра спеціальності «Психологія». Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2018. 224с.
38. A Kent, G Waller. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. 20(7):887-903. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00018-5.
39. Alberto Rossi A., Tagliagambe A., Scuderi A., Dalla Ragione L., Mannarini S. (2025). The Path from Childhood Emotional Maltreatment to Disordered Eating Behaviors: The Role of Reflective Functioning and Food Addiction. 17(11):1863. doi: 10.3390/nu17111863.
40. Anderson, M. (1988). Anorexia and Modernism, or How I Learned to Diet in All Directions. *Discourse*, 11(1), 28–41. <http://www.jstor.org/stable/41389106>
41. Egloff G. (2023). Essstörungen: Aufriss postmoderner Psychodynamik [Eating Disorders: An Outline of Postmodern Psychodynamics]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 72(3), 192–207. <https://doi.org/10.13109/prkk.2023.72.3.192>
42. Albertsen, M. N., Natvik, E., and Råheim, M. (2019). Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder-movement toward health: a phenomenological study. *J. Eat. Disord.* 7, 1–12. doi: 10.1186/s40337-019-0264-0
43. Bessel Van der Kolk. *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin. 1st edition. 2014. 464 p.
44. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia nervosa/purging disorder. *Curr Prob Ped Adoles Health Care*. 2017;47(4):85-94. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.004
45. Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., Mancini, M., Ricca, V., and Stanghellini, G. (2022). Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches

- to eating disorders. *Eat. Weight Disord. Stud.* 27, 2273–2289. doi: 10.1007/s40519-022-01379-6
46. Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. *Trauma Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. 2012. 308 p.
47. Cuzzolaro M. Body schema and body image: history and controversies. *Body Image Eat Weight*. 2018. doi:10.1007/978-3-319-90817-5\_1
48. Garner DM, Garfinkel PE. “The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa.” *Psychological Medicine*. 1979;9(2):273-279. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/472072/>)
49. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. “The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates.” *Psychological Medicine*. 1982 Nov;12(4):871-8 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6961471/>)
50. Garner BR, Hunter BD, Smith DC, Smith JE, Godley MD. The relationship between child maltreatment and substance abuse treatment outcomes among emerging adults and adolescents. *Child Maltreat.* 2014;19:261–9. <https://doi.org/10.1177/1077559514547264>
51. Goodman J., Leong K.C., Packard M.G. Emotional modulation of multiple memory systems: Implications for the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Journal of Reviews in the Neurosciences*. 2012. Vol. 23(5–6). P. 627–643.
52. Gordon RA. The history of bulimia nervosa. In: *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. 2015:25–38. doi: 10.1002/9781118574089.ch3
53. Isobel S., Goodyear M.J., Foster K.N. Psychological Trauma in the Context of Familial Relationships: A Concept Analysis. *Journal of Trauma, Violence, & Abuse*. 2017. Vol. 20(2). P. 255–265.
54. Jepsen Trangsrud, L. K., Borg, M., Bratland-Sanda, S., and Klevan, T. (2020). Embodying experiences with nature in everyday life recovery for persons with eating disorders. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17:2784. doi: 10.3390/ijerph17082784

55. Juli M. R. (2012). Analysis of multi-instrumental assessment of eating disorders: comparison between Anorexia and Bulimia. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1, S119–S124.
56. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psycholog Bull.* 2003;129(5):747–769. doi:10.1037/0033-2909.129.5.747
57. Keene AC, Epps J. Childhood physical abuse and aggression: shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse Negl.* 2016;51:276– 83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.012>
58. Kiely, L., Conti, J., and Hay, P. (2024). Anorexia nervosa through the lens of a severe and enduring experience: ‘lost in a big world’. *J. Eat. Disord.* 12:12. doi: 10.1186/s40337-023-00953-2
59. Klumpers F., Kroes M.C.W., Baas J.M.P., Fernández G. Neuroimaging effects of early psychosocial deprivation and chronic trauma on brain development. *Journal of Neuroscience.* 2017. Vol. 37(40). P. 12.
60. Kokorina, Yuliia, Psatii Alla Eating behavior as a form of self-attitude. «Insight: The Psychological dimensions of society». 2021 Issue 5. Pp.11-29.
61. Marks A. The evolution of our understanding and treatment of eating disorders over the past 50 years. *J Clin Psychol.* 2019;75(8):1380-2019. doi:10.1002/jclp.22782
62. McCrory E., Gerin M., Viding E. Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines.* 2017. Vol. 58(4). P. 338– 357.
63. Monteleone A.M., Tzischinsky O., Cascino G., Alon S., Pellegrino F., Ruzzi V., Latzer Y. (2022). The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: a network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. 27(1):253-261. doi: 10.1007/s40519-021-01169-6.

64. Renee D Rienecke, Craig Johnson, Daniel Le Grange, Jamie Manwaring, Philip S Mehler, Alan Duffy, Susan McClanahan, Dan V Blalock. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma. 20;10(1):72. doi: 10.1186/s40337-022-00594-x.
65. Russell G. The history of bulimia nervosa. In: Handbook of Treatment for Eating Disorders (Second Edition).
66. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979;9(3):429-48. doi:10.01017/s0033291700031974
67. Silva EBF, Teles MdFRP, Castro NLSd, Souza CPd and Bloc LG (2025) Phenomenological approach to eating disorders: a scoping review. Front. Psychol. 16:1547214. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1547214
68. Timothy D. Brewerton. (2022). Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. Volume 10, article number 162. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-022-00696-6>
69. Fuchs, T. (2022). The disappearing body: anorexia as a conflict of embodiment. Eat. Weight Disord. Stud. 27, 109–117. doi: 10.1007/s40519-021-01122-7
70. Weinreb, A. (2024, September 18). Anorexia, Bulimia, and the Embodiment of Capitalist Consumer Culture. Oxford Research Encyclopedia of Food Studies. Retrieved 19 Nov. 2025, from <https://oxfordre.com/foodstudies/view/10.1093/acrefore/9780197762530.001.0001/acrefore-9780197762530-e-119>.