

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут
міжнародних відносин і соціальних наук

Кафедра психології

Костенко Олександра Петрівна

Кваліфікаційна робота

на тему: **«Психологічна допомога особам із розладами
харчової поведінки»**

Група ТУбц-8-24-М₁ПС (2,0здс)

Спеціальність: 053 Психологія

Спеціалізація: -

Рівень вищої освіти: магістр

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело*

Науковий керівник

Кандидат

психологічних наук

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

О.П. Костенко

(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту в ЕК

Завідувач кафедри

Д.пс.н.,професор

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

О.П. Хомчук

(прізвище та ініціали)

(підпис)

В.Б. Синякова

(прізвище та ініціали)

Київ 2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

Навчально-науковий інститут міжнародних відносин і соціальних наук

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія, освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

д.пс.н., професор Синякова В. Б.

«__» _____ 2026 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Костенко Олександрі Петрівні

1. Тема роботи Психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки

керівник роботи Хомчук Олена Павлівна, к.психол.н.

затверджені наказом ПРАТ ВНЗ «МАУП» від «__» _____ 20__ року №__

2. Строк подання здобувачем освіти роботи «__» _____ 20__ р.

3. Вихідні дані до роботи: аналіз клініко-психологічної літератури, емпіричне дослідження під час проходження переддипломної практики.

4. Перелік питань, які потрібно розробити:

- 1) проаналізувати наукову літературу з проблематики дослідження;
- 2) проаналізувати результати емпіричного дослідження;
- 3) розробити програму психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки;

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ім'я та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1	Хомчук О.П., кандидат психологічних наук	09.02.2026	21.02.2026
2	Хомчук О.П., кандидат психологічних наук	24.02.2026	17.03.2026
3	Хомчук О.П., кандидат психологічних наук	18.03.2026	14.04.2026

6. Дата видачі завдання 05.01.2026 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	13.01.2026	Виконано
2	Вивчення літературних джерел	20.01.2026	Виконано
3	Збирання матеріалу	27.01.2026	Виконано
4	Обробка матеріалу	9.02.2026	Виконано
5	Виконання розділу 1	21.02.2026	Виконано
6	Виконання розділу 2	17.03.2026	Виконано
7	Виконання розділу 3	14.03.2026	Виконано
8	Формулювання висновків	01.04.2026	Виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії перевірка на плагіат.	25.04.2026	Виконано
10	Подання роботи на кафедру	02.05.2026	Виконано

Студент _____ О. П. Костенко
(підпис)

Керівник роботи _____ О. П. Хомчук
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Костенко О.П. «Психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки» – кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеню «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» у галузі знань 05 – Соціальні та поведінкові науки. – ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом».

Науковий керівник: Хомчук О. П.

Робота містить 121 сторінку, 10 таблиць, 4 рисунка, 4 додатка, 70 джерел.

У магістерській роботі досліджено психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки та розроблено програму психологічної допомоги, спрямовану на корекцію дезадаптивних харчових патернів, емоційного стану й образу тіла. Актуальність теми зумовлена зростанням поширеності РХП та їх біопсихосоціальною природою.

У теоретичній частині проаналізовано основні типи РХП, етіологічні чинники та механізми формування. Визначено ключові психологічні особливості: емоційна нестабільність, перфекціонізм, знижена самооцінка та когнітивні викривлення, а також роль образу тіла й емоційної регуляції.

Емпіричне дослідження (47 осіб) із застосуванням EAT-26, BDI, BIT та MMPI-2 виявило високий рівень симптомів РХП, депресії та негативного образу тіла. Встановлено сильні кореляційні зв'язки між цими показниками.

Розроблена програма допомоги базується на біопсихосоціальному підході та включає діагностичний, стабілізаційний, психокорекційний і підтримуючий етапи за участю мультидисциплінарної команди. Її ефективність підтверджено позитивною динамікою показників, хоча поведінкові прояви потребують тривалішої корекції. Практичне значення роботи полягає у можливості використання програми в психологічній і психотерапевтичній практиці.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, анорексія, булімія, компульсивне переїдання, психологічна допомога, депресія, емоційна регуляція, психотерапія, мультидисциплінарний підхід, EAT-26, BDI, BIT.

ABSTRACT

Kostenko O.P. “Psychological Assistance for Individuals with Eating Disorders” – qualification thesis manuscript.

Qualification thesis for obtaining the Master’s degree in specialty 053 “Psychology” within the field of knowledge 05 – Social and Behavioral Sciences. – PJSC “Interregional Academy of Personnel Management.”

Scientific supervisor: Khomchuk O.P.

The thesis comprises 120 pages, 10 tables, 4 figures, 4 appendices, and 70 references.

The master’s thesis examines the psychological characteristics of individuals with eating disorders and develops a psychological assistance program targeting maladaptive eating patterns, emotional state, and body image. The topic is relevant due to the increasing prevalence and biopsychosocial nature of eating disorders.

The theoretical section outlines the main types, causes, and mechanisms of eating disorders, highlighting key features such as emotional instability, perfectionism, low self-esteem, and cognitive distortions, along with the role of body image and emotional regulation.

An empirical study (47 participants) using EAT-26, BDI, BIT, and MMPI-2 revealed high levels of symptoms, depression, and negative body image, with strong correlations between these variables.

The developed program, based on a biopsychosocial approach, includes diagnostic, stabilization, psychocorrectional, and supportive stages within a multidisciplinary framework. Its effectiveness is confirmed by positive changes in key indicators, though behavioral symptoms require longer-term intervention.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating, psychological assistance, body image, depression, emotional regulation, psychotherapy, multidisciplinary approach, EAT-26, BDI, BIT.

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ.....	7
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	13
1.1.Розлади харчової поведінки як біологічне та соціально-психологічне явище.....	13
1.2.Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки.....	20
1.3.Підходи до психологічної допомоги при розладах харчової поведінки....	26
Висновки до розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	44
2.1.Організація та методи емпіричного дослідження психологічних осіб із розладами харчової поведінки.....	44
2.2.Аналіз і узагальнення результатів емпіричного дослідження.....	53
2.3.Інтерпретація результатів у контексті психологічної допомоги.....	74
Висновки до розділу 2.....	76
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	79
3.1.Принципи та етапи надання психологічної допомоги.....	79
3.2.Розробка програми психологічної допомоги.....	85
3.3.Оцінка ефективності розробленої програми.....	96
Висновки до розділу 3.....	103
ВИСНОВКИ.....	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	108
ДОДАТКИ.....	115

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ

РХП – розлади харчової поведінки

АН – анорексія нервова

БН – булімія нервова

КП – компульсивне переїдання

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ТА – транзактний аналіз

ТОТ – тілесно-орієнтована терапія

ВСТУП

Актуальність теми роботи. Проблематика розладів харчової поведінки у сучасному суспільстві набуває дедалі більшої актуальності. Харчування, яке є базовою біологічною потребою, в умовах соціальних трансформацій, інформаційного перенасичення та хронічного стресу перетворюється на психологічно значущу сферу, у якій відображаються внутрішні конфлікти особистості, проблеми контролю, самоцінності та тілесної ідентичності. Людина ХХІ століття дедалі частіше опиняється у полоні ідеалізованих уявлень про красу, успішність і самоконтроль, що сприяє формуванню дезадаптивних способів взаємодії з тілом і їжею.

Особливо гостро проблема розладів харчової поведінки проявляється серед молоді та жінок, а також осіб із підвищеним рівнем тривожності, низькою самооцінкою та травматичним досвідом. Поширення анорексії, булімії та компульсивного переїдання свідчить про кризу не лише фізичного, а й психічного здоров'я сучасної людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я кількість осіб із розладами харчової поведінки має стійку тенденцію до зростання, а серед підлітків і молодих жінок ці показники набувають характеру серйозної соціально-медичної проблеми.

Після початку повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість звернень по психологічну допомогу, пов'язаних із тривожними та депресивними станами, емоційною дезадаптацією та порушеннями харчової поведінки. Для багатьох людей їжа стає способом зниження внутрішньої напруги, компенсації емоційного болю або формою відновлення суб'єктивного контролю в умовах невизначеності та хронічного стресу. Це зумовлює необхідність глибшого аналізу психологічних механізмів РХП і розроблення ефективних моделей психологічної допомоги, адаптованих до українського соціокультурного контексту.

Актуальність дослідження підсилюється також тим, що в Україні бракує комплексних наукових робіт, присвячених саме психологічним аспектам

розладів харчової поведінки. Більшість наявних досліджень мають переважно медичний або психіатричний фокус, тоді як психотерапевтичний і консультативний вимір проблеми залишається недостатньо опрацьованим. Необхідним є аналіз ефективності різних психотерапевтичних підходів - когнітивно-поведінкового, гештальт-терапії, психодинамічного та гуманістичного – у наданні допомоги особам із розладами харчової поведінки.

Практичний досвід авторки у сфері психологічної допомоги особам із залежною поведінкою, військовим та людям із психічними розладами засвідчує високу поширеність супутніх симптомів харчових порушень – булімічних епізодів, компульсивного переїдання, поєднання залежної поведінки з негативним образом тіла. Саме цей досвід став мотиваційним чинником для поглибленого аналізу психологічних механізмів РХП та пошуку ефективних стратегій психологічної допомоги.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування, емпіричне вивчення та розробка програми психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки.

Завдання дослідження. Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення феномену розладів харчової поведінки.
2. Визначити психологічні особливості та механізми формування розладів харчової поведінки.
3. Дослідити взаємозв'язок харчової поведінки, образу тіла, депресивної симптоматики та глибинних особистісних характеристик.
4. Розробити програму психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки.

Об'єкт дослідження – розлади харчової поведінки як психічні явища.

Предмет дослідження – психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки.

Теоретичну основу дослідження становлять праці вітчизняних і зарубіжних психологів, присвячені проблемам емоційної регуляції, тілесності, особистісної організації та харчової поведінки (З. Фрейд, К. Фербьорн, А. Бек, Ф. Перлз, К. Роджерс, М. Брайант, С. Гуревич, О. Кочарян, Н. Пов'якель, Л. Орбан-Лембрик, Т. Яценко та ін.). Методологічною основою є принципи системного, особистісно-орієнтованого та гуманістичного підходів, а також біопсихосоціальна модель розладів харчової поведінки.

Гіпотези дослідження. Основна гіпотеза дослідження полягає в тому, що розлади харчової поведінки мають багаторівневу психологічну природу та зумовлюються взаємодією поведінкових, афективних і глибинних емоційно-особистісних чинників.

Додаткові гіпотези дослідження:

1. Існує взаємозв'язок між рівнем порушеної харчової поведінки та характером образу тіла.
2. Рівень депресивної симптоматики пов'язаний зі ступенем викривлення образу тіла.
3. Глибинні особистісні порушення пов'язані з вираженістю розладів харчової поведінки.
4. Негативний образ тіла асоціюється з більш вираженими емоційно-особистісними порушеннями.
5. Розлади харчової поведінки мають ієрархічну психологічну структуру.
6. Існують статеві відмінності у психологічних проявах РХП.

Методи дослідження. У дослідженні застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів: аналіз, порівняння та узагальнення наукових джерел; психодіагностичні методики – опитувальник харчової поведінки ЕАТ-26, шкала депресії Бека (BDI), методика оцінки образу тіла, Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник (MMPI-2); спостереження, анкетування, інтерв'ю.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- вперше в межах комплексного емпіричного дослідження розладів харчової поведінки обґрунтовано їх багаторівневу психологічну структуру, що

включає поведінкові, афективні та глибинні емоційно-особистісні компоненти, що підтверджуює системний характер РХП у межах біопсихосоціальної моделі.

- уточнено та емпірично підтверджено взаємозв'язок між рівнем порушеної харчової поведінки та характером образу тіла, зокрема показано, що високі показники за опитувальником ЕАТ-26 асоціюються з переважанням негативного образу тіла, що розширює наукові уявлення про роль тілесного самосприйняття у формуванні та підтриманні РХП.

- поглиблено наукові уявлення про зв'язок образу тіла з депресивною симптоматикою, доведено, що негативний образ тіла поєднується з вищим рівнем депресивних переживань, які виступають важливим чинником емоційної дезадаптації осіб із розладами харчової поведінки.

- вперше у межах даної вибірки емпірично обґрунтовано зв'язок між глибинними особистісними порушеннями, виявленими за допомогою ММРІ, та вираженістю розладів харчової поведінки, що підтверджує провідну роль особистісних механізмів у формуванні та підтриманні РХП.

- розширено уявлення про психологічне значення негативного образу тіла як індикатора глибинних емоційно-особистісних порушень, зокрема депресії та психастенії, що дозволяє розглядати образ тіла як ключову ланку між поведінковими та особистісними рівнями психологічної дезадаптації.

- уточнено характер статевих відмінностей у психологічних проявах розладів харчової поведінки, зокрема показано, що негативний образ тіла частіше спостерігається у жінок, тоді як глибинні особистісні та афективні порушення мають подібну спрямованість у представників обох статей, що зумовлює часткове підтвердження відповідної гіпотези.

Апробація дослідження. Апробація результатів емпіричного дослідження проводилися на базі проходження переддипломної практики у центрі психосоматичної та відновної медицини Recovery, що підтверджено довідкою(Додаток Д)

Практична значущість роботи полягає у можливості використання результатів дослідження в діяльності практичних психологів, психотерапевтів і

фахівців центрів ментального здоров'я, а також у застосуванні розробленої програми психологічної допомоги в індивідуальній і груповій роботі.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі списку скорочень та умовних позначок, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (70 найменувань) і додатків. Основний зміст роботи викладено на 121 сторінках, містить 10 таблиць, 4 рисунка, 4 додатка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Розлади харчової поведінки як біологічне та соціально-психологічне явище.

Розлади харчової поведінки розглядаються як складне та багатовимірне явище, що знаходиться на перетині клінічної психології, психіатрії та соціальної психології. Відповідно до МКХ-11, РХП визначаються як група психічних розладів, для яких характерними є патологічні переконання щодо маси тіла, харчування та способів контролю ваги, які супроводжуються характерними біологічними, когнітивними, емоційними та поведінковими змінами та спричиняють суттєві фізичні, психологічні та соціальні порушення функціонування[9]. Подібне трактування міститься й у DSM-5-TR, де підкреслюється, що ці розлади викликають значне психологічне страждання та суттєво погіршують якість життя людини [20].

Біологічні механізми посідають важливе місце серед причин РХП, адже численні дослідження демонструють суттєву роль спадкових та нейробиологічних передумов[22;45]. Генетичні дослідження, зокрема близнюкові, показують високий рівень успадкованості нервової анорексії та булімії, що свідчить про вроджену уразливість до дисфункцій харчової регуляції[69]. Родичі першого ступеня ризику демонструють підвищену ймовірність розвитку РХП, що додатково підтверджує значущість генетичного компоненту[45].

З біологічної точки зору важливу роль відіграють нейромедіаторні системи. Наприклад дисбаланс серотоніну – нейромедіатора, що регулює апетит, імпульсивність, тривожність та емоційну стабільність – часто виявляється у клієнтів із анорексією та булімією [48].

Дослідження також виділяють роль дофамінергічної системи, відповідальної за систему «винагорода», що пояснює компульсивний характер переїдання при деяких формах РХП [49].

Порушення гормональної регуляції (лептин, грелін, інсулін) впливають на сигнали голоду та насичення, формуючи неадекватну реакцію на харчові стимули [12].

Не менш значущим є вплив особливостей нервової системи: нейрональна гіперчутливість до стресу, порушення інтероцепції та знижена толерантність до фрустрації формують специфічний профіль вразливості, що може сприяти виникненню РХП у відповідь на зовнішні тригери [60; 59].

У психологічному вимірі РХП пов'язані насамперед із труднощами емоційної регуляції, високим рівнем тривожності, депресивними переживаннями та залежними формами поведінки. Сучасні дослідження акцентують увагу на роль викривлених уявлень про власне тіло, підвищений перфекціонізм та проблеми із самоконтролем як ключових механізмів формування патологічних харчових патернів [23; 28]. Нейробіологічні моделі підкріплюють це, розглядаючи РХП як розлади, що формуються внаслідок змін у функціонуванні мозкових систем, пов'язаних з винагородою, імпульсивністю та тривожністю [43; 46].

Психологічні чинники відіграють провідну роль у формуванні та підтриманні розладів харчової поведінки, оскільки внутрішні переживання, особистісні риси та механізми психічної регуляції визначають спосіб взаємодії людини з тілом, емоціями та їжею[22]. Одним із базових предикторів розвитку РХП є низька самооцінка, яка зумовлює схильність до постійного самокритичного порівняння, фіксації на зовнішності та залежності від соціального схвалення, [38; 53]. Такі особи часто переживають хронічне відчуття власної «недостатності», що посилює прагнення отримати контроль над тілом як спосіб віднайти внутрішню стабільність [18; 47].

Вагомим чинником є перфекціонізм, особливо його дезадаптивні форми, що пов'язані зі строгими стандартами та гіперкритичністю[31;40].

Перфекціоністичні риси часто поєднуються з ригідністю мислення, формуючи замкнене коло(Рис. 1.1)[7; 30].



Рис. 1.1. Замкнуте коло, сформоване перфекціонізмом, у циклі РХП.

Значну роль відіграють труднощі емоційної регуляції, коли їжа стає способом впоратися зі стресом, тривогою чи внутрішньою порожнечою [1; 14; 28]. Компульсивне переїдання може виникати як реакція на інтенсивні негативні переживання, які людина не здатна усвідомити або виразити іншим способом[46]. Натомість відмова від їжі часто слугує способом відновлення контролю в умовах переживаного хаосу [25].

Серед інших значущих психологічних предикторів виокремлюють алекситимію[23], підвищену тривожність і соціальна чутливість[8; 33], психологічні травми, пов'язані з тілесністю або соромом за тіло[19; 42] та когнітивні переконання, спрямовані на залежність цінності особистості від зовнішності [10; 27; 52].

Ці чинники взаємодіють між собою і формують специфічні патерни мислення та поведінки, які не лише провокують розвиток РХП, але й підтримують його через повторювані цикли самокритики, уникнення та дезадаптивної регуляції емоцій[9; 34; 48].

Соціальні чинники визначають середовище, у якому формується підвищений ризик розвитку РХП, оскільки сучасна культура надмірно

фокусується на зовнішності, успішності та контролі[9;10]. Одним із найвпливовіших чинників є медіа та соціальні мережі, які демонструють стандартизовані й часто нереалістичні ідеали тіла [54;55;63]. Постійний контакт з відретушованими образами та трендами «ідеального тіла» спричиняє зростання незадоволення власною зовнішністю та посилює ризик розвитку порушень харчової поведінки [16; 29; 49].

Важливим соціальним фактором є сімейне середовище. Стиль виховання, ставлення до їжі, коментарі про вагу та рівень емоційної підтримки значною мірою впливають на формування відношення до власного тіла [28; 35; 45]. Надмірний контроль, жорсткі заборони або критика можуть формувати тенденцію до сорому за тіло й сприяти дезадаптивним механізмам регуляції[12; 20].

До значущих соціальних чинників також належать культурні норми худорлявості та успіху[21; 53; 58], гендерні очікування щодо зовнішності[55], вплив однолітків та булінг[19; 31; 63], соціальний тиск щодо «фітнес-естетики»[52; 59] та професійні середовища з високими вимогами до тіла (спорт, танці, мода)[11; 43].

Такі чинники створюють зовнішній тиск, який у поєднанні з психологічними вразливостями формує підсилений ризик виникнення та хроніфікації РХП [37; 38; 47].

РХП не лише виникають під впливом певних факторів, а й підтримуються низкою внутрішніх механізмів, які визначають стійкість патологічної поведінки. Такими механізмами є:

1. Спотворений образ тіла. Людина з РХП часто відчуває глибоке невдоволення зовнішністю, навіть якщо об'єктивно має нормальні або низькі показники ваги [1]. Будь-які зміни у вазі сприймаються загрозливо, а відповідні компенсаторні дії – як необхідність для підтримання відчуття контролю та безпеки[3].

2. Порушена самооцінка. Залежність почуття власної цінності від параметрів тіла є типовою для більшості осіб із РХП. Самооцінка стає

умовною та нестабільною, а позитивне ставлення до себе можливе лише за умови відповідності певним стандартам худорлявості [2; 8].

3. Емоційна дисрегуляція. Харчова поведінка через емоційну нестабільність виконує функцію своєрідного «емоційного регулятора» – через обмеження, очищення чи переїдання [10; 15].

4. Тривога та внутрішня напруга часто передують та супроводжують РХП. Для одних клієнтів голодування знижує інтенсивність тривоги й дає відчуття контролю, для інших – імпульсивне переїдання тимчасово зменшує напругу, формуючи замкнуте коло сорому та повторних епізодів [6; 14].

Розлади харчової поведінки (РХП) у сучасній психології й психіатрії розглядаються як багатовимірні порушення, що формуються на перетині біологічних, психологічних та соціальних чинників[1]. Усі ці компоненти взаємодіють у складний спосіб, створюючи динаміку формування патологічних харчових патернів, що характеризуються хронічністю, схильністю до рецидивів і високою стійкістю до терапевтичних впливів [2; 4].

Такий поліетіологічний характер підкреслює потребу в комплексному аналізі факторів, що сприяють розвитку РХП, а також механізмів, які підтримують і закріплюють патологічні форми харчової поведінки.

У сучасних міжнародних класифікаціях – DSM-5-TR та МКХ-11 – виділено кілька основних форм розладів харчової поведінки, кожна з яких має специфічні клінічні прояви, механізми формування та психологічні детермінанти [9; 20]. Їх розмежування дозволяє точніше встановити діагноз та підібрати відповідні психотерапевтичні методи лікування. Далі розглянемо основні види із особливостями їх перебігу та симптомами.

Анорексія нервова (АН; за МКХ-11 – 6B80) є однією з найбільш відомих і небезпечних форм РХП, що характеризується навмисним обмеженням споживання їжі, яке призводить до значного зниження маси тіла та спробами опідтримувати її на мінімально допустимому рівні[18; 25]. Вона має одні з найвищих показників летальності серед психічних розладів[26]. Смертність

зумовлена як важкими фізичними ускладненнями (електролітні порушення, серцеві аритмії, виснаження), так і підвищеним ризиком суїциду[45].

Важливим діагностичним компонентом є інтенсивний страх набрати вагу, навіть за умов вираженої худорлявості, а також викривлене сприйняття власного тіла та надмірна зосередженість на його «недоліках» [22; 38].

Клінічна картина може включати такі симптоми:

- ритуалізовані патерни харчування (надмірне нарізання їжі, уповільнене споживання, жорсткі правила «дозволених» продуктів);
- надмірну фізичну активність як спосіб «спалити» калорії;
- уникання прийомів їжі в присутності інших;
- нав'язливий контроль ваги або, навпаки, повне уникнення зважувань.

У розвитку анорексії беруть участь генетичні та нейробіологічні фактори. Зокрема, дослідження показують порушення функціонування дофамінової та серотонінової систем, що впливають на механізми винагороди, контроль імпульсів та емоційну регуляцію [43; 47; 52].

Зпсихологічної точки зору анорексію пов'язують зі дезадаптивним перфекціонізмом, високою потребою у контролі, страхом втрати автономії, труднощами саморегуляції та схильністю до obsesивно-компульсивних патернів[31; 40; 23]. До внутрішніх факторів також належать емоційна ригідність, алекситимія та підвищена тривожність [33; 48].

Соціальні чинники, як-от сімейні очікування, культура худорлявості, медійні стандарти краси та тиск соціальних мереж, значно посилюють патологічні переконання щодо ваги й необхідності контролю над тілом[14; 24; 44].

Булімія нервова (БН; за МКХ-11 - 6B81) характеризується повторюваними, часто неконтрольованими епізодами переїдання, після яких людина здійснює компенсаторні дії для “нейтралізації” поглинутих калорій – викликає блювання, використовує проносні засоби, суворі дієти, голодування або інтенсивні фізичні навантаження[9; 20; 56]. Центральною ознакою є втрата

контролю під час епізоду переїдання/очищення, що супроводжується почуттями сорому, провини, тривоги та внутрішньої напруги[14; 23].

Ключові характеристики булімії включають:

- «приховане» харчування, тобто спроби приховати факт переїдання навіть від близьких людей[28];
- циклічний характер перебігу: переїдання → очищення → полегшення → зростання тривоги → новий епізод [20; 31];
- надмірну залежність самооцінки від маси тіла та зовнішності [9; 45];
- емоційну дисрегуляцію, яка часто стає пусковим фактором для переїдання [23; 31; 57].

Булімія нерідко пов'язана з депресією, тривожними розладами, імпульсивністю та емоційною нестабільністю [23; 28; 40]. У багатьох клієнтів спостерігається механізм «емоційної їжі», коли епізоди переїдання слугують способом тимчасового зменшення емоційного болю або внутрішньої напруги [31; 57].

Соматичні наслідки БН можуть включати ерозію зубної емалі, ушкодження стравоходу, порушення електролітного балансу, зміни серцевого ритму, що пов'язані з регулярним блюванням та іншими компенсаторними діями [41; 52; 59].

Компульсивне переїдання (Binge-Eating Disorder; за МКХ-11 – 6B82) є окремою формою РХП, офіційно визнаною DSM-5-TR і МКХ-11. На відміну від булімії нервової, епізоди надмірного споживання їжі не супроводжуються компенсаторною поведінкою, що зумовлює підвищені ризики надмірної ваги чи ожиріння [9; 20].

Основні клінічні критерії КП включають:

- епізоди швидкого споживання великої кількості їжі, часто до вираженого фізичного дискомфорту;
- відчуття втрати контролю над поведінкою під час епізоду;
- епізоди харчування у відсутності фізичного голоду;
- переживання сорому, провини, бажання ізоляції після переїдання[42].

Нейробіологічні моделі підкреслюють участь системи винагороди, що проявляється у підвищеній чутливості до харчових стимулів. КП часто поєднується з депресивною симптоматикою, генералізованою тривогою та залежними патернами поведінки [35].

Цей тип РХП часто пов'язується з емоційними порушеннями, зниженим рівнем самоприйняття та нестабільністю внутрішнього стану. Значну роль відіграють соціальні стресори, міжособистісні конфлікти, досвід дитячих травм та негативні взаємини з тілом і їжею [32; 33].

Обидві міжнародні системи класифікації (DSM-5-TR і МКХ-11) розглядають РХП як комплексний розлад із чітко визначеними поведінковими, емоційними та когнітивними критеріями[23]. DSM-5-TR акцентує увагу на частоті епізодів, рівні дезадаптації й тривалості симптомів, тоді як МКХ-11 зосереджується на клінічно значущому порушенні регуляції харчової поведінки, впливі на фізичний стан та функціонування [9; 20].

Таке структуроване бачення дозволяє фахівцям точніше визначати тип РХП і добирати відповідні методи психологічної допомоги [28; 37].

1.2. Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки

Психологічні особливості осіб із РХП формують складну систему особистісних характеристик під впливом інтеграції кількох груп чинників. Такими чинниками є особистісні риси (перфекціонізм, емоційна нестабільність, умовна самооцінка)[7; 9], когнітивні викривлення (дихотомічне мислення, інтерналізація ідеалів, катастрофізація)[12; 14], родинні чинники (гіперконтроль, критика, травма, моделі харчування)[22] та соціальні і культурні детермінанти (медіа, гендерні норми, стандарти краси)[25].

Це складне переплетіння механізмів створює високий ризик виникнення і підтримання симптомів РХП і суттєво впливають на здатність до

психоемоційної саморегуляції, визначаючи специфіку ефективних психотерапевтичних втручань [28; 57].

Перфекціонізм є однією з найхарактерніших та найбільш досліджених особистісних рис серед людей, які страждають на розлади харчової поведінки [6; 11; 14]. Він проявляється у схильності до встановлення завищених, малодосяжних стандартів, де власна цінність ототожнюється з ідеальним тілом, силуетом або здатністю контролювати харчування [9; 15]. Такі особи надзвичайно вразливі до критики, переживають інтенсивний страх помилки та прагнуть абсолютної керованості як емоціями, так і тілом [22].

Наукові дослідження підтверджують, що перфекціонізм є трансдіагностичною рисою, яка не лише передуює виникненню РХП, а й підтримує їх хронічний перебіг, посилюючи неприйняття власного тіла та загострюючи патологічну харчову поведінку [24; 29; 31]. У багатьох випадках ця риса поєднується з ригідними переконаннями щодо успіху, волі та контролю, що робить лікування складнішим [33].

Підвищена емоційна чутливість та нестійкість настрою, труднощі у розпізнаванні власних переживань, схильність до емоційних «гойдалок» і прояви алекситимії також притаманні значній частині осіб із РХП [7; 10; 13]. Харчова поведінка стає способом емоційної регуляції у вигляді голодування, що знижує тривогу та створює відчуття сили й контролю [16; 27]; переїдання - діє як механізм емоційного «знеболення», тимчасово заглушаючи внутрішній біль [14; 30] та/чи очищувальна поведінка - дає короточасне полегшення і відчуття «звільнення» [16; 28].

Хронічна емоційна нестабільність спричиняє повторюваність деструктивних циклів і формує один із центральних механізмів підтримання розладу [34; 36].

Більшість клієнтів із РХП мають занижену, нестійку та умовну самооцінку, яка базується переважно на зовнішності, вазі та здатності контролювати харчування [3; 8; 12]. Людина сприймає себе позитивно лише тоді, коли відповідає власним високим або соціально нав'язаним стандартам

тіла [18; 20]. Найменші коливання ваги викликають відчуття провалу, сорому та страху втратити цінність в очах інших [25; 26].

Такі емоційні особливості підвищують ризик депресивних реакцій, тривоги, почуття безпорадності і сприяють закріпленню патологічної харчової поведінки як способу стабілізації внутрішнього стану [32; 38; 40].

Особи із розладами харчової поведінки часто мають помітні труднощі у формуванні близьких, довірливих стосунків [11; 19]. Для них характерні потреба в зовнішньому схваленні та страх бути відкинутими [23; 35]; надмірна сором'язливість або соціальна маска демонстративної «ідеальності» [21; 37]; уникнення емоційної близькості через невпевненість і очікування критики [39; 42]. Невирішені міжособистісні конфлікти, дефіцит прив'язаності та дисфункційні патерни у сім'ї часто виступають значущими чинниками, що сприяють формуванню та хронізації РХП [44; 45].

Емоційно-вольова сфера осіб із РХП також має низку специфічних характеристик. Часто спостерігаються труднощі з розпізнаванням та регулюванням емоцій, високий рівень тривожності, депресивні симптоми, імпульсивність і схильність до поведінкових стратегій уникнення [10; 17; 23; 26; 29]. Емоційна дезорганізація створює умови, у яких харчування та поведінка, пов'язана з контролем ваги, стають способом тимчасового зниження психологічної напруги або компенсації внутрішнього дискомфорту [21; 24; 30]. Емоційне, фізичне, сексуальне або психологічне насилля значно збільшують ймовірність розвитку РХП, особливо булімії та компульсивного переїдання [8; 14; 22; 36].

Травматичний досвід порушує механізми емоційної регуляції, формує відчуття втрати контролю, сприяє розвитку дисоціації та відчуження від тіла, які безпосередньо залучені у патогенез РХП [33; 40].

Когнітивні особливості при РХП включають наявність специфічних викривлень мислення, таких як дихотомічне мислення («усе або нічого»), катастрофізація, надмірна генералізація та хибні переконання щодо контролю над масою тіла [27; 31]. Дослідження підтверджують, що ці когнітивні схеми є

стійкими та безпосередньо підтримують патологічні харчові патерни [7; 12; 16; 18]. Особливу вагу набувають спотворення образу тіла – клієнти часто переоцінюють власну масу тіла, відчують різкий дискомфорт щодо зовнішності та сприймають тіло як джерело небезпеки, сорому або втрати контролю [4; 28].

Когнітивні спотворення – це систематичні помилки мислення, які безпосередньо впливають на харчову поведінку, емоційний стан і самооцінку. Вони є стрижневим механізмом підтримання РХП [5; 14; 22].

Люди з РХП мають дихотомічне мислення («все або нічого») і часто сприймають ситуації у крайніх категоріях, наприклад: «Якщо я не ідеальна – я повністю провалилася» та «Або повний контроль, або катастрофа».

Таке мислення формує різкі коливання харчової поведінки – від жорсткого обмеження до зривів і переїдання [6; 13; 28].

Ідеал худорлявості, активно підтримуваний медіакультурою, соціальними мережами та гендерними нормами, глибоко засвоюється особами з РХП [3; 7; 17]. Людина починає вірити, що її тіло визначає цінність, схуднення є умовою любові та прийняття і «нормальна» вага – недостатня. Такі переконання посилюють ригідність мислення і сприяють формуванню залежності від соціального схвалення [30; 41; 47].

У багатьох клієнтів тіло переживається як «ворожий», некерований об'єкт, який потрібно контролювати, обмежувати або карати [8; 18; 19]. Можуть виникати різні психологічні установки: відчуття голоду – ознака слабкості, тіло «зраджує», бо «накопичує вагу», збільшення ваги – катастрофа або загроза та інші. Це пов'язано з порушеннями інтероцепції, досвідом травми та дисоціацією від тілесних відчуттів [10; 29; 48].

Будь-яка мінімальна зміна – наприклад, +200 г ваги чи додатковий шматок їжі – сприймається як масштабна загроза, що активує тривогу, обмежувальну поведінку та компенсаторні дії [22; 45; 50].

Сім'я є одним із ключових соціальних середовищ, що впливають на становлення самооцінки, образу тіла, емоційної регуляції та харчових патернів особистості [1; 4; 17; 19]. У наукових дослідженнях описано низку типових сімейних моделей, які підвищують ризик формування розладів харчової поведінки (РХП) та впливають на психологічний профіль особи [3; 11].

У родинях осіб з РХП часто спостерігаються високий рівень батьківського контролю, недостатня автономія дітей, підвищена сімейна тривожність, труднощі у відкритому вираженні емоцій та інші ознаки дисфункції міжособистісних взаємин [9; 13; 27].

Голодування у таких умовах може стати способом здобуття автономії чи символічною спробою встановити контроль над власним життям, тілом та емоційним досвідом [14; 30]. Постійні зауваження щодо ваги, форми тіла та харчових звичок формують почуття сорому, дефектності та залежності від зовнішнього схвалення [7; 16; 32].

Емпіричні дані свідчать, що діти, які зазнавали критики щодо зовнішності, мають у 2–3 рази вищий ризик розвитку РХП у підлітковому та дорослому віці [18; 20; 33]. Якщо у родині існує культ дієт, харчування використовується як спосіб регуляції емоцій та/або батьки демонструють незадоволення власною зовнішністю – діти засвоюють ці патерни як норму, що суттєво підвищує ризик порушень харчової поведінки [11; 21; 34]. Інтерналізація батьківських установок стає фундаментом для ригідних харчових схем, перфекціонізму та залежності від зовнішніх стандартів [25; 28].

Соціально-психологічні впливи є не менш значущими. На формування й підтримання РХП суттєво впливають родинні взаємини, стиль виховання, рівень емоційної підтримки та наявність конфліктних або надмірно контролюючих комунікаційних моделей у сім'ї [5; 8; 17; 19; 26]. Значний вплив мають соціокультурні чинники – медіапростір, стандарти краси, гендерні очікування, ідеалізація худорлявості та культурні уявлення про самоконтроль і успішність [3; 21; 28]. Ці фактори не лише посилюють внутрішні суперечності

й почуття невідповідності, але й сприяють формуванню стійких компенсаторних стратегій, що закріплюють симптоматику.

Така взаємодія створює «замкнене коло», у якому емоційна дисрегуляція, когнітивні спотворення та соціальний тиск підтримують хронічний перебіг розладу та ускладнюють процес відновлення [6; 12; 22].

Сучасне медіасередовище активно пропагує стандарти надмірної худорлявості та «ідеальних» тіл, що формує нереалістичні очікування щодо зовнішності, особливо у підлітків та молодих жінок [3; 17; 26]. Соціальні мережі створюють середовище постійного порівняння, де фільтровані та ретушовані зображення подаються як норма, популяризуються дієти, детокс-практики та «фітнес-тіло», а також зовнішність стає індикатором успіху та самоконтролю [23; 29; 55].

Доведено, що чим більше часу люди проводять у середовищі соціальних медіа, тим вищий ризик формування спотвореного образу тіла та тривожності, пов'язаної з їжею [26; 37; 54]. У західних культурах худорлявість асоціюється з успіхом, привабливістю та самодисципліною [21; 41]. У деяких інших культурах більша вага може мати нейтральне або навіть позитивне значення.

Дослідження підтверджують, що культурні ідеали краси напрямку пов'язані зі булімічною поведінкою [7; 21; 24] й емігранти у західних країнах мають підвищений ризик формування РХП через тиск нових культурних норм та соціальних очікувань [16; 42].

Жінки стикаються з інтенсивнішим соціальним тиском щодо зовнішності, що зумовлює вищу поширеність розладів харчової поведінки серед них [5; 17; 25]. Гендерні чинники включають декілька причин: сексуалізація жіночого тіла у медіа; соціальна вимога бути привабливою; норма «самоконтролю» як жіночої чесноти та інші стигмати [18; 26; 43].

Незважаючи на більшу розповсюдженість серед жінок, поширеність РХП серед чоловіків також стрімко зростає. Особливо це стосується культури фітнесу, бодібілдингу та ідеалу м'язового тіла, який формує власний тип ризику РХП [35; 47; 56].

1.3. Підходи до психологічної допомоги при розладах харчової поведінки

Психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки ґрунтується на комплексному розумінні того, що ці стани є результатом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів[2; 5]. Тому сучасні психотерапевтичні підходи спрямовані не лише на корекцію порушень у харчуванні, а й на відновлення внутрішньої стабільності, розвиток емоційної регуляції та трансформацію деструктивних когнітивно-поведінкових схем[8; 14]. Міжнародні стандарти лікування підкреслюють ефективність міждисциплінарної співпраці різних фахівців.

Ключовою умовою ефективного лікування розладів харчової поведінки (РХП) є взаємодія психолога, психіатра та дієтолога, які працюють не ізольовано, а в єдиній координованій системі лікування, оскільки ці стани мають комплексну біопсихосоціальну природу та проявляються на психологічному, фізичному та поведінковому рівнях. [1; 3; 10].

Такі міжнародні протоколи, як NICE NG69 [26] та APA Clinical Practice Guideline [54], прямо наголошують, що лікування РХП має проводитися мультидисциплінарною командою. Модель «collaborative care», детально описана Тріжером, Шмідтом і Вейдом [10; 22], показує, що саме координація між фахівцями підвищує прихильність до лікування та результативність терапії. Дослідження також свідчать, що поєднання психологічної допомоги та дієтологічного супроводу у форматі Enhanced CBT (CBT-E) сприяє більш стійкому відновленню, особливо при анорексії [15; 35]. Мультидисциплінарний підхід у лікуванні РХП має включати трьох фахівців: психолог, психіатр та дієтолог.

По-перше, психолог виконує провідну роль у розумінні внутрішніх конфліктів, дезадаптивних схем, труднощів із саморегуляцією та емоційною сферою. Саме він веде психотерапевтичний процес та працює з причинами, підтримувальними факторами й особистісними механізмами РХП, що

підкреслюється у сучасних клінічних рекомендаціях [11;23;25]. У випадках емоційного переїдання чи компенсаторних поведінкових патернів психолог працює над формуванням навичок саморегуляції, толерантності до стресу та зниженням самоосуду, що підтверджується роботою про самоспівчуття в терапії РХП [49].

По-друге, психіатр забезпечує медичний супровід – діагностику, визначення тяжкості стану та корекцію супутньої психіатричної симптоматики (депресії, тривоги, obsесивно-компульсивних проявів), які часто супроводжують РХП [19; 21; 31]. Психіатр також відповідає за оцінку ризиків для життя, особливо при анорексії, що є розладом із найбільшою смертністю серед психічних захворювань [28]. Фармакотерапія може застосовуватися як допоміжний інструмент для корекції супутніх розладів або стабілізації стану при булімії та компульсивному переїданні [37].

По-третє, дієтолог відповідає за поступове фізичне відновлення, формування індивідуального плану харчування та нормалізацію метаболічних процесів, які часто порушені внаслідок тривалих обмежувальних дієт або циклів переїдання й очищення [3; 31; 35]. Його завдання – не просто «дати дієту», а допомогти клієнту повернути стабільні харчові патерни, мінімізувати страхи щодо їжі та скоригувати дефіцити, небезпечні для здоров'я.

Окремого значення набуває міждисциплінарність у випадках, коли РХП пов'язані з травматичним досвідом – у таких ситуаціях необхідне поєднання психотерапевтичної роботи й медичного супроводу, що підтверджується сучасними оглядами [8; 18; 45]. Додатково важливою є роль медичних спеціалістів при соматичних ускладненнях: електролітних порушеннях, ризику серцевих аритмій, дефіцитах мікроелементів, порушеннях ШКТ, які вимагають негайної корекції [9; 28; 42].

Підсумовуючи, міждисциплінарна модель лікування дозволяє поєднати роботу з тілом, психікою та поведінкою, забезпечуючи всебічну підтримку та максимально підвищуючи шанси клієнта на одужання. Вона також знижує ризики, покращує прогноз та сприяє довгостроковій ремісії, що неодноразово

підтверджено сучасними клінічними настановами та емпіричними дослідженнями [10; 22; 54].

Ефективна психологічна допомога при розладах харчової поведінки передбачає використання комплексу доказових технік, що дозволяють цілеспрямовано працювати з когнітивними викривленнями, емоційною сферою та тілесним досвідом клієнта [11; 17; 26]. Далі ми розглянемо види психотерапії, які є ефективними при лікуванні РХП.

Психоаналітичний напрям є одним із найстаріших і концептуально найглибших підходів до розуміння природи РХП. Він розглядає анорексію, булімію та компульсивне переїдання як символічні прояви несвідомих конфліктів, порушеної прив'язаності, труднощів у регуляції афектів і деформацій у процесі формування образу «Я» та тілесності [2; 5; 6].

Психоаналітичний підхід виходить із того, що симптоми РХП мають психодинамічне походження, а саме:

1. Несвідомі конфлікти. РХП є проявом внутрішніх суперечностей, пов'язаних із агресією, залежністю, автономією, амбівалентністю щодо батьківських фігур [5; 7].

2. Порушення образу тіла та «Я–Тіло» інтеграції. Клієнти з анорексією та булімією мають фрагментоване переживання себе, тенденцію сприймати тіло як ворожий або відокремлений об'єкт [6; 8].

3. Афективна дисрегуляція. Нездатність усвідомлювати й виражати власні емоції (алекситимія) приводить до того, що тіло стає засобом регулювання внутрішнього напруження: через голодування, очищення або переїдання [3; 7].

4. Символічна функція їжі. Їжа виступає метафорою емоційного контакту, любові, турботи або відкидання. Відмова від їжі може символізувати протест, а переїдання — спробу «заповнити порожнечу» [6; 9].

Терапевтичні цілі психоаналітичної роботи включають:

1. Усвідомлення несвідомих конфліктів. Терапія спрямована на виявлення витіснених переживань і моделей стосунків, які відтворюються в симптомах [2; 5].

2. Реконструкція ранніх об'єктних відносин. Робота з історією прив'язаності та травм раннього розвитку дозволяє зрозуміти, як формувалися патерни контролю, сорому, залежності або страху поглинання [7; 9].

3. Інтеграція тілесного досвіду у структуру «Я». Терапія допомагає клієнту відновити цілісність сприйняття тіла, зменшити відчуття відчуження та тілесної дисоціації [6; 8].

4. Розвиток навичок афективної регуляції. Поступове усвідомлення та символізація емоцій зменшує потребу в поведінкових способах саморегуляції – голодуванні, переїданні чи очищенні [5; 7].

Методи психоаналітичної терапії при РХП:

1. Аналіз захисних механізмів. Часто виявляються заперечення, проєкції, ідеалізація, знецінення, розщеплення та ізоляція афекту. Їх усвідомлення є одним із перших кроків терапії [6; 7].

2. Робота з переносом і контрпереносом. У стосунках із терапевтом клієнт відтворює ранні патерни прив'язаності та конфлікти – це допомагає зрозуміти витоки симптомів і відтворюваних сценаріїв [2; 5].

3. Інтерпретація симптомів як символічних послань. Голодування, очищення чи переїдання розглядаються як форми несвідомої комунікації – протест, самопокарання, уникання залежності, прагнення контролю [7; 9].

4. Опрацювання амбівалентності щодо залежності та автономії. РХП часто виникають у контексті суперечності між бажанням близькості й потребою незалежності. Психоаналіз допомагає інтегрувати ці полярності [5; 9].

5. Розвиток здатності до менталізації. Допомагає клієнту розуміти власні емоції та наміри, що знижує імпульсивність і потребу в тілесних способах розрядки [7; 8].

При роботі з різними видами РХП виділяють ряд особливостей з якими і працюють. При анорексії голодування розглядають як несвідомий протест;

виявляють боротьбу між автономією та залежністю; працюють з тілесним відчуженням та розривом у сприйнятті між тілом і власним «Я» [6; 7].

При булімії переїдання та очищення визначають як спосіб регуляції афектів; пропрацьовують труднощі у встановленні меж, імпульсивність; визначають сильну амбівалентність щодо близькості [8; 9].

При терапії компульсивного переїдання увагу зосереджують на використанні їжі для «приглушення» або заміщення емоцій, наявності ранніх травм прихильності, порушеннях здатності до самозаспокоєння [3; 7].

Перевагами психоаналітичної терапії в роботі з РХП є глибоке опрацювання причин і внутрішніх конфліктів; трансформація базових схем взаємодії з собою та іншими; відновлення інтеграції тіла та психіки; зменшення потреби у поведінкових стратегіях регуляції емоцій та довготривала стабільність результатів [6; 9].

Психоаналітичний підхід особливо ефективний у випадках, де РХП пов'язані з ранніми травмами, порушеннями прив'язаності, глибинними проблемами самооцінки та складною динамікою сімейних стосунків.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш дослідженим та доказовим напрямом психотерапії при булімії нервовій і компульсивному переїданні та входить до міжнародних клінічних рекомендацій як терапія першої лінії [10; 12; 54]. Її ефективність пояснюється тим, що КПТ працює з центральними механізмами, які підтримують цикл патологічної харчової поведінки – дисфункціональними переконаннями, помилковою самооцінкою, тривогою щодо тіла та поведінковими патернами уникання чи компенсації [24; 28; 29].

КПТ виходить із припущення, що дезадаптивні переконання щодо ваги, контролю, «ідеального» тіла та значення їжі формують порочне коло: негативні думки → емоційна напруга → патологічна харчова поведінка → сором/провина → посилення переконань [6; 11; 24].

КПТ також враховує роль поведінкових ланок: суворі дієти → зрив → переїдання → очищення → сором → нова дієта. Цей цикл є ключовим для БН і BED (компульсивного переїдання) [10; 13].

Ефективна КПТ-психотерапія орієнтується на наступні завдання:

1. Нормалізація харчової поведінки. Формування регулярного харчування 3–5 разів на день, уникання голоду, встановлення стабільних патернів прийому їжі [5; 12].

2. Зміна дезадаптивних переконань. Терапія спрямована на трансформацію глибинних когнітивних схем, що визначають модель сприйняття тіла, харчування та власної цінності [24;28].

3. Зменшення тривоги, пов'язаної з тілесністю. Робота з образом тіла через експозиції, дзеркальну терапію та поведінкові експерименти показує високу ефективність у зниженні тілесного сорому [12; 29].

4. Формування навичок емоційної регуляції. Клієнт навчається: толерантності до внутрішньої напруги, зменшенню емоційних зривів і альтернативним стратегіям замість переїдання або голодування [31].

5. Профілактика рецидивів. Навички моніторингу думок, самоусвідомлення тригерів та структуризація харчування знижують ризик повернення симптомів [17; 54].

Є багато ефективних технік КПТ для терапії розладів харчової поведінки.

1. Когнітивна реструктуризація – базова техніка КПТ, що спрямована на зміну переконань, які визначають емоційні та поведінкові реакції [24; 28].

Основні кроки:

1. ідентифікація автоматичних думок щодо тіла/їжі;
2. аналіз доказів «за» та «проти» цих переконань;
3. формування реалістичніших інтерпретацій;
4. відстеження змін у поведінці [29].

Доведено, що когнітивна реструктуризація знижує кількість епізодів переїдання, імпульсивність і тривогу щодо ваги [17;28].

2. Поведінкові експерименти.

Метод дозволяє клієнтові перевірити хибні переконання на практиці. Наприклад: «Якщо я з'їм хліб – я одразу наберу вагу», «Якщо я не перевірю вагу сьогодні – я втрачаю контроль». Експерименти демонструють клієнту, що катастрофічні очікування не збуваються[12;13].

3. Food diary (харчовий щоденник).

Клієнт відслідковує, що він їсть, коли, який емоційний стан перед/під час/після їжі, ситуаційні тригери. Це дозволяє виявити патерни, які запускають переїдання та/або обмеження[5; 10].

4. Експозиція до тілесних відчуттів та дзеркальна експозиція.

Використовується при булімії, переїданні та тілесній дисморфії у вигляді роботи перед дзеркалом, зменшенні уникання ситуацій, пов'язаних з тілесністю та прийнятті природних форм тіла[12; 29].

5. Навички регуляції імпульсів, зокрема техніки відтермінування імпульсу («10 хвилин перед епізодом»); емоційно-фокусовані вправи; заміна поведінки (альтернативні дії) [31].

6. КПТ-Е (Enhanced CBT) – розширена модель.

CBT-E – одна з найбільш ефективних модифікацій КПТ для РХП, рекомендована NICE та APA [26; 54].

Ця техніка включає роботу з базовими переконаннями щодо себе (self-worth model), фокус на униканні емоцій, роботу з перфекціонізмом та модуль емоційної регуляції. Особливо ефективна при анорексії, де стандартна КПТ менш результативна [15; 35].

Класична КПТ розглядає лікування анорексії через роботу з жорсткими правилами харчування, модуль гнучкості мислення та експозицію страхів, пов'язаних із вагою [35], [54].

У терапії булімії необхідно тримати фокус на циклі «обмеження → переїдання → очищення», нормалізації регулярного харчування та зменшенні імпульсивності [10; 13].

При компульсивному переїданні працюємо над контролем тригерів, формуванням навичок регуляції емоцій та боротьбою з «емоційною їжею» [31; 40].

Перевагами КПТ у лікуванні РХП є:

- найвищий рівень доказовості серед усіх форм терапії при БН та КП [10; 54];
- структурованість та чіткий алгоритм роботи;
- швидке зменшення симптомів;
- можливість поєднання з медикаментозним та дієтологічним лікуванням;
- високий ефект профілактики рецидивів [26; 35].

Сучасні модифікації КПТ – такі як СВТ-Е (Enhanced CBT), СВТ-Т (10-session CBT) та DBT-informed CBT – демонструють високу ефективність у роботі як із підлітками, так і з дорослими клієнтами [38; 57; 59].

Гештальт-терапія є одним із провідних гуманістично-екзистенційних напрямів психологічної допомоги, який набуває все більшого значення у терапії розладів харчової поведінки. На відміну від підходів, що фокусуються переважно на зміні окремих патернів мислення чи поведінки, гештальт-терапія звертається до цілісного досвіду людини, її здатності усвідомлювати потреби, будувати контакт із собою й іншими та регулювати емоційні стани у теперішньому моменті [14; 31; 39].

Гештальт-терапія розглядає РХП як форму порушення контакту та спробу адаптації до внутрішньої напруги, конфліктів чи незадоволених потреб. Харчова поведінка в цьому контексті є способом регуляції емоцій, уникання болючих переживань або контролю над тим, що здається неконтрольованим у житті клієнта [6; 12; 32].

Ключовими механізмами гештальт-порушень, що найчастіше спостерігаються при РХП, є:

- інтроекція – некритичне прийняття зовнішніх норм (ідеал худорлявості, правила харчування), що формує внутрішній тиск і провокує поведінкові крайнощі [17];

- проекція – приписування іншим власних страхів («усі вважають мене товстою»);

- ретрофлексія – спрямування агресії, злості чи напруги проти себе (голодування, самоконтроль, покарання), що є одним із ключових механізмів анорексії та булімії [18];

- конфлюєнція – розмитість кордонів, залежність від оцінки значущих інших, що створює вразливість до тиску соціальних і сімейних норм [11], [21].

З позиції гештальт-терапії, тіло є частиною системи «Я-контакт» і виступає джерелом інформації про потреби, емоції та межі. Однак при РХП цей контакт порушений: клієнт або не відчуває сигнали тіла, або переживає їх як загрозу, або контролює тіло як об'єкт, що потрібно «виправити», «перемогти» чи «придушити» [7; 31].

Метою терапії є не лише зміна харчової поведінки, а відновлення цілісного функціонування особистості:

1. Відновлення контакту з тілом. Через техніки усвідомлення (body awareness), сканування тіла, фокусування та роботу з диханням клієнт поступово повертає здатність відчувати голод, ситість, напругу, кордони, емоції, що знижує потребу у поведінкових формах саморегуляції [31; 32; 39].

2. Усвідомлення циклу контакту. Гештальт-терапія допомагає клієнтові бачити, на якому етапі циклу він «застрягає» – на фазі потреби, збудження, дії чи завершення, – і як харчова поведінка стає способом уникати чи блокувати переживання [14; 18].

3. Розвиток здатності безпечно проживати емоції. Оскільки переїдання, очищення або голодування часто виконують функцію емоційного знеболення, терапія вчить клієнта зустрічатися з почуттями – тривогою, гнівом, соромом, провинною, пустотою – у безпечному контакті з терапевтом [8; 12; 31].

4. Формування автентичності та особистих кордонів. РХП часто пов'язані з надмірною адаптацією до чужих очікувань. Гештальт-терапія підтримує клієнта у розпізнаванні власних потреб, розвитку автономії та зменшенні залежності від зовнішнього схвалення [21; 26].

5. Інтеграція емоційного та тілесного досвіду. Через експериментальні техніки (діалог стільців, робота з порожнім стільцем, творчі методи, рухові експерименти) клієнт поступово інтегрує розщеплені частини досвіду, що є важливим у лікуванні дисморфічних переживань та відчуження від тіла [14; 19].

У роботі з розладами харчової поведінки використовують такі ефективні методи гештальт-терапії:

1. Феноменологічне дослідження досвіду тут-і-тепер. Допомагає клієнтові усвідомлювати реальні почуття, тілесні відчуття та спонуки перед епізодами переїдання, голодування чи очищення [12; 32].

2. Тілесні експерименти. Робота з диханням, рухом, напругою, поставою як способом виявлення емоцій, саморегуляції та повернення в тіло [31; 40].

3. Експериментальні техніки для роботи з внутрішніми частинами. Наприклад, діалог між «контролюючою частиною» та «голодною частиною», що дозволяє знизити внутрішній конфлікт та інтегрувати розщеплені аспекти «Я».

4. Робота із соромом і самокритикою. Сором – одна з базових емоцій у РХП; гештальт-підхід пропонує підтримувальні інтервенції, що допомагають клієнтові вийти із внутрішнього кола самознецінення [8; 18; 21].

Особливості застосування гештальт-підходу залежить від типу РХП:

Анорексія нервова – робота спрямована на інтеграцію тілесного досвіду, зменшення ретрофлексії, розвиток автономії та безпеки в контакті, відновлення базових тілесних функцій [14; 31]. Булімія нервова – фокус на імпульсивності, соромі, циклі «напруга → переїдання → очищення», роботі з межами, потребами та емоціями, які клієнт уникає [19; 32]. Компульсивне переїдання – робота з емоційною регуляцією, пустотою, відчуженням від тіла, навичками заземлення, відновленням контакту з потребами й почуттями [39; 40].

Переваги гештальт-терапії в лікуванні РХП: можливість глибокої роботи з тілесністю та емоціями; врахування індивідуального контексту клієнта; підвищення усвідомленості та саморегуляції; формування автентичності й особистих кордонів; інтеграція емоційного, тілесного та когнітивного досвіду;

ефективність у поєднанні з КПТ, дієтологічним супроводом та медичною допомогою [26; 35; 54].

Розлади харчової поведінки супроводжуються глибокими порушеннями тілесності, серед яких – дисморфічні переживання, відчуження від тіла, порушення інтероцепції та втрата здатності розпізнавати базові тілесні відчуття (голод, ситість, напруга, втому), тому використання тілесно-орієнтованої терапії(ТОТ) вважають доречним[7; 32].

Тілесноорієнтовані техніки спрямовані на відновлення інтеграції «тіло–емоції–мислення», формування безпечного контакту з тілом та зниження емоційної напруги. До ефективних методів належать інтероцептивні тренінги (розпізнавання голоду, ситості, напруги, втоми), дихальні вправи, що сприяють зниженню емоційної реактивності, grounding-практики («я в тілі», «я тут і зараз»), що допомагають подолати дисоціативність, ресурсні рухові техніки (м'які рухи, розтягування, вправи на відчуття ваги та опори) та практики тілесної присутності (сканування тіла, робота з м'язовою напругою та затисками)[31].

Тілесноорієнтовані підходи дають можливість навчитися безпечному проживанню емоцій, знизити рівень дисоціації та тілесного відчуження, розвивати навички саморегуляції та толерантність до внутрішніх відчуттів та зменшувати тілесний сором, страх змін у вазі та посилювати позитивний тілесний досвід. Дослідження показують, що включення тілесноорієнтованих практик у терапевтичний процес значно підвищує ефективність лікування РХП, особливо у випадках булімії та компульсивного переїдання, де емоційна дисрегуляція є провідним механізмом формування симптомів [39; 40].

Транзакційний аналіз, запропонований Е. Берном, є ефективним інтегративним підходом до роботи з розладами харчової поведінки (РХП), оскільки дозволяє досліджувати глибинні сценарії життя, внутрішні Его-стани та деструктивні патерни взаємодії з собою і світом, які лежать в основі анорексії, булімії та компульсивного переїдання. У сучасній психотерапевтичній практиці ТА розглядається як метод, що поєднує

глибинний аналіз, роботу з переконаннями, поведінкову корекцію та розвиток автономії клієнта [12; 14; 19].

ТА виходить із припущення, що поведінка людини визначається взаємодією трьох Его-станів – Батька, Дорослого та Дитини. При РХП зазвичай домінують: Критичний Батько, що формує самокритику, сором, жорсткі правила харчування («я не можу їсти солодке», «я маю бути ідеальною») [17], [21]; Адаптована Дитина, яка прагне відповідати зовнішнім вимогам, терпіти дискомфорт, уникати конфліктів і покарання; Бунтівна Дитина, яка запускає епізоди переїдання як протест проти внутрішнього контролю або зовнішнього тиску. При цьому ослаблений Дорослий, який не здатний регулювати поведінку, емоції та приймати зважені рішення в ситуаціях, пов'язаних з їжею [24; 29].

РХП у такому підході розглядається як закріплений життєвий сценарій, сформований у дитинстві та відтворюваний у дорослому житті через тіло та харчову поведінку [12], [19].

Терапевтичні цілі ТА при роботі з РХП:

1. Усвідомлення сценарних рішень і життєвих послань/ Наприклад: «Будь ідеальною» → перфекціонізм, виснажливі дієти; «Не відчувай» → емоційна дисоціація, компульсивне переїдання; «Не будь собою» → орієнтація на зовнішню оцінку, залежність від думки інших [21; 22].

2. Зміцнення Его-стану Дорослого/ Розвиток здатності приймати усвідомлені рішення щодо їжі, ваги, зовнішності та саморегуляції.

3. Перебудова внутрішнього діалогу/ Трансформація взаємодії між Батьком—Дитиною—Дорослим, зниження внутрішньої критики, формування підтримувального внутрішнього голосу [17; 21].

4. Відновлення автономії/ Розвиток трьох складових автономії: усвідомлення, спонтанність, близькість, які є порушеними через домінування симптоматики РХП [12; 19].

Методи транзакційного аналізу у психотерапії РХП:

1. Аналіз Его-станів. Психотерапевт допомагає клієнту визначити, який Его-стан керує харчуванням у конкретні моменти. Деякі автори зазначають, що

Критичний Батько диктує суворі обмеження, Бунтівна Дитина провокує зрив, Адаптована Дитина намагається заслужити схвалення, а Дорослий практично не бере участі в прийнятті рішень. Це дозволяє побачити внутрішні конфлікти, які запускають цикли голодування, переїдання чи очищення [24; 29].

2. Робота з життєвими сценаріями. Сценарії, пов'язані з РХП, часто мають такі форми: «Я ніколи не достатньо хороша» → анорексичні патерни; «Мені треба терпіти» → хронічні обмеження чи «Мене ніхто не чує» → переїдання як спосіб самозаспокоєння [21; 22]. Терапевтична робота спрямована на “переписування” цих рішень.

3. Контрактна терапія. ТА – один із найконтрактніших методів: терапевт і клієнт формують чіткі, вимірювані цілі щодо харчування, емоцій і поведінки: нормалізація харчових патернів, зменшення компульсивної поведінки, розвиток самопідтримки [12]

4. Аналіз транзакцій і взаємодій. Клієнт вчиться розпізнавати коли він реагує як Адаптована Дитина (покірність), коли як Бунтівна Дитина (зрив), коли як Батько (самокритика), а коли як Дорослий (збалансовані рішення) [19].

5. Робота з внутрішньою критикою. Основний акцент стосується трансформації Критичного Батька, який є центральним джерелом сорому, перфекціонізму та самонаказувальних харчових патернів [21; 29].

6. Емоційна корекція і рескриптинг. Терапевт допомагає клієнту створити нові внутрішні стани Дитини – підтримані, прийняті, почуті. Це знижує потребу у контролі або «заїданні» емоцій [24].

При використанні ТА у різних осіб з анорексією увагу зосереджують на суворих внутрішніх посланнях Критичного Батька («будь ідеальною»), високий рівень контролю, страх близькості → «емоційне голодування» паралельно з фізичним [21; 29].

Булімія нервова виявляє цикли «контроль → зрив» як боротьба між Батьком і Бунтівною Дитиною; сильну емоційну дисрегуляцію; труднощі з самоцінністю [22; 24].

При КП переїдання це спосіб самозаспокоєння Адаптованої чи Зраненої Дитини, а також наявні глибокі сценарні рішення «терпи», «не відчувай», «не потребуй» [31;40].

Переваги транзакційного аналізу в терапії РХП

- робота з життєвими сценаріями, що лежать у корені симптомів;
- зниження внутрішньої критики та самопокарання;
- розвиток автономії, дорослості та відповідальності;
- трансформація внутрішнього діалогу й емоційної регуляції;
- можливість поєднання з КПТ, психоаналізом і гештальт-терапією [29; 40].

ТА особливо ефективний для клієнтів із порушеннями самооцінки, тривожністю, сімейними сценаріями контролю або покарання, емоційною залежністю та високим рівнем перфекціонізму[24].

Гуманістична психотерапія розглядає людину як унікальну та цінну особистість, що володіє внутрішнім потенціалом до розвитку, самоприйняття та відновлення психологічного балансу [1; 14; 32]. Для клієнтів із розладами харчової поведінки цей підхід є особливо значущим, оскільки сприяє подоланню фундаментальних переживань недостойності, сорому, внутрішньої порожнечі та відчуження від власного тіла – явищ, які часто супроводжують анорексію, булімію та компульсивне переїдання [6; 18; 29].

У гуманістичній терапії центральними є такі процеси:

- емпатійний, безоціночний контакт між терапевтом і клієнтом, що формує безпечний простір для саморозкриття [14; 33];
- повернення до автентичності, яке включає розвиток здатності розрізняти зовнішні очікування та власні справжні потреби [11; 21];
- посилення тілесної усвідомленості, що є критично важливим у роботі з порушенням інтероцепції та тілесною відчуженістю при анорексії та булімії [14; 30; 41];

- робота з самоцінністю, прийняттям емоцій та розвитком внутрішнього діалогу, спрямована на зменшення внутрішньої критики та формування здорової самооцінки [6; 20; 27].

Багато клієнтів із РХП мають досвід жорсткого критицизму, перфекціонізму або недостатньої емоційної підтримки в сім'ї. Гуманістична терапія допомагає поступово формувати нове, більш м'яке ставлення до себе, відновлювати контакт із тілом і встановлювати психологічні межі [11; 25; 34]. У поєднанні з КПТ гуманістичні методи посилюють емоційне опрацювання та підтримують інтеграцію змін у поведінці [22; 38].

Сімейний контекст відіграє ключову роль у формуванні та підтриманні розладів харчової поведінки, особливо в підлітковому віці, коли сім'я визначає значну частину соціального та емоційного середовища [3; 8; 24]. Системна сімейна терапія спрямована на зміну дисфункціональних патернів взаємодії, які можуть підтримувати симптоматику, зокрема надмірний контроль, симбіотичні стосунки, приховані або замовчувані конфлікти та взаємну критику або емоційну холодність [7; 33].

Сімейна терапія передбачає: дослідження ролей та меж у сімейній системі та їх впливу на харчову поведінку [8; 11; 21]; підвищення здатності членів сім'ї відкрито виражати емоції, замість уникання чи придушення конфліктів [9; 17; 27]; зменшення патернів контролю та гіперопіки, що часто корелюють із анорексією [7; 24]; формування підтримувальної комунікації, яка зменшує тривожність і допомагає стабілізувати стан клієнта [8; 19]; нормалізацію харчових взаємодій у сім'ї, включно зі спільними прийомами їжі та новими правилами підтримки [11; 30; 35].

Однією з найбільш досліджених і доказових моделей є модель Маудслі (Family-Based Treatment), яка показала високу ефективність у лікуванні підліткової анорексії. Її ключовий принцип – активна участь батьків у відновленні харчування, підтримці здорових режимів та поступовому поверненні контролю над їжею дитині [9; 23; 40].

У роботі з дорослими клієнтами сімейна терапія часто використовується як допоміжний метод, який сприяє зменшенню кількості тригерів у побуті, покращує емоційний клімат у сім'ї та допомагає знижувати рівень міжособистісної напруги [26; 31; 37].

Групові форми психотерапевтичної роботи відіграють важливу роль у лікуванні розладів харчової поведінки (РХП), оскільки забезпечують клієнтам доступ до соціальної підтримки, знижують відчуття ізоляції та сприяють формуванню нового досвіду взаємодії без критики, сорому та порівняння [10; 12; 33]. У груповому середовищі учасники навчаються відкрито ділитися власними переживаннями, відпрацьовують навички асертивності, досліджують механізми самокритики та соціального порівняння – фактори, які суттєво посилюють перебіг РХП [14; 17; 29].

Групова терапія сприяє розвитку емпатії та здатності співпереживати іншим учасникам групи [13; 14; 26], зміцненню внутрішньої мотивації до одужання через групову підтримку та нормалізуючий ефект спільного досвіду [12; 27], зменшенню впливу соціальних ідеалів та культурних норм щодо тіла завдяки переосмисленню нав'язаних стандартів у безпечній атмосфері [14; 24; 44] та формуванню більш реалістичного, прийнятного образу себе через віддзеркалення та зворотний зв'язок інших учасників [13; 30; 41].

Групи можуть бути психотерапевтичними (КПТ-орієнтованими, гуманістичними), підтримувальними, психоосвітніми або інтегрованими. Вони зазвичай доповнюють індивідуальну терапію, посилюючи її ефективність і забезпечуючи середовище для закріплення змін та емоційної регуляції [33; 35].

Висновки до розділу 1

Узагальнюючи результати проведеного теоретичного аналізу, слід зазначити, що розлади харчової поведінки є складним, багатокомпонентним і поліетіологічним явищем, формування якого зумовлене взаємодією біологічних,

психологічних і соціальних чинників. Їх сутність не обмежується лише порушенням харчових звичок, а проявляється у глибоких змінах особистісного функціонування, що охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову та тілесну сфери. Згідно з сучасними міжнародними класифікаційними системами, розлади харчової поведінки супроводжуються значним психологічним дистресом, зниженням якості життя та порушенням соціальної адаптації, що зумовлює необхідність їх комплексного дослідження та системного підходу до корекції [5; 12; 60].

Психологічний аспект дослідження дозволив встановити, що провідну роль у розвитку та підтриманні розладів харчової поведінки відіграють труднощі емоційної регуляції, низька та нестійка самооцінка, дезадаптивні прояви перфекціонізму, а також характерні когнітивні викривлення [2; 43; 54]. Ключовим механізмом є спотворене сприйняття власного тіла, яке визначає ставлення особистості до себе та лежить в основі формування патологічних переконань щодо харчування, ваги та власної цінності [52; 56]. У цьому контексті харчова поведінка набуває функції регулятора емоційного стану [43; 46].

Суттєвим результатом теоретичного аналізу є визначення ролі соціальних факторів у виникненні РХП. Сучасний медіапростір, культурні стандарти краси, гендерні очікування та активний вплив соціальних мереж формують нереалістичні уявлення про ідеальне тіло, які інтеріоризуються особистістю та спричиняють стійке незадоволення власною зовнішністю [10; 55; 56]. Водночас сімейне середовище виступає важливим контекстом формування самооцінки, емоційної регуляції та харчових установок [8; 49].

Аналіз біологічних факторів засвідчив, що вони не виступають самостійною причиною захворювання, а реалізуються у взаємозв'язку з психологічними особливостями особистості та впливами соціального середовища. Це підтверджує актуальність біопсихосоціальної моделі, згідно з якою РХП формуються внаслідок складної взаємодії внутрішніх і зовнішніх детермінант [2; 21].

У межах розділу також було розглянуто основні клінічні форми РХП — нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання. Встановлено, що кожен із цих розладів має специфічні прояви, однак їх об'єднують спільні психологічні механізми: порушення образу тіла, емоційна дисрегуляція, залежність самооцінки від зовнішності та циклічність дезадаптивної поведінки [5; 12; 63]. Високий рівень коморбідності з тривожними та депресивними розладами, а також наявність соматичних ускладнень підкреслюють тяжкість перебігу цих станів і необхідність своєчасної психологічної допомоги [14; 41].

Дослідження психологічних особливостей осіб із РХП дозволило зробити висновок про наявність стійких особистісних характеристик, які ускладнюють процес відновлення і формують замкнену систему, у якій симптоми РХП підтримуються через взаємодію когнітивних, емоційних і поведінкових процесів [54; 64].

У процесі аналізу також було розглянуто сучасні підходи до психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. Встановлено, що найбільш ефективним є інтегративний підхід, який передбачає поєднання різних психотерапевтичних методів і базується на міждисциплінарній взаємодії фахівців [8; 13; 65]. Когнітивно-поведінкова терапія продемонструвала високу ефективність у роботі з дисфункціональними переконаннями та поведінковими патернами [25; 54], психоаналітичний підхід спрямований на опрацювання глибинних внутрішніх конфліктів [70], гештальт-терапія сприяє відновленню контакту з тілом і емоціями [54], а гуманістичні методи підтримують розвиток самоприйняття та внутрішньої цінності [2; 43]. Сімейна та групова терапія забезпечують корекцію міжособистісних взаємин і формують підтримувальне середовище [49; 51], тоді як тілесно-орієнтовані підходи сприяють інтеграції тілесного досвіду та зниженню рівня дисоціації [43].

Отже, проведений теоретичний аналіз підтверджує, що розлади харчової поведінки є складним системним феноменом, який потребує комплексного підходу до діагностики та психотерапевтичного втручання. Ефективна допомога має враховувати індивідуальні особливості клієнта, ступінь

вираженості симптомів, наявність супутніх психічних станів і вплив соціального середовища. Комплексне поєднання психотерапевтичних, медичних і соціальних заходів створює передумови для стабілізації стану, зменшення симптоматики та досягнення стійкої ремісії [8; 13; 65]. Таким чином, інтеграція біологічних, психологічних і соціальних аспектів у процесі надання допомоги є ключовою умовою ефективного подолання розладів харчової поведінки та відновлення психологічного благополуччя особистості.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічних осіб із розладами харчової поведінки

Для вивчення психологічних особливостей осіб із розладами харчової поведінки, а також для аналізу взаємозв'язків між показниками харчової поведінки, самооцінки, образу тіла, емоційного стану та особистісних характеристик було проведено емпіричне дослідження. Актуальність емпіричного вивчення РХП зумовлена високою поширеністю цих розладів, їх хронічним перебігом, значним впливом на якість життя та складністю терапевтичної роботи, що вимагає глибокого розуміння психологічних механізмів їх формування і підтримання[10]. Теоретичним підґрунтям дослідження є уявлення про РХП як багатовимірне біопсихосоціальне порушення, у якому харчова поведінка виконує функцію регуляції емоційного стану, самооцінки та відчуття контролю[4].

У дослідженні взяли участь 47 осіб віком від 18 до 55 років. Серед респондентів – 35 жінок та 12 чоловіків.

Вибірка включала осіб, які мали ознаки порушеної харчової поведінки різного ступеня вираженості. Такий підхід дозволив охопити широкий спектр проявів РХП та дослідити їх психологічну неоднорідність.

Критеріями включення у вибірку було обрано вік від 18 років, наявність симптомів або ознак порушеної харчової поведінки (обмежувальна поведінка, переїдання, компенсаторні дії, виражена незадоволеність тілом), усвідомлена згода на участь у дослідженні та здатність самостійно заповнювати психодіагностичні методики.

Із вибірки було виключено осіб у гострих психотичних станах, з тяжкими соматичними захворюваннями у стадії декомпенсації, із когнітивними порушеннями(у випадку унеможливлення адекватного розуміння інструкцій), а також осіб, що відмовилися від участі на будь-якому етапі дослідження.

Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів психологічної науки та практики, з дотриманням вимог добровільної участі, поінформованої згоди, конфіденційності отриманих даних та забезпечення психологічної безпеки учасників дослідження.

Особлива увага приділялася етичному компоненту роботи з огляду на вразливість, підвищений рівень сорому та тривоги, а також можливу наявність супутньої депресивної симптоматики в досліджуваних осіб із РХП. Кожен учасник підписав інформовану згоду на участь у дослідженні(Додаток А).

Для підтвердження або спростування гіпотез емпіричного дослідження було використано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно охарактеризувати психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки. Добір інструментарію здійснювався з урахуванням сучасних уявлень про поліетіологічну природу РХП та необхідність одночасного дослідження поведінкових, емоційних, когнітивних і особистісних компонентів розладу.

У дослідженні було використано ряд психодіагностичних методик: ЕАТ-26, ВІТ, ВДІ та ММРІ-2. Кожну із них окремо розглянуто нижче.

1. Опитувальник ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test).

ЕАТ-26 є одним із найбільш поширених, надійних і валідних психодіагностичних інструментів, що застосовуються для скринінгової оцінки порушень харчової поведінки у клінічних та неклінічних вибірках[33]. Методика була розроблена з метою виявлення дисфункціональних когнітивних, емоційних і поведінкових установок щодо їжі, маси тіла та контролю харчування, які лежать в основі формування анорексії, булімії та компульсивного переїдання[10; 54].

Опитувальник EAT-26 застосовувався в адаптованому українському перекладі, що використовується у вітчизняних наукових дослідженнях розладів харчової поведінки[9]. Методика зберігає структуру та систему підрахунку оригінальної версії, валідність і надійність якої підтверджені численними міжнародними дослідженнями[40].

Опитувальник складається з 26 тверджень. Кожне твердження оцінюється респондентом за шкалою частоти, що дає змогу кількісно визначити рівень вираженості патологічних харчових установок та ступінь ризику розвитку розладів харчової поведінки. Такий формат дозволяє отримати стандартизовані показники, придатні для подальшого статистичного аналізу та порівняння між групами.

EAT-26 є ключовим методичним інструментом у структурі даного дослідження, оскільки він безпосередньо відображає поведінкову та когнітивну складову розладів харчової поведінки й дозволяє інтегрувати результати з іншими психодіагностичними показниками у межах комплексного біопсихосоціального підходу[9; 33].

2. Шкала образу тіла (Body Image Test, BIT).

BIT застосовувалася у даному дослідженні з метою вивчення суб'єктивного сприйняття власного тіла, рівня задоволеності зовнішністю, а також наявності емоційно забарвлених та дисморфічних переживань, пов'язаних із тілесністю[35]. У сучасних психологічних і психіатричних концепціях порушення образу тіла розглядається як один із центральних патогенетичних механізмів формування та підтримання розладів харчової поведінки, що тісно пов'язаний із самооцінкою, емоційною регуляцією, тривогою та соціальним функціонуванням[32; 44].

Шкала образу тіла застосовувалася в адаптованому українському варіанті, що використовується у вітчизняних наукових дослідженнях для оцінки суб'єктивного сприйняття власного тіла, рівня тілесного незадоволення та дисморфічних переживань[9]. Методика ґрунтується на міжнародних підходах

до вимірювання образу тіла та відповідає теоретичним моделям, описаним у сучасній літературі[20].

Наукові дослідження свідчать, що саме негативний або викривлений образ тіла виступає «ядром» більшості РХП, незалежно від їх клінічної форми. Невдоволення власною зовнішністю, надмірна зосередженість на вазі та формі тіла, а також інтерналізація нереалістичних соціокультурних стандартів краси створюють стійкий фон психологічної напруги, що сприяє розвитку обмежувальної, компульсивної або компенсаторної харчової поведінки[17; 44].

Для осіб із розладами харчової поведінки характерним є викривлене сприйняття тіла, за якого об'єктивні параметри ваги, індексу маси тіла чи фактичної зовнішності втрачають значення, поступаючись суб'єктивному, емоційно забарвленому образу[18]. У таких випадках тіло переживається не як частина цілісного Я, а як об'єкт постійного контролю, критики або «ворог», що потребує корекції[7; 32].

3. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI).

BDI є одним із найбільш валідних, надійних і широко використовуваних психодіагностичних інструментів для оцінки вираженості депресивної симптоматики у клінічних та дослідницьких вибірках[19]. Методика ґрунтується на когнітивній моделі депресії та дозволяє комплексно оцінити емоційні, когнітивні й соматичні прояви депресивного стану[28; 31].

Шкала депресії Бека застосовувалася в адаптованому україномовному перекладі, що використовується у вітчизняних наукових дослідженнях для оцінки депресивної симптоматики[6]. Методика зберігає структуру та систему підрахунку оригінальної версії, валідність і надійність якої підтверджені міжнародними та українськими дослідженнями[21].

У контексті розладів харчової поведінки депресивна симптоматика розглядається як частий коморбідний стан, що суттєво ускладнює перебіг захворювання, підвищує ризик хроніфікації симптомів та знижує ефективність психотерапевтичної допомоги[37]. Дослідження свідчать, що депресія може виступати як чинником розвитку РХП, так і їх наслідком, формуючи замкнене

коло взаємного підсилення емоційного дистресу та дезадаптивної харчової поведінки[19; 28].

Методика BDI складається з 21 пункту, кожен із яких містить чотири твердження, що відображають зростання інтенсивності депресивного симптому. Респондент обирає варіант, який найбільш точно описує його стан за останній період. Такий формат дозволяє отримати кількісний показник рівня депресивних проявів і провести їх градацію за ступенем тяжкості[28].

Особливої уваги потребує той факт, що при РХП соматичні симптоми депресії можуть маскуватися або, навпаки, посилюватися за рахунок обмежувальної або компульсивної харчової поведінки. Саме тому використання BDI дозволяє більш чітко диференціювати власне депресивні прояви від симптомів, зумовлених порушеннями харчування[37].

Застосування шкали депресії Бека у даному дослідженні є принципово важливим з кількох причин. По-перше, методика дозволяє відмежувати симптоми РХП від супутніх афективних розладів, що є необхідною умовою коректної інтерпретації результатів психодіагностики. По-друге, вона дає змогу оцінити вплив депресивного стану на харчову поведінку, зокрема на інтенсивність переїдань, обмежень або компенсаторних дій[19; 28]. По-третє, врахування рівня депресивної симптоматики дозволяє більш адекватно інтерпретувати показники образу тіла та особистісних характеристик, отримані за допомогою інших методик[31; 49].

Наукові джерела підкреслюють, що високий рівень депресії у осіб із розладами харчової поведінки пов'язаний із більшою вираженістю негативного образу тіла та підвищеною емоційною нестабільністю, що загалом ускладнює перебіг розладу[18; 28]. Крім того, підвищена депресивна симптоматика асоціюється з менш сприятливим прогнозом лікування та зниженням ефективності психотерапевтичних методик[37].

У зв'язку з цим оцінка депресивної симптоматики є важливим елементом формування психологічного профілю клієнта та науково обґрунтованого планування подальшої психологічної допомоги.

4. Опитувальник MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) .

MMPI-2 є одним із найбільш ґрунтовних, надійних і валідних клініко-психологічних інструментів, що застосовуються для комплексної оцінки глибинних психологічних порушень, особистісної структури та психопатологічних проявів у дорослих[22].

Методика була розроблена з метою виявлення стійких емоційних, когнітивних та поведінкових патернів, які відображають особливості психологічної дезадаптації та внутрішньо-психічних конфліктів[25; 29]. В межах дослідження цей опитувальник був використаний як додаткова методика для діагностики глибинних психологічних порушень та виявлення особистісних рис респондентів.

У сучасній клінічній і дослідницькій практиці MMPI-2 широко використовується для діагностики афективних розладів, тривожної та депресивної симптоматики, психосоматичних проявів, порушень особистісної організації, а також для оцінки коморбідних станів, що часто супроводжують розлади харчової поведінки[22; 31].

Дослідження свідчать, що у осіб із розладами харчової поведінки профіль MMPI нерідко характеризується підвищеними показниками за шкалами депресії, психастенії, істерії та соціальної інтроверсії, що відображає глибинні механізми емоційної дезадаптації та порушення саморегуляції[25; 29].

Опитувальник MMPI-2 застосовується в адаптованих перекладах, які використовуються у вітчизняній клініко-психологічній та психосоматичній практиці[6].

Методика зберігає структуру, систему шкал та принципи підрахунку оригінальної версії, валідність і надійність якої підтверджені численними міжнародними дослідженнями та клінічними рекомендаціями[19; 21].

У вітчизняних психологічних дослідженнях MMPI використовується як інструмент поглибленої психологічної діагностики, що доповнює симптоматичні опитувальники та дозволяє перейти від опису окремих симптомів до аналізу глибинних особистісних механізмів[18].

Такий багаторівневий підхід дає змогу аналізувати не лише окремі симптоми розладу, але й структуру особистості в цілому, що є особливо важливим у дослідженні розладів харчової поведінки, де поведінкові прояви нерідко маскують глибинні емоційно-особистісні порушення, пов'язані з труднощами саморегуляції, афективною дезадаптацією та внутрішньо-психічними конфліктами[22; 29].

У сучасних наукових роботах ММРІ-2 розглядається не лише як інструмент клінічної діагностики, але й як засіб дослідження психологічних механізмів підтримання розладів харчової поведінки, зокрема емоційної нестабільності, високого рівня тривожності, схильності до самозвинувачення, ригідності та внутрішньої конфліктності[18; 31]. Застосування ММРІ дозволяє простежити взаємозв'язки між симптомами РХП та більш глибинними характеристиками особистості, які не завжди фіксуються за допомогою скринінгових методик[25].

Застосування ММРІ-2 забезпечує комплексне розуміння психологічного стану осіб із розладами харчової поведінки та відповідає сучасному біопсихосоціальному підходу до їх вивчення й психологічної допомоги[29; 31].

Використання данного комплексу психодіагностичних методик дозволяє здійснити багатовимірний аналіз психологічних особливостей осіб із розладами харчової поведінки, охоплюючи поведінковий, емоційний та особистісний рівні психічного функціонування. Такий підхід відповідає сучасним вимогам до емпіричних досліджень у галузі клінічної та консультативної психології та створює науково обґрунтовану основу для подальшого аналізу результатів і розробки ефективних програм психологічної допомоги особам із РХП[1; 10].

Емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб із розладами харчової поведінки було організоване відповідно до принципів комплексної клініко-психологічної оцінки, рекомендованих сучасними науковими та практичними підходами до вивчення РХП[10; 22].

Дослідження передбачало послідовну реалізацію трьох взаємопов'язаних етапів: діагностичного, аналітичного та узагальнювального, що відповідає загальноприйнятій структурі емпіричних психологічних досліджень[26].

1. Діагностичний етап був спрямований на первинний збір емпіричних даних та охоплював організаційно-підготовчі й безпосередньо психодіагностичні процедури, що відповідає загальноприйнятій логіці емпіричних психологічних досліджень[10; 26].

На цьому етапі здійснювався відбір учасників дослідження відповідно до визначених критеріїв включення.

Участь респондентів у дослідженні була добровільною. Усі учасники були поінформовані про мету, зміст і умови дослідження, а також про принципи конфіденційності та анонімності отриманих результатів, що відповідає сучасним етичним і клінічним рекомендаціям у роботі з особами з розладами харчової поведінки[26; 54]. Кожен учасник підписав інформовану згоду про участь у дослідженні приклад якої наведено в Додатку А.

Перед початком психодіагностики кожному учаснику надавався стандартизований інструктаж, у ході якого пояснювалися загальні правила заповнення опитувальників, наголошувалося на відсутності «правильних» або «неправильних» відповідей та важливості щирості для підвищення достовірності результатів, що відповідає методичним вимогам до проведення психодіагностичних процедур. Обстеження проводилося індивідуально або у малих групах у спокійних умовах, що мінімізували вплив зовнішніх чинників і сприяли концентрації уваги респондентів[10; 26].

Таким чином, діагностичний етап забезпечив отримання первинних кількісних і якісних даних щодо типів та вираженості порушених харчових патернів, особливостей образу тіла, емоційного стану та стійких особистісних характеристик учасників дослідження.

2. Аналітичний етап передбачав систематизацію, статистичну обробку та поглиблений аналіз отриманих емпіричних даних відповідно до вимог психологічних досліджень[10;26]. Кількісна обробка результатів здійснювалася

згідно з інструкціями та протоколами підрахунку кожної застосованої методики з подальшим визначенням індивідуальних і групових показників, що відповідає загальноприйнятим підходам до аналізу психодіагностичних даних[54].

Кількісний аналіз включав визначення рівнів вираженості симптомів порушеної харчової поведінки за показниками опитувальника ЕАТ-26, за шкалою образу тіла, рівня депресивної симптоматики за шкалою депресії Бека, а також особистісних характеристик, релевантних для розладів харчової поведінки, за даними ММРІ-2[12; 19]. Для підвищення наочності та зручності інтерпретації результати було представлено у вигляді таблиць, відсоткових розподілів і узагальнених показників, що дало змогу виявити загальні тенденції та структурні особливості досліджуваної вибірки.

Окрім кількісного аналізу, на аналітичному етапі здійснювався кореляційний аналіз даних, спрямований на виявлення статистично значущих взаємозв'язків між ключовими психологічними змінними дослідження. Кореляційний аналіз дав змогу простежити внутрішню структуру психологічних порушень та визначити психологічні механізми, що підтримують патологічні харчові патерни, зокрема роль негативного образу тіла та депресивної симптоматики у посиленні дезадаптивної харчової поведінки[4; 22].

3. Узагальнювальний етап емпіричного дослідження був спрямований на системну інтеграцію отриманих кількісних результатів та їх інтерпретацію у світлі теоретичних положень, викладених у першому розділі магістерської роботи. На цьому етапі здійснювалося узагальнення виявлених емпіричних закономірностей і зіставлення їх із сучасними науковими уявленнями про етіологію, механізми формування та психологічні особливості розладів харчової поведінки[10; 54].

Отримані результати аналізувалися з позицій інтегративного підходу, що передбачає одночасне врахування поведінкових, емоційних, когнітивних і особистісних чинників розладів харчової поведінки[22]. Особлива увага приділялася співвідношенню між типами порушеної харчової поведінки,

особливостями образу тіла, рівнем депресивної симптоматики та стійкими особистісними характеристиками, що дозволило сформувати цілісне уявлення про психологічну структуру РХП[4; 49].

На узагальнювальному етапі було здійснено інтерпретацію результатів порівняльного та кореляційного аналізів з метою виявлення психологічних механізмів, що лежать в основі підтримання симптомів розладів харчової поведінки. Це дало змогу розглядати порушену харчову поведінку не як ізольований симптом, а як складний регуляторний механізм, пов'язаний із труднощами емоційної саморегуляції, негативним образом тіла, внутрішньою напругою та дезадаптивними особистісними стратегіями[4; 44].

Таким чином, узагальнювальний етап забезпечив перехід від описового аналізу емпіричних показників до їх глибокого психологічного осмислення, що створило науково обґрунтовану основу для формулювання висновків та подальшої розробки рекомендацій щодо психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки.

На підставі отриманих емпіричних даних були сформульовані висновки щодо підтвердження або часткового підтвердження висунутих гіпотез, а також визначені основні напрями подальшої психотерапевтичної роботи й розробки комплексної програми психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки, що відповідає сучасним інтегративним підходам у клінічній та консультативній психології[10; 22].

2.2. Аналіз і узагальнення результатів емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження проводилося з використанням кількісних психодіагностичних методик, що дозволило отримати стандартизовані показники та забезпечити об'єктивність подальшого статистичного аналізу результатів.

Формування вибірки та подальше групування респондентів здійснювалося відповідно до цілей і гіпотез дослідження, а також з урахуванням специфіки проблематики розладів харчової поведінки[4].

Загальну вибірку дослідження склали респонденти віком від 18 до 50 років, серед яких були представлені як жінки, так і чоловіки.

Кількісне співвідношення учасників за статтю дозволяє врахувати можливий вплив статевих відмінностей на прояви порушень харчової поведінки, образу тіла та депресивної симптоматики.

Таблиця 2.1

Кількісне співвідношення учасників за статтю

Стать респондентів	Кількість осіб(n)	Відсоток(%)
Жінки	35	74,5%
Чоловіки	12	25,5%
Всього	47	100%

Як видно з даних наведених в таблиці 2.1, у дослідженні взяли участь 47 респондентів, серед яких переважали жінки – 74,5 %, тоді як частка чоловіків становила 25,5 %. Такий розподіл вибірки відображає загальну тенденцію більшої представленості жінок у дослідженнях, присвячених проблематиці розладів харчової поведінки, що відповідає даним сучасних клініко-психологічних досліджень[7].

Для проведення аналізу було обрано такі показники за якими респонденти були поділені на групи:

1. Стать респондента, що дало змогу проаналізувати можливі відмінності у психологічних показниках між чоловіками та жінками з огляду на гендерні особливості переживання тілесності, харчової поведінки та емоційного стану.

2. Рівень вираженості симптомів розладів харчової поведінки, визначений за сумарними показниками опитувальника ЕАТ-26.

3. Рівень образу тіла, сформований за результатами шкали образу тіла. Залежно від кількісних показників було виокремлено групи респондентів з негативним, помірним та відносно позитивним тілесним самосприйняттям, що дозволило дослідити роль тілесної ідентичності у структурі психологічної дезадаптації.

4. Рівень депресивної симптоматики, визначений за шкалою депресії Бека. Респонденти були згруповані відповідно до ступеня вираженості депресивних проявів, що дало змогу проаналізувати взаємозв'язок між емоційним дистресом і показниками харчової поведінки та образу тіла.

5. Тип розладу харчової поведінки, встановлений на основі домінуючих симптоматичних проявів, зафіксованих у структурі опитувальника EAT-26 та додаткових клініко-психологічних характеристик.

Це дозволило порівняти психологічні профілі респондентів з різними формами РХП та виявити специфічні закономірності їх прояву. Обрані критерії дозволили комплексно розглянути вплив статі, типу та вираженості розладів харчової поведінки, особливостей образу тіла та рівня депресивної симптоматики на психологічний стан досліджуваних осіб, що відповідає логіці висунутих гіпотез і меті дослідження. Порівняльний аналіз результатів дослідження наведено нижче.

Урахування статевої змінної є методологічно доцільним, оскільки сучасні клініко-психологічні дослідження вказують на відмінності у психологічних механізмах формування та підтримання розладів харчової поведінки у жінок і чоловіків[17].

Таблиця 2.2

Порівняльні дані(середній бал) для груп жінок і чоловіків за показниками діагностичних методик

Методики	Жінки (n = 35)	Чоловіки (n = 12)
Опитувальник EAT-26	43,46	45,17
Шкала депресії Бека(BDI)	22,03	19,75
Шкала образу тіла(BIT), з мішаний образ тіла	18.5 n=4	18.29 n=7

Продовження таблиці 2.2

Шкала образу тіла(BIT), негативний образ тіла	32.61 n=31	33.2 n=5
--	---------------	-------------

Для порівняльного аналізу були використані середні значення показників за опитувальником ЕАТ-26, шкалою депресії Бека та результати оцінки образу тіла, що дозволило комплексно охарактеризувати психологічний стан респондентів залежно від статі.

Отримані результати свідчать, що середні показники порушень харчової поведінки за ЕАТ-26 є високими в обох групах, при цьому у чоловіків вони дещо перевищують показники жіночої групи.

Це може вказувати на те, що інтенсивність порушених харчових установок і поведінкових патернів є значущою незалежно від статі, що підтверджується даними сучасних емпіричних досліджень[12].

Водночас рівень депресивної симптоматики є вищим у жінок, що проявляється у середньому балі за шкалою депресії Бека (22,03 у жінок проти 19,75 у чоловіків). Така тенденція може свідчити про більшу емоційну вразливість жінок та схильність до внутрішнього переживання психологічного дистресу на тлі порушень харчової поведінки[28].

Аналіз показників образу тіла виявив суттєві відмінності між статевими групами, що видно на рисунку 2.1.

На рисунку 2.1. представлено дворівневу кругову діаграму, що ілюструє співвідношення статевого складу вибірки та характер образу тіла у жінок і чоловіків із розладами харчової поведінки. Такий спосіб подання даних дозволяє комплексно проаналізувати взаємозв'язок між статтю респондентів та особливостями тілесного самосприйняття.

Зовнішнє кільце діаграми відображає статеву структуру вибірки, у якій переважають жінки.

Внутрішнє кільце демонструє співвідношення негативного та змішаного образу тіла у межах кожної статевої групи. У групі жінок чітко домінує негативний образ тіла, що свідчить про високий рівень незадоволеності

власною зовнішністю, критичне ставлення до тіла та схильність до його знецінення. Подібні результати відповідають даним досліджень, у яких негативний образ тіла розглядається як один із ключових психологічних чинників розвитку та підтримання розладів харчової поведінки у жінок[9; 21].

У групі чоловіків спостерігається більш рівномірний розподіл між негативним та змішаним образом тіла. Це може свідчити про більшу варіативність тілесного самосприйняття та менш стабільне формування негативних тілесних установок. Дослідники зазначають, що у чоловіків образ тіла частіше має амбівалентний характер і менш жорстко пов'язаний із худорлявістю як провідним ідеалом[22; 24].

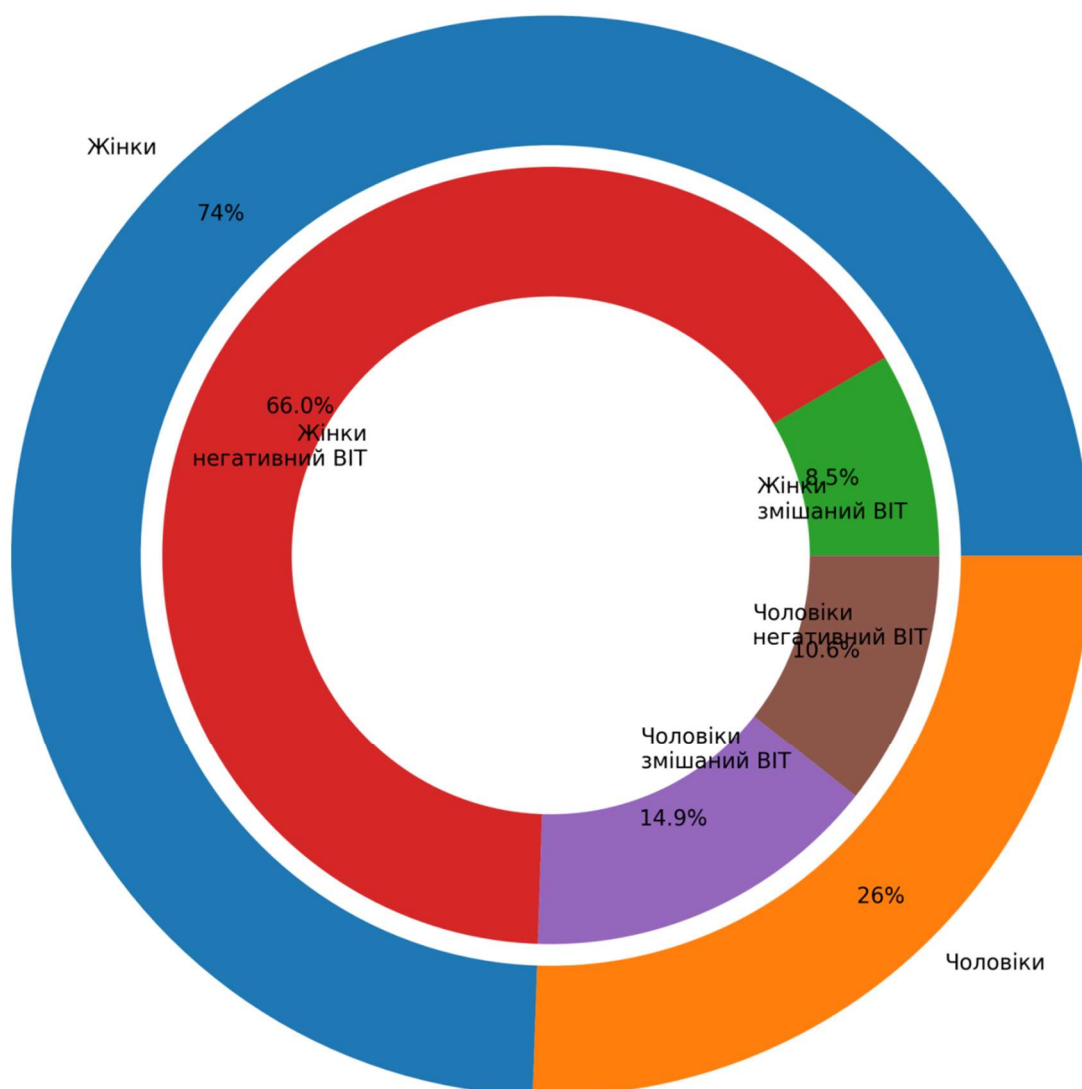


Рис. 2.1. Статеві відмінності в залежності від сприйняття образу тіла

Загалом представлені дані підтверджують наявність статевих відмінностей у характері образу тіла у осіб із розладами харчової поведінки, що має важливе значення для розуміння психологічних механізмів РХП та повинно враховуватися при розробці диференційованих програм психодіагностики та психологічної допомоги.

Також було проведено порівняльний аналіз співвідношення статі респондентів до типу РХП (Рисунок 2.2).

Отриманий розподіл за статтю та типом розладів харчової поведінки відображає типову для клінічних і неклінічних вибірок тенденцію до переважання жінок у загальній структурі РХП [7; 18]. Така диспропорція узгоджується з даними, які вказують на вищу поширеність РХП серед жінок, що пов'язують із більш інтенсивним соціокультурним тиском щодо зовнішності, інтерналізацією ідеалу худорлявості та більшою вразливістю до тілесного сорому [39; 51].

Найбільш чисельною групою у вибірці є нервова булімія (21 особа), причому домінують жінки (19 осіб), тоді як чоловіки представлені меншою кількістю (2 особи). Подібний розподіл узгоджується з даними про те, що булімічна симптоматика часто пов'язана з циклом «обмеження-зрив-провина-компенсація», який підсилюється культурними вимогами до контролю ваги та зовнішності, що частіше адресуються жінкам [26; 51].

Група компульсивного переїдання (14 осіб) демонструє більш збалансоване представництво статей (жінки – 8, чоловіки – 6), що узгоджується з сучасними уявленнями про менший гендерний розрив при binge-eating symptomatology порівняно з анорексією та булімією [24; 39]. У літературі підкреслюється, що для чоловіків компульсивне переїдання може частіше «маскуватися» під стрес-реакції або поведінкові стратегії емоційної регуляції, а звернення по допомогу відбувається пізніше через стигму та нижчу готовність визнавати психологічні труднощі [51].

Нервова анорексія представлена найменшою кількістю респондентів (6 осіб) із переважанням жінок (5 осіб) і меншою кількістю чоловіків (1 особа).

Це відповідає уявленням про те, що анорексія є одним із найбільш гендерно-асиметричних РХП, що частково пов'язують із специфікою соціальних стандартів худорлявості, а також із відмінностями у когнітивній фіксації на вазі та образі тіла[39;51].

Змішаний тип РХП (6 осіб) у вибірці має рівний розподіл за статтю (жінки 3 / чоловіки 3), що може вказувати на те, що комбіновані або «перехресні» патерни порушеної харчової поведінки менш залежать від статі та більше відображають індивідуальну динаміку симптомів, коморбідність та накопичення факторів ризику[12; 51]. Важливо, що міжнародні класифікаційні підходи підкреслюють варіативність клінічних проявів та можливість переходів між синдромами, що пояснює появу змішаних форм у дорослих вибірках[5; 12].

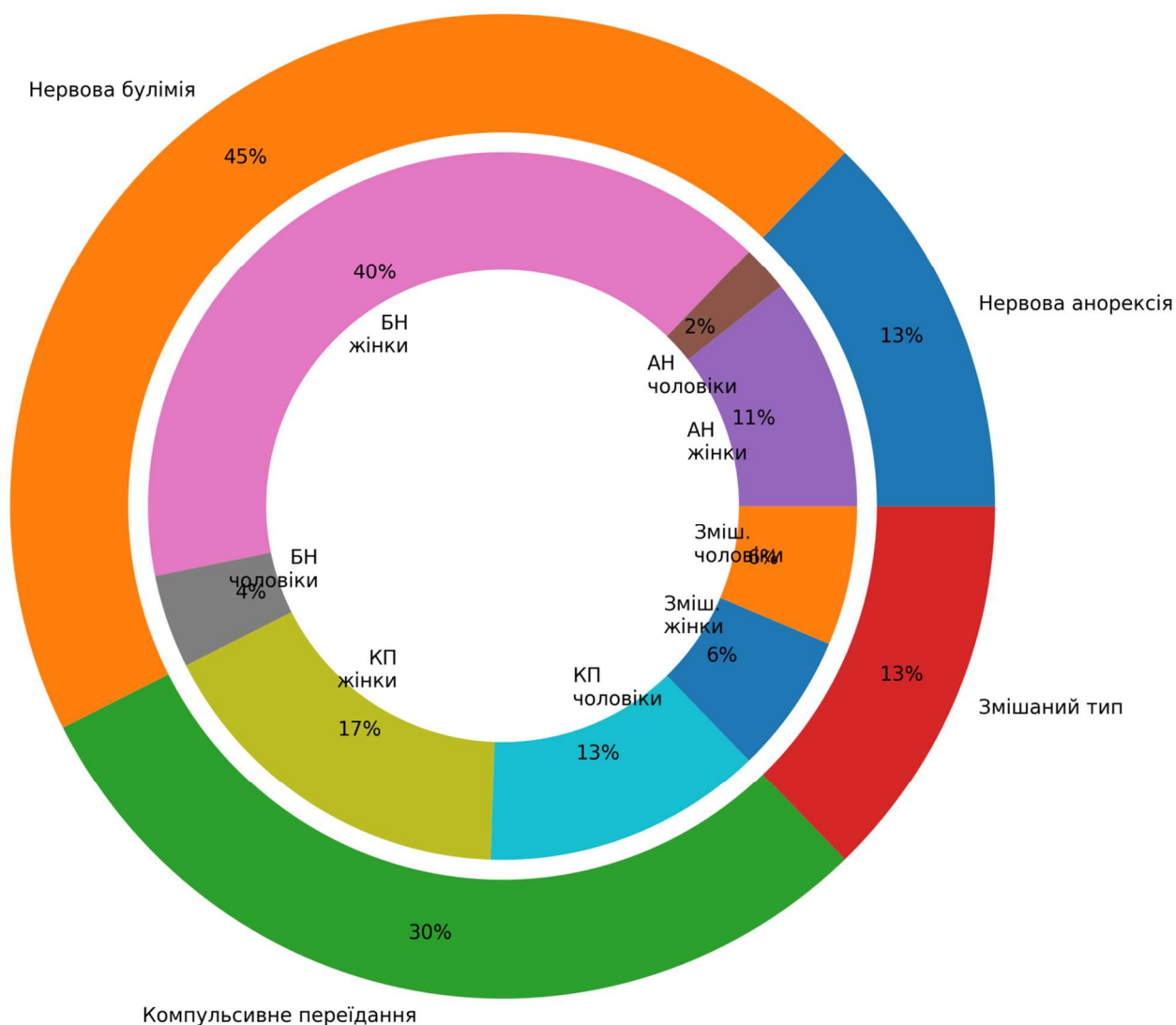


Рис. 2.2 Співвідношення статі та типу РХП у вибірці

Наведена на рисунку 2.2 діаграма наочно засвідчує наявність статевих відмінностей у структурі розладів харчової поведінки та акцентує на необхідності врахування гендерного чинника під час аналізу психологічних механізмів РХП і розроблення програм психологічної допомоги. Отримані результати мають суттєве практичне значення для формування диференційованих підходів до психодіагностики та психокорекційної роботи з особами різної статі.

Далі було проведено порівняльний аналіз психологічних показників, виявлених за допомогою діагностичних методик, залежно від типу розладу харчової поведінки.

Метою даного етапу емпіричного дослідження було виявлення специфіки психологічного профілю осіб із різними типами розладів харчової поведінки шляхом порівняльного аналізу рівня порушень харчової поведінки, особливостей образу тіла та вираженості депресивної симптоматики.

Аналіз спрямований на зіставлення психологічних характеристик, притаманних різним формам РХП був проведений без ранжування їх за ступенем «тяжкості».

На основі домінуючих симптоматичних проявів, зафіксованих у структурі опитувальника ЕАТ-26, респонденти були розподілені на чотири групи:

1. анорексогенний тип ($n = 6$);
2. булімічний тип ($n = 21$);
3. компульсивне переїдання ($n = 14$);
4. змішані форми розладів харчової поведінки ($n = 6$).

Таке групування дозволило здійснити диференційований аналіз психологічних показників та виявити специфічні закономірності, характерні для кожного типу порушеної харчової поведінки.

Подані в таблиці 2.3 результати дозволяють здійснити перевірку висунутих гіпотез щодо психологічних особливостей осіб із різними типами розладів харчової поведінки. Зокрема, отримані дані підтверджують гіпотезу

про наявність взаємозв'язку між типом РХП, рівнем порушеної харчової поведінки та характером образу тіла. У всіх досліджуваних групах зафіксовано переважання негативного образу тіла, що підтверджує його роль як центрального психологічного чинника у структурі РХП[9].

Таблиця 2.3

Показники харчової поведінки, депресивної симптоматики та образу тіла у респондентів з різними типами розладів харчової поведінки

Тип РХП	Кількість осіб (n)	EAT-26 (середній бал)	BDI (середній бал)	Негативний образ тіла (%)	Змішаний образ тіла (%)
Анорексогенний	6	64,17	31,00	100	0
Булімічний	21	39,57	20,43	81,0	19,0
Компульсивне переїдання	14	37,50	17,50	57,1	42,9
Змішані форми	6	53,67	24,67	50,0	50,0

Найвищі середні показники за опитувальником EAT-26 та шкалою депресії Бека виявлено у групі з анорексогенним типом РХП, що свідчить про максимальну вираженість дезадаптивних харчових установок і афективних порушень у цій групі. Суцільне домінування негативного образу тіла у респондентів з анорексогенними проявами підтверджує гіпотезу про тісний зв'язок між інтенсивністю порушеної харчової поведінки та викривленням тілесного самосприйняття[20].

У групі з булімічним типом РХП показники EAT-26 і BDI є дещо нижчими, однак залишаються підвищеними, що свідчить про збереження високого рівня психологічної дезадаптації. Переважання негативного образу тіла у цій групі підтверджує гіпотезу про його значущу роль у підтриманні булімічної симптоматики та емоційної нестабільності[27].

Для групи з компульсивним переїданням характерні відносно нижчі середні показники порушеної харчової поведінки та депресивної симптоматики, а також більш збалансоване співвідношення негативного і змішаного образу

тіла. Це частково підтверджує гіпотезу про різну психологічну структуру окремих типів РХП та свідчить про меншу жорсткість тілесних установок у порівнянні з анорексогенними та булімічними формами[18].

Змішані форми РХП характеризуються підвищеними середніми значеннями EAT-26 і BDI у поєднанні з рівним співвідношенням негативного та змішаного образу тіла. Отримані результати підтверджують гіпотезу про гетерогенність цієї групи та поєднання в її структурі психологічних механізмів, притаманних різним типам розладів харчової поведінки[35].

Підсумовуючи, результати, представлені в таблиці, підтверджують основну гіпотезу дослідження щодо багаторівневої психологічної природи розладів харчової поведінки. Гіпотези про взаємозв'язок порушеної харчової поведінки з негативним образом тіла та депресивною симптоматикою отримали повне емпіричне підтвердження, тоді як гіпотеза щодо відмінностей між окремими типами РХП підтверджена частково. Отримані дані формують емпіричну основу для подальшої розробки диференційованих програм психологічної допомоги.

На рисунку 2.3. представлено дворівневу кругову діаграму, що відображає співвідношення типів розладів харчової поведінки у вибірці та характер образу тіла всередині кожної клінічної групи. Такий підхід до візуалізації дозволяє комплексно проаналізувати зв'язок між клінічними проявами РХП та особливостями тілесного самосприйняття.

Зовнішнє кільце діаграми ілюструє кількісний розподіл респондентів за типами РХП: анорексогенний тип, булімічний тип, компульсивне переїдання та змішані форми відповідно до сучасних діагностичних класифікацій DSM-5 та МКХ-11[33; 34]. Найбільш чисельною у вибірці є булімічна група, тоді як анорексогенний тип і змішані форми представлені меншою кількістю осіб.

Внутрішнє кільце відображає співвідношення негативного та змішаного образу тіла у межах кожного типу РХП. Отримані результати свідчать про абсолютне домінування негативного образу тіла серед осіб з анорексогенними проявами (100 %), що узгоджується з даними про ключову роль викривленого

тілесного сприйняття у патогенезі анорексії нервової[9; 20]. У булімічній групі також переважає негативний образ тіла, однак поряд із ним виявлено частку респондентів зі змішаним образом тіла, що відповідає уявленням про флуктуацію самооцінки та тілесної ідентичності при булімії[21; 24].

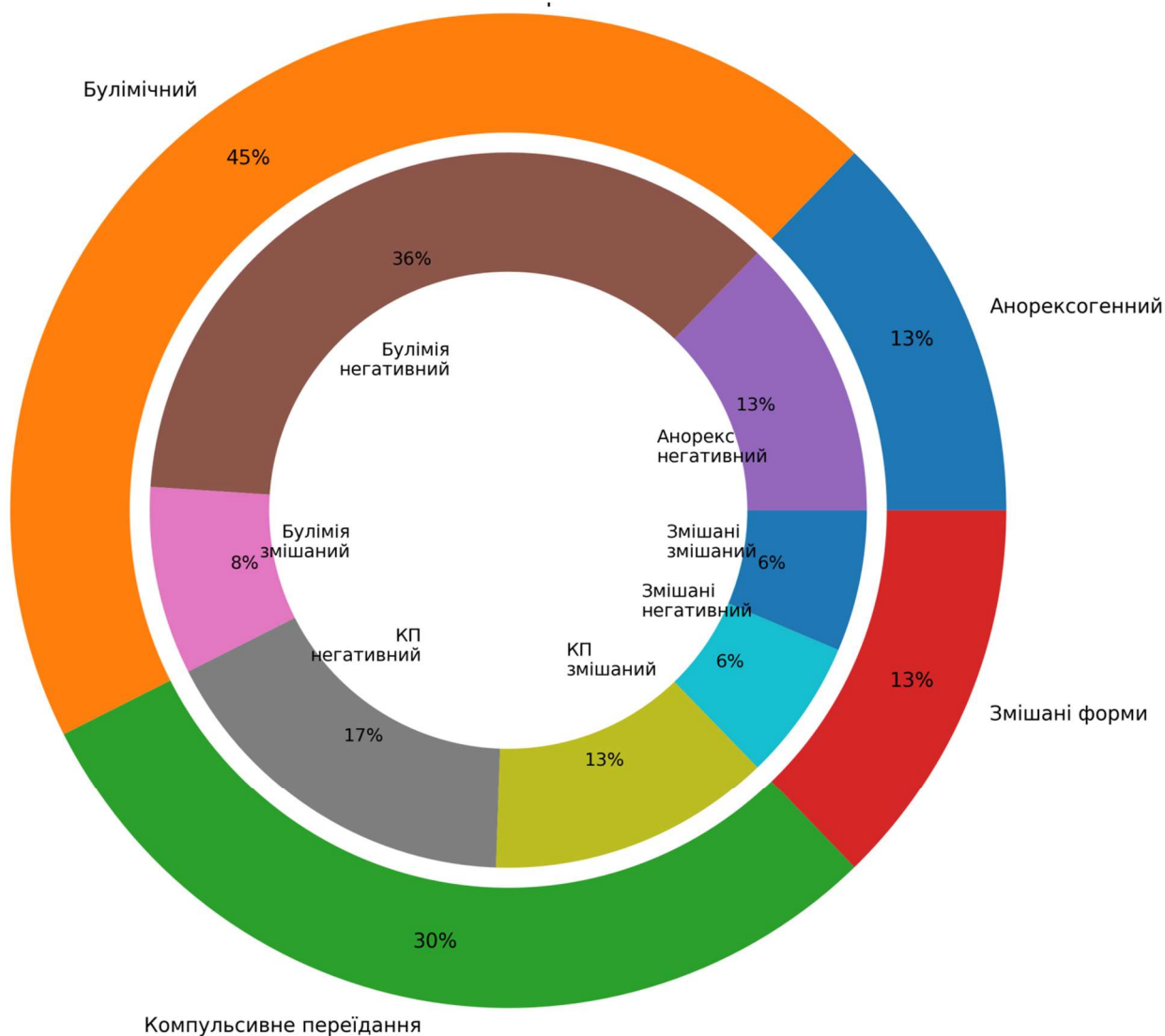


Рис. 2.3. Співвідношення типу РХП та образу тіла у відсотках

Для групи осіб із компульсивним переїданням характерний більш рівномірний розподіл між негативним та змішаним образом тіла, що може свідчити про варіативність ставлення до власного тіла та меншу фіксацію на худорлявості порівняно з анорексогенними і булімічними проявами[18; 27]. У групі зі змішаними формами РХП негативний і змішаний образ тіла

представлені в однакових пропорціях, що відображає складність і неоднорідність клінічної картини цих розладів[22].

Узагальнені результати, представлені на діаграмі, безпосередньо підтверджують висунуті гіпотези дослідження щодо взаємозв'язку між типом розладу харчової поведінки та характером образу тіла. Зокрема, отримані дані емпірично підтверджують гіпотезу про асоціацію високої вираженості порушеної харчової поведінки з домінуванням негативного образу тіла, а також свідчать про варіативність тілесного самоприйняття залежно від клінічного типу РХП. Це підтверджує положення про провідну роль образу тіла як одного з ключових психологічних механізмів формування та підтримання розладів харчової поведінки й узгоджується з сучасними теоретичними та емпіричними дослідженнями у цій галузі[9; 20; 33].

З метою з'ясування того, яким чином рівень тілесного самоприйняття пов'язаний з іншими психологічними змінними, зокрема з інтенсивністю порушень харчової поведінки та вираженістю депресивної симптоматики, було проведено аналіз психологічних показників залежно від рівня образу тіла, типу РХП та показниками особистісних характеристик.

Образ тіла у межах дослідження розглядається як ключова психологічна змінна, що опосередковує взаємозв'язок між поведінковими проявами розладів харчової поведінки та емоційним станом особистості[32].

Аналіз цього показника має принципове значення, оскільки у сучасних клініко-психологічних моделях саме тілесне самоприйняття розглядається як один із центральних механізмів формування та підтримання РХП[44].

На основі кількісних показників шкали образу тіла всі респонденти були розподілені за рівнем тілесного самоприйняття.

У досліджуваній вибірці було виокремлено дві емпірично сформовані групи:

- група з негативним образом тіла ($n = 34$), для якої характерне виражене тілесне незадоволення, фокус на уявних або перебільшених недоліках зовнішності та емоційний дискомфорт щодо власного тіла;

- група зі змішаним образом тіла ($n = 13$), що характеризується суперечливим тілесним самосприйняттям, поєднанням елементів прийняття та неприйняття власної зовнішності.

Відносно позитивний образ тіла у межах даної вибірки не був представлений, що свідчить про загальну вираженість тілесного неблагополуччя серед осіб із порушеннями харчової поведінки та відповідає даним попередніх досліджень[17].

Таблиця 2.4

Порівняльний аналіз психологічних показників

Рівень образу тіла	К-сть осіб (n)	АН(n)	БН (n)	КП (n)	Змішані форми РХП (n)	EAT-26 (середній бал)	BDI (середній бал)
Негативний	34	6	17	8	3	47,29	23,26
Змішаний	13	0	4	6	3	35,00	16,69

Як видно з даних таблиці 2.4, негативний образ тіла є домінуючим для більшості респондентів незалежно від типу розладу харчової поведінки, що свідчить про його універсальний характер у структурі психологічної дезадаптації осіб із РХП. Представленість усіх типів розладів харчової поведінки у групі з негативним образом тіла підтверджує положення про те, що тілесне неприйняття не є специфічним лише для окремих клінічних форм, а виступає загальним патогенетичним чинником[44].

Особливо показовим є те, що анорексогенний тип розладу харчової поведінки представлений виключно у групі з негативним образом тіла. Відсутність осіб з анорексією у групі зі змішаним образом тіла може свідчити про більш жорсткий, ригідний і тотальний характер тілесного контролю при анорексогенних формах РХП, де тіло переживається як об'єкт постійної критики та необхідності безперервної корекції[7]. Така ригідність образу тіла узгоджується з даними про високу когнітивну фіксацію, перфекціонізм і страх втрати контролю, характерні для анорексії[25].

У групі з негативним образом тіла також переважають особи з булімічним типом розладу харчової поведінки, що вказує на тісний зв'язок між тілесним неприйняттям та циклічними порушеннями харчування, які включають епізоди переїдання та компенсаторної поведінки. У цьому випадку негативний образ тіла може виступати як чинник, що підтримує замкнене коло емоційного напруження, втрати контролю та подальшого самозвинувачення[28].

Водночас у групі зі змішаним образом тіла переважають особи з компульсивним переїданням та змішаними формами РХП, що свідчить про більш варіативний і менш ригідний характер тілесного самосприйняття. Для цих осіб тілесне Я не є настільки жорстко фіксованим на ідеалах худорлявості, однак залишається емоційно нестабільним і суперечливим[17]. Це може відображати менш структуровані, але водночас менш контрольовані механізми регуляції емоційного дистресу через їжу.

Аналіз середніх показників EAT-26 і BDI у групах з різним рівнем образу тіла доповнює структурні дані та підтверджує, що негативний образ тіла асоціюється з вищою інтенсивністю порушень харчової поведінки та більш вираженою депресивною симптоматикою. Це дозволяє розглядати тілесне неприйняття не лише як супутній феномен, а як інтегративний показник загального рівня психологічної дезадаптації[29].

Таким чином, дані таблиці 2.4 свідчать про те, що образ тіла виступає центральною ланкою, яка поєднує тип розладу харчової поведінки, поведінкові симптоми та емоційний стан особистості. Отримані результати підкреслюють необхідність урахування особливостей тілесного самосприйняття при психологічній діагностиці та плануванні індивідуалізованих програм психологічної допомоги особам із різними формами РХП.

Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник (MMPI) було включено до комплексу психодіагностичних методик з метою виявлення глибинних особистісних та емоційно-психологічних особливостей респондентів, які не завжди фіксуються симптоматичними методами дослідження[25]. На відміну від опитувальників, спрямованих на оцінку окремих проявів порушеної

харчової поведінки або афективного стану, ММРІ дозволяє проаналізувати більш стійкі патерни психічного функціонування, рівень психологічної дезадаптації та особливості внутрішньої регуляції особистості[20;35]. Використання цієї методики у межах даного дослідження зумовлене необхідністю розглянути розлади харчової поведінки не лише як сукупність поведінкових симптомів, але й як прояв глибинних психологічних механізмів, пов'язаних із порушенням Я-образу, емоційної регуляції та ставлення до власного тіла[9; 20].

Аналіз результатів ММРІ виявив підвищені показники за низкою клінічних шкал, зокрема шкалами депресії (D), психастенії (Pt), іпохондрії (Hs) та істерії (Hy). Таке поєднання свідчить про наявність у досліджуваних осіб вираженого тривожно-депресивного фону, внутрішньої напруги, схильності до нав'язливих переживань і підвищеної уваги до тілесних відчуттів[55]. Підвищення показників за шкалами Hs та Hy відображає тенденцію до соматизації психологічного напруження, коли емоційні труднощі переживаються та виражаються через тілесні симптоми. У частини респондентів також виявлено підвищені значення за шкалою шизоїдності (Sc), що може свідчити про труднощі у сфері міжособистісної взаємодії, емоційну відстороненість та порушення цілісності образу Я[54;62].

Інтерпретація результатів здійснювалася на основі стандартних Т-балів ММРІ: значення в межах 60–69 Т розглядалися як помірно підвищені, понад 70 Т — як підвищені. Отримані показники використовувалися з аналітичною, а не клінічно-діагностичною метою.

Результати, представлені в таблиці 2.5, відображають особистісні особливості респондентів, виявлені за допомогою Міннесотського багатofазного особистісного опитувальника (ММРІ), та слугують емпіричною основою для перевірки гіпотез щодо глибинної психологічної структури розладів харчової поведінки. Аналіз середніх Т-балів за клінічними шкалами дозволяє оцінити рівень вираженості емоційно-особистісних порушень, що виходять за межі симптоматичних проявів РХП.

Найвищі показники за шкалами депресії (D) та психастенії (Pt) підтверджують гіпотезу про домінування глибинних афективно-тривожних порушень у структурі РХП. Таке поєднання підтверджує припущення про те, що порушена харчова поведінка є вторинним способом регуляції складних емоційних станів[58].

Помірно підвищені значення за шкалами іпохондрії (Hs) та істерії (Hy) частково підтверджують гіпотезу про соматизацію психологічної напруги у осіб із РХП[59].

Показники за шкалою шизоїдності (Sc) перебувають у межах помірно підвищеного рівня і підтверджують гіпотезу про порушення інтеграції образу Я як одного з глибинних психологічних механізмів підтримання РХП[62].

Таким чином, дані ММРІ загалом підтверджують основну гіпотезу дослідження про багаторівневу психологічну природу розладів харчової поведінки. Виявлені глибинні емоційно-особистісні порушення значно перевищують за інтенсивністю симптоматичні прояви, зафіксовані за допомогою EAT-26 та BDI, що підтверджує провідну роль особистісних чинників у формуванні та підтриманні РХП[54]. Отримані результати обґрунтовують необхідність психологічної допомоги, спрямованої на роботу з глибинними механізмами емоційної регуляції, образу Я та тілесної ідентичності[55].

У таблиці 2.6 представлено порівняльну вираженість психологічних порушень, виявлених за допомогою Міннесотського багатофазного особистісного опитувальника (ММРІ), опитувальника харчових установок EAT-26 та шкали депресії Бека (BDI). Зіставлення результатів цих методик дозволяє здійснити перевірку гіпотези про багаторівневу психологічну структуру розладів харчової поведінки, що охоплює глибинні особистісні, поведінково-когнітивні та афективні компоненти.

Таблиця 2.5

Узагальнені результати за клінічними шкалами ММРІ у досліджуваній вибірці

Шкала ММРІ	Назва шкали	Середн Т-бал	Рівень вираженості	Психологічна інтерпретація
Hs	Іпохондрія	65	помірно підвищений	Схильність до фіксації на тілесних відчуттях, соматизація психологічної напруги, підвищена увага до стану власного тіла
D	Депресія	76	підвищений	Стійкий депресивний фон, емоційна пригніченість, зниження життєвого тону, почуття безнадійності
Hu	Істерія	62	помірно підвищений	Тенденція до витіснення емоційної напруги, використання тілесних симптомів як способу психологічного захисту
Pt	Психастенія	78	підвищений	Високий рівень тривожності, внутрішня напруга, нав'язливі переживання, ригідність мислення
Sc	Шизоїдність	61	помірно підвищений	Емоційна відстороненість, труднощі міжособистісної взаємодії, порушення цілісності Я-образу

Аналіз даних таблиці свідчить, що найбільш вираженими у досліджуваній вибірці є глибинні емоційно-особистісні порушення, зафіксовані за допомогою ММРІ. Підвищені Т-бали за шкалами депресії та психастенії підтверджують гіпотезу про домінування депресивно-тривожних особистісних тенденцій у структурі РХП. Отримані результати вказують на наявність стійкої особистісної дезадаптації, яка не зводиться до ситуативних емоційних станів і виступає базовим психологічним фоном порушеної харчової поведінки[35].

Особливої уваги заслуговує аналіз взаємозв'язку результатів ММРІ з показниками образу тіла та розладів харчової поведінки. Результати проведеного аналізу представлено у таблиці 2.6.

Особи з негативним образом тіла демонструють вищі показники за шкалами депресії та психастенії порівняно з респондентами зі змішаним

образом тіла, що вказує на тісний зв'язок між викривленим тілесним самосприйняттям і глибинними емоційно-особистісними порушеннями[54]. Крім того, підвищені показники за шкалами ММРІ узгоджуються з високими значеннями за опитувальником ЕАТ-26 та шкалою депресії Бека, що підтверджує системний характер виявлених порушень. Таким чином, негативний образ тіла у даній вибірці постає не лише як когнітивна установка, але і як складова більш глибокої особистісної дезадаптації, що підтримує порушену харчову поведінку[62].

Високі середні показники за опитувальником ЕАТ-26 підтверджують гіпотезу про вираженість дезадаптивних харчових установок як ключового поведінково-когнітивного прояву РХП. Разом із тим, зіставлення результатів ЕАТ-26 з даними ММРІ дозволяє зробити висновок, що порушена харчова поведінка має вторинний характер і виконує функцію регуляції внутрішньої напруги та афективної нестабільності[62].

Показники за шкалою депресії Бека характеризуються помірно високим рівнем вираженості, що частково підтверджує гіпотезу про зв'язок депресивної симптоматики з РХП. Водночас нижча інтенсивність депресивних проявів порівняно з глибинними особистісними порушеннями дозволяє розглядати депресію як супровідний, а не провідний компонент психологічної структури розладів харчової поведінки[9].

Таблиця 2.6

Порівняльна вираженість психологічних порушень за даними ММРІ,
опитувальника ЕАТ-26 та BDI

Методика	Оцінюваний психологічний рівень	Середній показник у вибірці	Рівень вираженості	Узагальнена психологічна інтерпретація
ММРІ	Глибинні емоційно-особистісні порушення	D = 76; Pt = 78	Високий	Домінування депресивно-тривожних особистісних тенденцій, внутрішня напруга, порушення цілісності Я-образу
Продовження таблиці 2.6				
ЕАТ-26	Порушена харчова поведінка	43,89	Високий	Виразені дезадаптивні харчові установки, надмірна

	(поведінково-когнітивний рівень)			зосередженість на їжі та контролі маси тіла
BDI	Депресивна симптоматика (афективний рівень)	21,45 б	Помірно високий	Стійкий депресивний фон, емоційна пригніченість, почуття провини та безнадійності

Таким чином, результати, представлені в таблиці, загалом підтверджують основну гіпотезу дослідження про багаторівневу психологічну природу розладів харчової поведінки. Гіпотези щодо провідної ролі глибинних особистісних порушень та значущості дезадаптивних харчових установок отримали повне емпіричне підтвердження, тоді як гіпотеза щодо депресивної симптоматики підтверджена частково. Отримані дані обґрунтовують необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги, орієнтованого на роботу не лише з поведінковими симптомами, але й з глибинними особистісними механізмами та емоційною регуляцією[62].

Після проведення діагностики та отримання результатів було проведено кореляційний аналіз даних. Метою кореляційного аналізу було виявлення статистично значущих взаємозв'язків між показниками порушень харчової поведінки, рівнем депресивної симптоматики та особливостями образу тіла з метою уточнення психологічних механізмів формування та підтримання розладів харчової поведінки.

Для аналізу взаємозв'язків між досліджуваними змінними було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ), що є доцільним за умов ненормального розподілу даних, порядкового характеру шкал та клінічного характеру вибірки[19].

Рівень статистичної значущості оцінювався за критеріями $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$. Критичні значення коефіцієнта кореляції для даної вибірки становили: $r_{0.01} = 0,374$; $r_{0.05} = 0,288$.

Таблиця 2.7

Кореляційні зв'язки між показниками EAT-26, образу тіла та депресивної симптоматики (р Спірмена)

Пара змінних	гемп.	Рівень значущості	Статистичне рішення
EAT-26 ↔ BDI	0,91981	$p \leq 0,01$	H ₁ приймається
Образ тіла ↔ EAT-26	0,75936	$p \leq 0,01$	H ₁ приймається
Образ тіла ↔ BDI	0,80387	$p \leq 0,01$	H ₁ приймається

У таблиці 2.7 наведено результати кореляційного аналізу взаємозв'язків між показниками порушеної харчової поведінки (EAT-26), депресивної симптоматики (BDI) та образом тіла. Для оцінки сили зв'язків використано коефіцієнт кореляції, а також визначено рівень їх статистичної значущості. Такий підхід відповідає сучасним вимогам до емпіричних досліджень у сфері психології розладів харчової поведінки[20].

Отримані результати свідчать про наявність тісного позитивного кореляційного зв'язку між показниками порушеної харчової поведінки та депресивної симптоматики (EAT-26 ↔ BDI). Високе значення коефіцієнта кореляції при рівні значущості $p \leq 0,01$ підтверджує гіпотезу про те, що зі зростанням вираженості порушень харчової поведінки підвищується рівень депресивних проявів. Це узгоджується з даними досліджень, у яких депресивна симптоматика розглядається як важливий супровідний чинник РХП[35].

Також виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між образом тіла та показниками порушеної харчової поведінки (образ тіла ↔ EAT-26). Отримані дані підтверджують гіпотезу про центральну роль образу тіла у формуванні та підтриманні дезадаптивних харчових установок. Негативне сприйняття власного тіла асоціюється з підвищенням контролю харчування, тривоги щодо маси тіла та використання дезадаптивних стратегій регуляції[9].

Крім того, встановлено тісний позитивний кореляційний зв'язок між образом тіла та рівнем депресивної симптоматики (образ тіла ↔ BDI), що свідчить про значущий вплив тілесного самосприйняття на емоційний стан особистості. Негативний образ тіла пов'язаний із зростанням депресивних

переживань, почуттям незадоволеності собою та зниженням емоційного благополуччя[20].

Результати кореляційного аналізу, представлені в таблиці, безпосередньо підтверджують висунуті у дослідженні гіпотези щодо взаємозв'язку порушеної харчової поведінки, депресивної симптоматики та образу тіла. Усі виявлені кореляції є статистично значущими на рівні $p \leq 0,01$, що дозволяє з високим ступенем надійності зробити висновок про наявність системних психологічних зв'язків між досліджуваними змінними.

Зокрема, гіпотеза про наявність тісного взаємозв'язку між порушеною харчовою поведінкою та депресивною симптоматикою отримала повне емпіричне підтвердження. Високий коефіцієнт кореляції між показниками ЕАТ-26 та BDI свідчить про те, що зі зростанням вираженості симптомів розладів харчової поведінки підвищується рівень депресивних проявів. Це підтверджує припущення про афективний компонент як важливий психологічний чинник підтримання РХП[35].

Також повністю підтверджено гіпотезу щодо зв'язку образу тіла з показниками порушеної харчової поведінки. Виявлений тісний кореляційний зв'язок між образом тіла та результатами ЕАТ-26 засвідчує, що негативне тілесне самосприйняття є одним із провідних механізмів формування та закріплення дезадаптивних харчових установок і поведінкових патернів[9].

Гіпотеза про взаємозв'язок образу тіла з депресивною симптоматикою також отримала повне підтвердження. Значущий позитивний кореляційний зв'язок між образом тіла та показниками BDI свідчить про те, що викривлене сприйняття власного тіла асоціюється з підвищенням рівня депресивних переживань, зниженням самооцінки та емоційного благополуччя[20].

Таким чином, результати кореляційного аналізу однозначно підтверджують усі заявлені гіпотези щодо взаємопов'язаності ключових психологічних змінних у структурі розладів харчової поведінки. Виявлені тісні взаємозв'язки між порушеною харчовою поведінкою, образом тіла та депресивною симптоматикою підтверджують багатокomпонентний і системний

характер РХП та створюють науково обґрунтовану основу для подальшої розробки комплексної програми психологічної допомоги.

2.3. Інтерпретація результатів у контексті психологічної допомоги

Отримані в ході емпіричного дослідження результати дозволяють не лише описати психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки, але й здійснити їх ґрунтовну інтерпретацію з позицій практичної психологічної допомоги. Інтеграція даних, отриманих за допомогою методик ЕАТ-26, шкали депресії Бека (BDI), оцінки образу тіла та MMPI-2, створює науково обґрунтовану основу для визначення ключових психологічних потреб клієнтів, формування узагальненого психологічного профілю осіб із РХП та обґрунтування напрямів подальшої психокорекційної роботи.

Аналіз результатів дослідження свідчить, що психологічні потреби осіб із розладами харчової поведінки виходять за межі корекції окремих харчових симптомів і мають комплексний, багаторівневий характер. Високі показники за опитувальником ЕАТ-26 у поєднанні з домінуванням негативного образу тіла вказують на виражену потребу у відновленні адекватного тілесного сприйняття, формуванні більш прийняттого та цілісного образу власного тіла, а також у зниженні надмірної фіксації на зовнішності та масі тіла[9; 20].

Підвищені показники депресивної симптоматики за шкалою Бека свідчать про потребу у стабілізації емоційного стану, зниженні рівня внутрішньої напруги, почуттів провини, сорому та безнадійності, які часто супроводжують порушену харчову поведінку[20; 35]. Водночас результати MMPI-2, зокрема високі значення за шкалами депресії та психастенії, вказують на глибинну потребу в роботі з тривожністю, внутрішніми конфліктами, ригідними особистісними установками та труднощами емоційної регуляції[35].

Таким чином, ключовими психологічними потребами учасників дослідження є: потреба в емоційній безпеці та стабільності, у прийнятті

власного тіла і себе загалом, у розвитку навичок усвідомлення та регуляції емоцій, а також у формуванні більш адаптивних способів задоволення психологічних потреб без використання дезадаптивної харчової поведінки[9; 20].

На основі узагальнення отриманих результатів можна сформулювати типовий психологічний профіль клієнта з розладами харчової поведінки у межах досліджуваної вибірки. На емоційному рівні для таких осіб характерні підвищена тривожність, депресивний фон, емоційна нестабільність, а також схильність до переживання почуттів провини, сорому та внутрішньої напруги [20; 35]. Зазначені емоційні стани часто мають хронічний характер і супроводжуються труднощами в їх усвідомленні та вербалізації.

На когнітивному рівні спостерігаються ригідні переконання щодо власного тіла, виражена самокритичність, занижена самоцінність та тенденція до дихотомічного мислення. Негативний образ тіла виступає центральним когнітивним утворенням, що підтримує порушену харчову поведінку та тісно пов'язаний із загальною структурою Я-образу [9; 20].

Поведінкові особливості клієнтів із РХП проявляються у використанні харчової поведінки як способу регуляції емоційного стану, зниження внутрішньої напруги або відновлення суб'єктивного відчуття контролю. При цьому результати ММРІ-2 вказують на тенденцію до соматизації психологічних труднощів, уникнення прямого контакту з емоціями та внутрішньої ізоляції, що може ускладнювати встановлення стабільного терапевтичного контакту [35].

Узагальнюючи, клієнт із розладами харчової поведінки постає як особистість із порушеною цілісністю образу Я, високою емоційною вразливістю та обмеженими адаптивними ресурсами для регуляції внутрішніх станів [20].

Інтерпретація результатів дослідження дозволяє сформулювати низку практично значущих висновків для подальшої розробки програми психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки. По-перше, програма допомоги має будуватися на принципах комплексності та поетапності

з урахуванням багаторівневої структури виявлених порушень – від глибинних особистісних особливостей до поведінкових симптомів [9; 20].

По-друге, пріоритетним напрямом психологічної роботи має стати формування безпечного терапевтичного простору, у межах якого можливе поступове опрацювання тривоги, депресивних переживань та внутрішніх конфліктів. Особливу увагу доцільно приділяти роботі з образом тіла як центральним психологічним механізмом підтримання розладів харчової поведінки [9; 20; 35].

По-третє, програма психологічної допомоги повинна включати розвиток навичок емоційної регуляції, усвідомлення тілесних відчуттів, а також формування альтернативних, більш адаптивних способів задоволення психологічних потреб. З урахуванням виявлених особистісних особливостей доцільним є використання інтегративного підходу, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової, гуманістичної, тілесно-орієнтованої та групової терапії [20; 35].

Отже, результати емпіричного дослідження створюють науково обґрунтовану основу для переходу до наступного розділу роботи, присвяченого розробці та обґрунтуванню програми психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки.

Висновки до розділу 2

1. У ході емпіричного дослідження підтверджено основну гіпотезу про багаторівневу психологічну природу розладів харчової поведінки. Отримані результати засвідчили, що порушення харчової поведінки мають складну структуру та охоплюють поведінковий (EAT-26), афективний (BDI) і глибинний емоційно-особистісний рівні (MMPI-2). Найбільш вираженими у досліджуваній вибірці виявилися саме глибинні особистісні порушення, тоді як

поведінкові та депресивні прояви мають менш інтенсивний, але системно пов'язаний характер.

2. Гіпотеза про наявність взаємозв'язку між рівнем порушеної харчової поведінки та образом тіла отримала повне емпіричне підтвердження. Високі середні показники за опитувальником ЕАТ-26 поєднувалися з домінуванням негативного образу тіла незалежно від типу РХП. Найбільш виражений негативний образ тіла зафіксовано в анорексогенній та булімічній групах, що підтверджує центральну роль тілесного самосприйняття у формуванні та підтриманні дезадаптивних харчових патернів.

3. Гіпотеза щодо взаємозв'язку образу тіла з депресивною симптоматикою також підтверджена. Особи з негативним образом тіла демонстрували вищі показники депресивної симптоматики за шкалою Бека порівняно з респондентами зі змішаним образом тіла. Це свідчить про тісний зв'язок між викривленим тілесним самосприйняттям та емоційним неблагополуччям і підтверджує роль депресивного фону як чинника, що підтримує РХП.

4. Гіпотеза про зв'язок розладів харчової поведінки з глибинними особистісними порушеннями за ММРІ отримала повне підтвердження. Результати ММРІ-2 виявили високі показники за шкалами депресії (D) та психастенії (Pt), а також помірно підвищені значення за шкалами іпохондрії, істерії та шизоїдності. Це свідчить про наявність стійкої особистісної дезадаптації, що виходить за межі ситуативних емоційних станів і є психологічним підґрунтям дезадаптивної харчової поведінки.

5. Гіпотеза про зв'язок негативного образу тіла з більш вираженими глибинними емоційно-особистісними порушеннями підтверджена. Особи з негативним образом тіла характеризувалися вищими показниками депресії та психастенії за ММРІ-2, що вказує на порушення цілісності Я-образу, труднощі емоційної регуляції та підвищену внутрішню напругу. Це підтверджує припущення про те, що негативний образ тіла є не лише когнітивною установкою, а складовою глибинної особистісної організації.

6. Гіпотеза щодо ієрархічної організації психологічних порушень у структурі РХП підтверджена. Порівняльний аналіз даних ММРІ, ЕАТ-26 та ВДІ показав, що глибинні особистісні порушення є більш вираженими порівняно з поведінковими та афективними проявами. Це підтверджує положення про провідну роль особистісних механізмів у формуванні та підтриманні розладів харчової поведінки та обґрунтовує необхідність комплексної психодіагностики.

7. Гіпотеза про наявність статевих відмінностей у психологічних проявах РХП підтверджена частково. Виявлено, що негативний образ тіла частіше спостерігається у жінок порівняно з чоловіками, що свідчить про вплив соціокультурних чинників на тілесне самосприйняття. Водночас глибинні особистісні порушення та афективні прояви мають подібну спрямованість у представників обох статей, що зумовлює часткове підтвердження даної гіпотези

8. Загалом результати емпіричного дослідження підтверджують доцільність комплексного підходу до психодіагностики розладів харчової поведінки. Отримані дані обґрунтовують необхідність психологічної допомоги, спрямованої не лише на корекцію харчових симптомів і депресивних проявів, але й на роботу з глибинними особистісними структурами, образом тіла та механізмами емоційної регуляції, що створює підґрунтя для розробки ефективної програми психологічної допомоги у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Принципи та етапи надання психологічної допомоги

Результати емпіричного дослідження, представлені у другому розділі роботи, засвідчили високий рівень вираженості симптомів розладів харчової поведінки у досліджуваних групах, що підтверджується значними показниками за шкалою ЕАТ-26. Виявлена статистично значуща кореляція між порушеннями харчової поведінки та депресивною симптоматикою (за шкалою BDI) свідчить про тісний взаємозв'язок між дезадаптивними харчовими патернами та афективними порушеннями. Окрім цього, було встановлено знижений рівень самооцінки та наявність особистісної дезадаптації, що вказує на глибинні порушення механізмів саморегуляції та інтеграції Я-образу.

Отримані результати узгоджуються з сучасними науковими даними, відповідно до яких розлади харчової поведінки (РХП) розглядаються не лише як поведінкові порушення, а як складне біопсихосоціальне явище, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні чинники [1; 3; 9]. Таким чином, ефективна допомога особам із РХП не може обмежуватися окремими інтервенціями, спрямованими лише на нормалізацію харчування чи зміну когнітивних установок. Вона потребує системного, комплексного та мультидисциплінарного підходу.

З огляду на виявлену емоційну нестабільність, депресивні тенденції та порушення самооцінки, психологічна допомога має бути спрямована не лише на редукцію симптомів, а й на відновлення здатності до саморегуляції, формування здорових механізмів подолання стресу та інтеграцію особистісних ресурсів. Саме тому в даному розділі пропонується модель психологічної

допомоги, що базується на біопсихосоціальній парадигмі та принципі мультидисциплінарності.

Теоретичною основою розробленої програми є біопсихосоціальна модель розуміння РХП, згідно з якою формування та підтримання розладів зумовлюється взаємодією біологічних, психологічних і соціальних факторів [1;2;9]. Відповідно, розроблена програма передбачає інтеграцію психотерапевтичної, психіатричної та нутритивної допомоги.

Сучасні рекомендації щодо лікування РХП наголошують на необхідності мультидисциплінарної взаємодії фахівців різного профілю [5; 6]. З огляду на складність клінічної картини та високий рівень коморбідності, ізольоване втручання одного спеціаліста є недостатнім.

У межах запропонованої моделі передбачається залучення трьох ключових фахівців: психіатра, психотерапевта та дієтолога.

Психіатр здійснює первинну оцінку стану центральної нервової системи, визначає наявність супутніх афективних або тривожних розладів, а також призначає медикаментозну терапію за потреби. Фармакологічна корекція спрямована на стабілізацію афективного фону, зниження імпульсивності, нормалізацію сну та зменшення вираженості obsесивно-компульсивних проявів.

Зважаючи на встановлений у дослідженні зв'язок між тяжкістю порушень харчової поведінки та депресивною симптоматикою, медикаментозна стабілізація розглядається як підготовчий етап до глибинної психотерапевтичної роботи.

Психотерапевт є центральною ланкою лікувального процесу. Основними напрямками роботи є:

- розвиток навичок емоційної саморегуляції;
- корекція деструктивних когнітивних схем;
- опрацювання травматичного досвіду;
- формування інтегрованого образу тіла;
- зниження залежнісних патернів поведінки.

Робота здійснюється у двох форматах: індивідуальному та груповому. Індивідуальна терапія дозволяє врахувати особистісні особливості та глибину внутрішнього конфлікту, тоді як групова терапія створює середовище підтримки, нормалізації досвіду та розвитку міжособистісних навичок.

Дієтолог підключається після часткової стабілізації психоемоційного стану (орієнтовно через 1–2 місяці від початку терапії). Така послідовність зумовлена тим, що на етапі вираженої емоційної дезрегуляції рекомендації щодо харчування можуть сприйматися як додатковий контроль або загроза.

Завдання дієтолога полягає у:

- нормалізації режиму харчування;
- відновленні відчуттів голоду та насичення;
- зниженні страху перед їжею;
- формуванні базових знань із нутріціології.

Розроблена програма психологічної допомоги ґрунтується на системі базових принципів, які визначають логіку організації лікувального процесу, характер взаємодії між фахівцями та клієнтом, а також послідовність і зміст терапевтичних інтервенцій. Дотримання зазначених принципів забезпечує цілісність, етичність та ефективність допомоги.

1. Принцип гуманності

Принцип гуманності передбачає безумовну повагу до особистості клієнта, прийняття його індивідуального досвіду, відмову від осуду та стигматизації. Розлади харчової поведінки часто супроводжуються почуттям сорому, провини та самозвинувачення, що було підтверджено високими показниками депресивної симптоматики у досліджуваних групах (Розділ 2).

Відповідно до сучасних підходів, терапевтична взаємодія має базуватися на емпатії, підтримці та створенні безпечного психологічного простору [3; 8]. Гуманістична орієнтація дозволяє знизити рівень внутрішнього опору та сприяє формуванню терапевтичного альянсу, який є одним із ключових чинників успішності лікування.

З огляду на те, що РХП часто виконують функцію психологічного захисту або способу регуляції афекту, надмірна директивність або осудливість можуть лише посилити симптоматику. Саме тому в межах запропонованої моделі кожен етап допомоги реалізується з позиції поваги до автономії клієнта та поступового формування внутрішньої відповідальності.

2. Принцип конфіденційності

Конфіденційність є фундаментальною умовою психологічної роботи. Особи з РХП нерідко приховують симптоми навіть від близького оточення, що пов'язано з високим рівнем стигматизації та страхом осуду. Забезпечення конфіденційності сприяє формуванню довіри та відкритості у процесі терапії.

У стаціонарному форматі особливої уваги потребує регулювання меж групової взаємодії та визначення правил обміну інформацією. Дотримання принципу конфіденційності в мультидисциплінарній команді передбачає професійний обмін інформацією виключно з терапевтичною метою та за згодою клієнта. Етичні засади психологічної практики підкреслюють необхідність захисту персональних даних та поваги до приватності особи [5].

3. Принцип індивідуального підходу

Результати дослідження продемонстрували різну вираженість симптоматики у групах з анорексією, булімією, компульсивним переїданням та змішаним типом РХП. Окрім цього, показники особистісних характеристик (16PF) засвідчили наявність індивідуальних особливостей, що впливають на перебіг захворювання.

Зазначене обґрунтовує необхідність індивідуалізації терапевтичної стратегії. Напрямок психотерапевтичної роботи, інтенсивність інтервенцій та тривалість окремих етапів визначаються з урахуванням типу РХП, рівня депресивної симптоматики, особистісної структури та мотивації до лікування. Індивідуальний підхід передбачає гнучкість програми та можливість її адаптації відповідно до динаміки стану клієнта [2; 7].

4. Принцип інтеграції психологічної та медичної допомоги

Встановлений у дослідженні взаємозв'язок між тяжкістю порушень харчової поведінки та депресивною симптоматикою підтверджує необхідність медичної складової у структурі допомоги. Психологічна корекція без стабілізації нейрофізіологічного стану може бути недостатньо ефективною.

Інтеграція з медичною допомогою реалізується через психіатричну оцінку стану ЦНС, фармакологічну підтримку, моніторинг соматичних показників та співпрацю з дієтологом.

Мультидисциплінарний підхід відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям щодо лікування РХП, які підкреслюють необхідність командної роботи спеціалістів різного профілю [1; 6].

5. Принцип поетапності

Допомога особам із РХП повинна бути структурованою та поетапною. Порушення саморегуляції та афективна нестабільність, виявлені у дослідженні, вимагають поступового переходу від стабілізації до глибинної психотерапевтичної роботи.

Поетапність передбачає:

1. Первинну діагностику.
2. Стабілізаційний період (медикаментозна та психотерапевтична підтримка).
3. Інтенсивну корекційну роботу.
4. Інтеграційно-підтримуючий етап.

Такий підхід зменшує ризик рецидивів і забезпечує поступове формування нових адаптивних механізмів.

6. Принцип доказовості та оцінки результатів

Програма базується на використанні валідизованих психодіагностичних методик (EAT-26, BDI, MMPI), що дозволяє об'єктивно оцінити динаміку змін. Доказовість підходу передбачає повторну діагностику та статистичний аналіз результатів, зокрема кореляційний аналіз для виявлення змін у взаємозв'язках між показниками.

Психологічна допомога розглядається не лише як клінічна практика, а й як процес, що підлягає науковому аналізу та оцінці ефективності. Розроблена модель реалізації психологічної допомоги базується на принципі мультидисциплінарності, поетапності та інтенсивності втручання. З урахуванням результатів емпіричного дослідження, що засвідчили високий рівень вираженості симптомів РХП, значущу кореляцію між показниками ЕАТ-26 та BDI, а також знижену самооцінку та особистісну дезадаптацію, запропоновано структуровану систему лікування, орієнтовану на глибоку та довготривалу корекцію.

У межах даної програми рекомендованим форматом є стаціонарне лікування тривалістю три місяці. Такий формат дозволяє створити контрольоване терапевтичне середовище, мінімізувати вплив зовнішніх тригерів, забезпечити регулярний контакт із фахівцями та сформувати нові поведінкові патерни у стабільних умовах.

Стаціонарний формат має низку переваг:

- структурований режим дня;
- контроль харчування та фізичного стану;
- постійна доступність психотерапевтичної підтримки;
- регулярна психіатрична оцінка;
- групова взаємодія у безпечному середовищі;
- зниження ризику зривів на початкових етапах лікування.

З огляду на те, що РХП часто мають хронічний характер і супроводжуються афективними порушеннями, інтенсивність втручання є ключовим фактором досягнення стійкої ремісії [6; 9].

Водночас при легких формах розладу, за відсутності вираженої депресивної симптоматики та соматичних ускладнень, можливе амбулаторне лікування за умови регулярного мультидисциплінарного супроводу. Однак навіть у таких випадках рекомендовано дотримання структурованої програми з чіткою поетапністю.

Загальна мета програми полягає у забезпеченні системної, поетапної та мультидисциплінарної корекції розладів харчової поведінки шляхом стабілізації афективної сфери, зниження вираженості симптоматики та трансформації психологічних механізмів, що підтримують патологічні харчові патерни. Програма орієнтована на інтеграцію психотерапевтичного, психіатричного та нутритивного компонентів лікування, що відповідає сучасним уявленням про біопсихосоціальну природу РХП та необхідність командного підходу до їх подолання [1; 5; 9]. Реалізація програми передбачає формування стабільного терапевтичного середовища, зниження депресивної симптоматики, корекцію викривленого образу тіла та зменшення рівня особистісної дезадаптації.

Кінцевим результатом програми є досягнення стійкої ремісії, що проявляється у зниженні показників патологічної харчової поведінки, стабілізації емоційного стану та розвитку ефективних стратегій саморегуляції. Особлива увага приділяється профілактиці рецидивів, поступовому переходу до автономного функціонування та інтеграції набутих навичок у повсякденне життя, що узгоджується з сучасними рекомендаціями щодо довготривалого супроводу осіб із РХП [3; 6].

Таким чином, тримісячна модель інтенсивного лікування та інтегративний підхід передбачають поетапний і логічно вибудований перехід від діагностики та стабілізації до глибинної психотерапевтичної роботи й подальшої інтеграції досягнутих змін у повсякденне життя.

3.2.Розробка програми психологічної допомоги

Розроблена програма психологічної допомоги спрямована на комплексну корекцію розладів харчової поведінки з урахуванням їх біопсихосоціальної природи, результатів емпіричного дослідження (Розділ 2) та принципів, сформульованих у підрозділі 3.1. Її концептуальна основа полягає у розумінні

РХП як багатовимірною феномену, що охоплює поведінковий, емоційний, когнітивний та особистісний рівні функціонування.

Концепція програми передбачає глибинний вплив на ключові механізми підтримання розладу, а не лише симптоматичну корекцію поведінки. Комплексний характер втручання, мультидисциплінарна взаємодія фахівців та поетапність реалізації створюють умови для формування стійкої ремісії та зниження ризику рецидивів.

Програма психологічної допомоги реалізується протягом трьох місяців інтенсивного лікування (переважно у стаціонарному форматі) з подальшим переходом до підтримуючого етапу. Така тривалість обґрунтована клінічною практикою роботи з розладами харчової поведінки, які мають хронічний перебіг, високий рівень коморбідності та потребують системного, поетапного і мультидисциплінарного втручання [1; 3; 9]. Дослідники підкреслюють, що короткострокові інтервенції часто не забезпечують стійкої ремісії, тоді як структуровані інтенсивні програми з подальшою підтримкою демонструють вищу ефективність у зниженні симптоматики та профілактиці рецидивів [5; 6].

Структура програми включає чотири взаємопов'язані етапи, кожен з яких має власні цілі, завдання та специфіку реалізації:

1. Діагностичний етап.
2. Стабілізаційний етап.
3. Інтенсивна психокорекційна робота.
4. Інтеграційно-підтримуючий етап.

Кожен наступний етап логічно продовжує попередній, забезпечуючи поступовий перехід від стабілізації до глибинної особистісної трансформації.

Етап 1. Діагностичний етап програми психологічної допомоги.

Тривалість: 1–2 тижні.

Формат: стаціонарний (пріоритетно) або амбулаторний (за легких форм, за умови регулярного супроводу).

Загальна мета: комплексна оцінка психоемоційного стану, структури симптомів РХП та особистісних особливостей клієнта для формування

індивідуального плану лікування і визначення необхідності медичної (психіатричної) та нутрітивної (дієтологічної) підтримки.

Діагностичний етап виконує системоутворюючу функцію, оскільки саме на його основі визначається подальша логіка психотерапевтичної роботи. Основними завданнями є:

1. Оцінити вираженість симптомів РХП та ступінь ризику/тяжкості розладу.
2. Виявити рівень депресивної симптоматики, що є критичним чинником перебігу РХП та прогностичним показником ефективності корекції.
3. Дослідити образ тіла (ступінь незадоволеності, викривлення сприйняття, наявність різко негативного образу тіла як фактору ризику).
4. Оцінити особистісну структуру та рівень психологічної дезадаптації (зокрема схильність до афективної нестабільності, тривожності, ригідності, внутрішнього конфлікту).
5. Зібрати клініко-психологічний анамнез, включаючи тривалість розладу, провідні тригери, «цикл симптома», попередній досвід лікування та мотивацію до змін.
6. Сформувати індивідуальну терапевтичну гіпотезу і попередній план втручання (інтенсивність, формат, акценти психотерапії).
7. Визначити необхідність психіатричного супроводу та сформувати направлення до психіатра (якщо цього не було зроблено раніше).

На діагностичному етапі застосовується той самий комплекс методик, що використовувався в емпіричному дослідженні - EAT-26, BIT, BDI та MMPI-2. Це забезпечує методологічну узгодженість і дає можливість у подальшому порівнювати показники «до – після»:

Діагностика реалізується у поєднанні тестових методів і клініко-психологічної бесіди, що дозволяє не лише зафіксувати рівень симптомів, але й зрозуміти їх функцію та механізм підтримання.

Крок 1. Первинна бесіда (скринінг та встановлення контакту).

Психотерапевт проводить структуровану бесіду, у межах якої уточнюється

запит клієнта та очікування від лікування, тривалість симптомів та поточна динаміка, частота епізодів переїдання/обмеження/очищення, типові тригери (стрес, конфлікт, самотність, сором, тривога), «цикл симптома» (напруга → харчова дія → полегшення → провина/сором → нова напруга), наявність ризикованих факторів (виснаження, самопошкодження, суїцидальні думки — за потреби, делікатно і професійно) та ресурсні фактори (підтримка, мотивація, успішний досвід контролю симптомів).

Крок 2. Психодіагностичне тестування.

Тести проводяться у стандартизованих умовах. За можливості — у кілька підходів (щоб знизити втому та підвищити валідність відповідей). Результати фіксуються у діагностичному протоколі клієнта.

Крок 3. Інтерпретація та формування профілю.

Психотерапевт здійснює аналіз результатів EAT-26, BIT, BDI та MMPI-2 у взаємозв'язку, з виділенням провідного симптоматичного ядра (харчова поведінка/образ тіла/депресивність/особистісна дезадаптація), факторів підтримання (емоційна регуляція, когнітивні установки, сором, контроль, ригідність, залежнісні патерни) й індивідуальних «точок входу» у терапію (що буде найбільш ефективним саме для цього клієнта на старті).

Крок 4. Скерування до психіатра та узгодження медичної підтримки.

За наявності підвищеної депресивної симптоматики, вираженої тривожності, obsесивних проявів, порушення сну, імпульсивності або ознак значної дезадаптації за MMPI-2 клієнт скеровується до психіатра для оцінки стану ЦНС та визначення потреби у медикаментозному лікуванні. Це відповідає логіці програми: стабілізація нервової системи є базою для ефективної психотерапії.

Крок 5. Мотиваційна сесія та терапевтичний контракт.

Оскільки РХП часто мають амбівалентність щодо лікування, на діагностичному етапі проводиться мотиваційна бесіда, де формулюються персональні цілі клієнта (не лише “перестати”, а “для чого жити інакше”), визначаються короткострокові цілі на перший місяць й узгоджуються правила

(частота зустрічей, участь у групі, ведення щоденника, контакт у кризових ситуаціях).

Результатом діагностичного етапу є чіткий, структурований індивідуальний план терапії, який переходить у стабілізаційний етап програми.

Етап 2. Стабілізаційний етап

Тривалість: орієнтовно 4 тижні (перший місяць лікування)

Формат: переважно стаціонарний

Основна мета: стабілізація психоемоційного стану клієнта, зниження гострої симптоматики та підготовка до глибинної психокорекційної роботи.

Стабілізаційний етап є критично важливим у структурі програми, оскільки без зниження афективної напруги та часткової регуляції нервової системи подальша інтенсивна психотерапевтична робота може бути неефективною або викликати перевантаження.

Основними завданнями етапу є:

1. Зниження рівня депресивної симптоматики (за показниками BDI).
2. Зменшення частоти епізодів дезадаптивної харчової поведінки.
3. Зниження рівня внутрішньої напруги та імпульсивності.
4. Формування базового режиму дня.
5. Створення терапевтичного альянсу.
6. Підвищення усвідомленості щодо механізмів РХП.
7. Запровадження первинних навичок емоційної саморегуляції.

На основі результатів діагностичних методик психіатр проводить оцінку стану центральної нервової системи та, за необхідності, призначає медикаментозну підтримку.

Мета медикаментозної підтримки – не «вилікувати» розлад, а створити нейрофізіологічні умови для ефективної психотерапевтичної роботи.

На цьому етапі психотерапевт працює переважно в індивідуальному форматі (2–3 зустрічі на тиждень) із поступовим включенням клієнта в групову психоедукацію. Психотерапевти використовують різні напрями роботи, деякі з них ми розглянемо нижче.

Психоедукація – клієнт отримує системне пояснення біологічних механізмів РХП, ролі емоційної регуляції, зв'язку між думками, емоціями та поведінкою та функції симптома (що саме він «регулює»). В результаті знижується рівень страху та стигматизації, формується відчуття контрольованості процесу.

Проводиться аналіз функції симптома шляхом опрацювання циклу: емоційна напруга → харчова поведінка → короточасне полегшення → сором/провина → нова напруга. Клієнт вчиться бачити симптом як механізм регуляції, а не як «слабкість» чи «відсутність сили волі».

Ведення щоденника харчової поведінки допомагає зафіксувати ситуації, емоції (до/під час/після), автоматичні думки, тип поведінкової реакції, інтенсивність імпульсу та наслідки (емоційні та фізичні) деструктивної харчової поведінки. Щоденник дозволяє зменшити імпульсивність, підвищити усвідомленість, виявити повторювані тригери і підготувати матеріал для подальшої глибинної роботи.

На стабілізаційному етапі застосовуються прості, структуровані техніки саморегуляції: техніка паузи (зупинка перед дією); дихальні вправи; метод «відтермінування імпульсу»; короткі когнітивні інтервенції («це думка, а не факт»). Тілесноорієнтовані глибокі практики поки не застосовуються, оскільки клієнт ще перебуває у фазі афективної нестабільності.

На стабілізаційному етапі групова терапія має переважно освітній та підтримуючий характер. Тематика групових зустрічей включає психоедукацію стосовно природи РХП, ролі образу тіла; емоцій та їх функції, механізмів залежності поведінки та поняття рецидиву.

Група виконує функцію нормалізації досвіду, зниження ізоляції, формування відчуття «я не один/одна», а також створення підтримуючого середовища.

До кінця першого місяця лікування очікується:

- зниження інтенсивності депресивної симптоматики;

- зменшення частоти або інтенсивності епізодів дезадаптивної харчової поведінки;
- підвищення рівня усвідомленості тригерів;
- формування терапевтичного альянсу;
- зниження рівня внутрішньої напруги;
- готовність до більш глибокої психотерапевтичної роботи.

Етап вважається завершеним, якщо емоційний стан є відносно стабільним, клієнт демонструє базові навички самоспостереження, частота імпульсивних реакцій знижена, сформовано мінімальний рівень довіри до терапевтичного процесу та психіатрична підтримка стабілізована. Після досягнення зазначених показників програма переходить до центрального етапу – інтенсивної психокорекційної роботи.

Етап 3. Інтенсивна психокорекційна робота

Тривалість: 2–3 місяць лікування

Формат: стаціонарний (інтенсивний режим)

Основна мета: глибинна корекція психологічних механізмів, що підтримують розлади харчової поведінки, інтеграція образу тіла та формування стійких навичок саморегуляції.

Інтенсивна психокорекційна робота є центральним елементом програми. Якщо стабілізаційний етап спрямований на зниження гострої симптоматики, то на цьому етапі відбувається системна трансформація глибинних психологічних механізмів.

Враховуючи результати емпіричного дослідження, основна увага приділяється роботі з образом тіла, корекції дезадаптивних когнітивних схем, формуванню навичок емоційної регуляції, зниженню рівня сорому та провини та трансформації залежнісного механізму «їжа як регулятор».

Етап включає поєднання індивідуальної психотерапії (2–3 рази на тиждень) з груповою терапією (1–2 рази на тиждень), а також підключення дієтолога та поступового введення тілесноорієнтованих методів.

Індивідуальна психотерапія включає в себе ряд методик для корекції розладу. Нижче розглянемо деякі з них, зщо використовувалися при апробації програми.

Робота з образом тіла (з опорою на ВІТ), оскільки результати ВІТ показали високий рівень негативного або різко негативного образу тіла, робота з тілесною ідентичністю є одним із ключових напрямів.

Основними завданнями є робота над усвідомленням клієнта власних переконань щодо тіла, виявлення автоматичних негативних оцінок, розмежування реального та уявного образу та зниження надцінності зовнішності.

Серед основних технік лідером є «Дзеркальне сприйняття». Клієнт описує своє тіло без оцінних суджень, фокусуючись на нейтральних характеристиках. Поступово додається робота з емоціями, що виникають під час споглядання. Також дієвою є техніка «Малюнок власного тіла» – порівняння реального та уявного образу, аналіз викривлень та символічного змісту.

Робота з тілесними переконаннями («Якщо я схудну – мене будуть любити» тощо) та когнітивна реструктуризація використовували рідше.

На основі аналізу автоматичних думок у щоденнику проводиться глибинна робота з дезадаптивними переконаннями: чорно-біле мислення; катастрофізація; надмірна самокритика; перфекціоністські установки.

Використовуються техніки КПТ: перевірка доказів «за» і «проти», формування альтернативних переконань, когнітивний рефреймінг та робота з внутрішнім критиком.

З урахуванням зв'язку між EAT-26 та BDI, особлива увага приділяється навчанню клієнта витримувати емоційне напруження без переходу до симптоматичної поведінки. Основними напрямками є розпізнавання емоцій, диференціація «голоду фізичного» і «голоду емоційного» та формування альтернатив регуляції (спілкування, рух, творчість, усвідомлені паузи).

Поступово включаються тілесноорієнтовані вправи такі як усвідомлення тілесних відчуттів, техніки заземлення та вправи на відновлення контакту з тілом. За умови готовності клієнта до роботи з тілом.

Сором і провина є центральними емоціями у циклі РХП. У терапії нормалізується досвід помилок, розділяється поведінка та особистість і зменшується рівень глобальної самокритики.

Групова терапія підключається в момент готовності пацієнта ділитися власним досвідом та переживаннями. Група на інтенсивному етапі переходить від психоедукаційного формату до терапевтичного. Основні цілі: зниження ізоляції, формування підтримки, відпрацювання нових моделей взаємодії та розвиток емоційної відкритості.

Група виступає безпечним простором для проживання складних емоцій. Можливі теми групових зустрічей: «Моя історія РХП», «Сором і контроль», «Їжа як спосіб регуляції», «Моє тіло та мої межі».

Після стабілізації афективного стану (приблизно через 1-2 місяці лікування) до роботи підключається дієтолог. Його основні завдання – нормалізація режиму харчування, формування реалістичних харчових норм, відновлення сигналів голоду та насичення та зниження страху перед їжею. Дієтолог працює у тісній співпраці з психотерапевтом, щоб уникнути конфлікту між харчовими рекомендаціями та психологічним станом клієнта.

До завершення третього місяця очікується:

- зниження показників EAT-26;
- зменшення негативного образу тіла (BIT);
- зниження депресивності (BDI);
- покращення показників особистісної адаптації (MMPI-2);
- зменшення частоти симптоматичної поведінки;
- формування навичок саморегуляції.

Етап 4. Інтеграційно-підтримуючий етап.

Тривалість: після завершення тримісячного інтенсивного лікування (орієнтовно 3–6 місяців підтримки, за потреби – довше).

Формат: амбулаторний.

Основна мета: закріплення досягнутих змін, профілактика рецидивів та поступовий перехід до автономного функціонування клієнта.

Розлади харчової поведінки характеризуються схильністю до рецидивів, особливо у періоди підвищеного стресу. Навіть за умови значного зниження симптоматики під час інтенсивного лікування, повернення до звичного середовища може актуалізувати старі тригери.

Тому інтеграційно-підтримуючий етап спрямований не стільки на активну корекцію, скільки на інтеграцію нових навичок у реальне життя, закріплення адаптивних механізмів, своєчасне виявлення ризику загострення та підтримку стабільної ремісії.

Основні завдання етапу

1. Підтримання стабільного емоційного стану.
2. Закріплення навичок саморегуляції.
3. Контроль харчової поведінки без надмірної фіксації.
4. Подальша інтеграція образу тіла.
5. Профілактика зривів та рецидивів.
6. Поступове зменшення інтенсивності терапевтичного супроводу.

Форми роботи на підтримуючому етапі

1. Індивідуальні консультації

Проводяться 1–2 рази на місяць (за потреби частіше). На цьому етапі психотерапія має підтримуючий характер і фокусується на ресурсах клієнта.

Основні напрями: аналіз складних ситуацій; робота з новими стресовими подіями; відстеження можливих регресивних тенденцій; корекція залишкових когнітивних викривлень.

2. Підтримуючі групи

Групові зустрічі можуть проводитися 1–2 рази на місяць. Група виступає як фактор соціальної стабілізації. Основними функціями групи є збереження відчуття приналежності, обмін досвідом подолання труднощів, нормалізація тимчасових коливань настрою та підтримка у періоди ризику зриву.

3. Психіатричний супровід

За наявності медикаментозної підтримки психіатр здійснює корекцію дозування, поступове зменшення медикаментів (за стабільного стану) та контроль загального психоемоційного фону.

4. Профілактика рецидивів

Окремим напрямом роботи є формування індивідуального плану дій у разі загострення. Такий план включає перелік особистих тригерів, ранні ознаки наближення зриву, алгоритм дій (контакт із терапевтом, підтримуючі техніки, звернення до групи) й альтернативні способи регуляції напруги. Клієнт навчається розпізнавати не лише поведінкові, а й емоційні передвісники загострення (підвищена тривожність, ізоляція, ригідність мислення, самокритика).

5. Повторна психодіагностика

Наприкінці підтримуючого етапу або через визначений період проводиться повторна оцінка за методиками EAT-26; BIT; BDI; MMPI-2. Це дозволяє об'єктивно оцінити динаміку змін та порівняти показники з первинними даними.

Ремісія може вважатися досягнутою за умови значного зниження показників EAT-26, зменшення рівня негативного образу тіла за BIT, стабілізації або зниження показників депресивності за BDI, зменшення ознак дезадаптації за MMPI-2, відсутності регулярних епізодів дезадаптивної харчової поведінки та здатності клієнта самостійно регулювати емоційні стани без повернення до симптоматичної поведінки.

Таким чином, інтеграційно-підтримуючий етап забезпечує поступовий перехід від інтенсивної терапії до автономного функціонування, зберігаючи підтримуючий професійний супровід до формування стійкої ремісії.

3.3.Оцінка ефективності розробленої програми

Оцінка ефективності розробленої програми психологічної допомоги є важливим етапом дослідження, оскільки дозволяє визначити ступінь результативності запропонованих психокорекційних заходів та їх вплив на психологічний стан осіб із розладами харчової поведінки. З огляду на те, що РХП мають складну біопсихосоціальну природу та характеризуються високим ризиком рецидивів, перевірка ефективності терапевтичної програми потребує комплексного підходу, який включає повторну психодіагностику, порівняльний аналіз результатів до і після проходження програми, а також зіставлення показників експериментальної та контрольної груп.

З метою оцінки ефективності розробленої програми було використано квазіекспериментальний дизайн дослідження, який передбачав порівняння результатів двох груп респондентів: експериментальної та контрольної. До експериментальної групи увійшли учасники, які проходили повноцінну тримісячну інтенсивну програму лікування у стаціонарному форматі, що включала комплексну психотерапевтичну, психіатричну та нутрітивну допомогу. Контрольну групу становили респонденти, які не перебували у стаціонарі, проте отримували амбулаторну психологічну допомогу у вигляді індивідуальної та групової психотерапії. Такий підхід дозволяє оцінити ефективність саме комплексної стаціонарної програми та порівняти її результати з менш інтенсивним форматом психологічної підтримки.

Загальна вибірка дослідження, представлена у другому розділі роботи, становила 47 осіб із різними формами розладів харчової поведінки. Для проведення порівняльного аналізу вона була поділена на дві підгрупи: експериментальну ($n = 24$) та контрольну ($n = 23$). При формуванні підгруп було враховано тип розладу харчової поведінки, що дозволило зберегти приблизно однакову структуру діагностичних категорій у кожній групі та підвищити коректність подальшого статистичного порівняння (Таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1.

Співвідношення кількості учасників і типу РХП

Тип РХП	Експериментальна група(к-сть осіб)	Контрольна група(к-сть осіб)
Анорексія	3	3
Булімія	11	10
КП	7	7
Змішаний тип	3	3

Експериментальна група включала учасників, які проходили повну програму інтенсивного стаціонарного лікування, описану у підрозділі 3.2. Програма передбачала поєднання індивідуальної та групової психотерапії, психіатричного супроводу, психоедукаційних заходів, а також поступового підключення дієтологічної підтримки. Такий формат роботи забезпечував високий рівень терапевтичного контакту, структуроване середовище та можливість постійного професійного супроводу. Контрольна група отримувала психологічну допомогу у менш інтенсивному амбулаторному форматі. Учасники цієї групи відвідували індивідуальні консультації психотерапевта та брали участь у групових терапевтичних зустрічах, проте не проходили стаціонарної програми лікування.

Для перевірки ефективності програми було використано повторну психодіагностику із застосуванням тих самих методик, що використовувалися на етапі первинного дослідження. До діагностичного комплексу входили: Eating Attitudes Test (EAT-26) для оцінки ступеня порушень харчової поведінки, Body Image Test (BIT) для визначення рівня незадоволеності власним тілом і Beck Depression Inventory (BDI) для оцінки депресивної симптоматики. Повторне застосування цих методик після завершення програми дало змогу отримати об'єктивні дані щодо змін психологічного стану респондентів.

Процедура оцінки ефективності включала декілька взаємопов'язаних етапів. На першому етапі здійснювалося повторне тестування учасників обох груп після завершення тримісячного періоду лікування або психологічної

підтримки. На другому етапі проводився порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики, що дозволяло визначити динаміку змін у показниках кожної методики. На третьому етапі здійснювалося зіставлення отриманих результатів між експериментальною та контрольною групами з метою визначення ступеня ефективності розробленої програми порівняно з менш інтенсивним форматом терапевтичної допомоги.

Окрім повторної психодіагностики, у процесі оцінювання враховувалися також результати клінічного спостереження та суб'єктивні зміни, які повідомляли учасники під час терапевтичних зустрічей. Зокрема, аналізувалися такі показники, як частота епізодів дезадаптивної харчової поведінки, рівень контролю над імпульсами, емоційна стабільність, ставлення до власного тіла та загальне психологічне самопочуття. Поєднання кількісних і якісних показників дозволило отримати більш повну картину змін, що відбулися внаслідок участі у програмі. Такий підхід дозволяє об'єктивно оцінити вплив розробленої програми на психологічний стан осіб із розладами харчової поведінки та визначити ступінь її практичної ефективності.

Важливим компонентом аналізу ефективності стало систематичне спостереження за поведінковими проявами, зокрема особливостями харчової поведінки, ставленням до власного тіла, емоційною реактивністю та здатністю до саморегуляції.

За результатами суб'єктивного спостереження встановлено, що упродовж тримісячного періоду реалізації програми суттєвих змін у безпосередніх поведінкових паттернах харчування у більшості учасників не відбулося. Як у контрольній, так і в експериментальній групах зберігалися ознаки дезадаптивної харчової поведінки, зокрема епізоди переїдання, обмеження у харчуванні, емоційне вживання їжі або компенсаторні реакції. Це свідчить про те, що поведінковий рівень розладів харчової поведінки є найбільш інертним і потребує тривалішого часу для корекції.

Водночас у експериментальній групі було зафіксовано помітні позитивні зміни у ставленні до власного тіла. Учасники демонстрували зниження рівня

вираженості негативних тілесних установок, меншу критичність до зовнішності, більшу толерантність до власних тілесних відчуттів та поступове формування більш приймаючого образу тіла. Це проявлялося у вербальних висловлюваннях, зменшенні уникання тілесних тем, а також у зростанні готовності до обговорення власного досвіду тілесності.

Разом із тим, незважаючи на позитивну динаміку у сфері тілесної ідентичності, харчова поведінка учасників залишалася значною мірою ненормалізованою, що підкреслює складність та багаторівневість розладів харчової поведінки як психічного феномену. Отримані результати узгоджуються з сучасними уявленнями про те, що зміна поведінкових стратегій є фінальним етапом терапевтичного процесу і базується на попередній трансформації когнітивних та емоційних механізмів.

Окремо слід підкреслити, що тривалість програми (3 місяці) виявилася недостатньою для досягнення виражених та стійких поведінкових змін. Це дозволяє зробити висновок про необхідність більш тривалого та послідовного психотерапевтичного супроводу осіб із розладами харчової поведінки, зокрема із включенням етапу підтримки та закріплення результатів.

Водночас результати повторної психодіагностики, проведеної після завершення програми, засвідчили наявність позитивних змін за низкою психологічних показників, що свідчить про поступову трансформацію внутрішніх механізмів функціонування особистості. Це дає підстави припускати, що основні зміни відбуваються на глибинному рівні — когнітивному, емоційному та особистісному, тоді як їх поведінкове відображення потребує більш тривалого часу для прояву.

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок, що розроблена програма психологічної допомоги має потенціал ефективного впливу на внутрішні психологічні механізми розладів харчової поведінки, однак для досягнення стійких змін на поведінковому рівні необхідне продовження терапевтичного процесу.

Порівняльний аналіз середніх значень психологічних показників до та після реалізації програми дозволяє виявити загальну позитивну динаміку у досліджуваній вибірці, що висвітлює Таблиця 3.1.

Зокрема, за шкалою депресії Бека (BDI) спостерігається зниження середнього показника, що свідчить про помірне покращення емоційного стану учасників, зменшення рівня депресивних переживань, внутрішньої напруги та емоційного виснаження.

Аналіз результатів за методикою EAT-26 демонструє тенденцію до зниження вираженості симптомів порушеної харчової поведінки, однак ці зміни не є радикальними. Це підтверджує зроблений раніше висновок про те, що поведінкові прояви РХП змінюються повільніше, ніж емоційно-когнітивні компоненти.

Найбільш помітна позитивна динаміка спостерігається за шкалою образу тіла. Зниження середніх значень свідчить про зменшення рівня незадоволеності тілом, ослаблення негативних установок та формування більш приймаючого ставлення до власної тілесності. Це узгоджується з результатами суб'єктивного спостереження та підтверджує ефективність психотерапевтичної роботи саме у цій площині.

Таблиця 3.2.

Порівняльний аналіз показників психодіагностичних методик до та після
апробації програми

Показник	До експерименту (середній бал)	Після експерименту (середній бал)
Шкала Бека (BDI)	≈ 22,4	≈ 19,6
EAT-26	≈ 44,8	≈ 40,7
Шкала образу тіла	≈ 30,1	≈ 27,2

Водночас, незважаючи на позитивну динаміку за всіма показниками, отримані результати не демонструють різких змін, що дозволяє зробити висновок про поступовий характер трансформацій. Виявлена динаміка

підтверджує, що психологічні зміни вже розпочалися, однак потребують більш тривалого часу для повноцінної інтеграції на поведінковому рівні.

Таким чином, результати порівняльного аналізу середніх значень свідчать про наявність позитивної, але помірної динаміки, що підтверджує ефективність програми на глибинному рівні психологічного функціонування, але одночасно вказує на необхідність подовження терапевтичного впливу.

Порівняння результатів кореляційного аналізу в експериментальній та контрольній групах свідчить про збереження сильних прямих зв'язків між усіма досліджуваними показниками, однак їх інтенсивність має певні відмінності, це відображено в Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняльний кореляційний аналіз показників у експериментальній та контрольній групах (r_s Спірмена).

Показники	Експериментальна група (r_s)	Контрольна група (r_s)
EAT-26 ↔ BDI	0.89132	0.90552
Образ тіла ↔ EAT-26	0.64819	0.71290
Образ тіла ↔ BDI	0.72250	0.79141

Найбільш виражений зв'язок між показниками порушень харчової поведінки (EAT-26) та рівнем депресії (BDI) спостерігається в обох групах, проте у контрольній групі він є дещо вищим ($r_s = 0.90552$) порівняно з експериментальною ($r_s = 0.89132$). Це свідчить про те, що у контрольній групі зв'язок між емоційним неблагополуччям та дезадаптивною харчовою поведінкою залишається більш жорстким і стабільним.

Аналогічна тенденція простежується і щодо зв'язку між образом тіла та харчовою поведінкою: у контрольній групі цей показник є вищим ($r_s = 0.71290$), ніж у експериментальній ($r_s = 0.64819$). Це може вказувати на те, що у учасників експериментальної групи під впливом психологічної програми відбувається часткове послаблення залежності між негативним сприйняттям тіла та порушеннями харчової поведінки.

Зв'язок між образом тіла та рівнем депресії також є сильнішим у контрольній групі ($r_s = 0.79141$), ніж у експериментальній ($r_s = 0.72250$), що свідчить про більш виражену інтегрованість негативного тілесного образу в структуру емоційного неблагополуччя у відсутності психокорекційного впливу.

Підсумовуючи, у контрольній групі спостерігається більш тісна взаємозалежність між досліджуваними показниками, тоді як у експериментальній групі фіксується тенденція до їх часткового послаблення. Це може свідчити про початок дезінтеграції патологічних психологічних зв'язків під впливом розробленої програми, що є важливим показником її ефективності на глибинному рівні.

Порівняння результатів кореляційного аналізу до та після реалізації програми психологічної допомоги дозволяє оцінити динаміку взаємозв'язків між основними психологічними показниками та виявити глибинні зміни у структурі розладів харчової поведінки.

На етапі первинної діагностики було встановлено наявність сильних прямих кореляцій між усіма досліджуваними показниками. Зокрема, між рівнем порушень харчової поведінки (EAT-26) та депресивною симптоматикою (BDI) спостерігався дуже високий зв'язок ($r_s \approx 0,91$), що свідчило про тісну взаємозалежність емоційного стану та дезадаптивних харчових стратегій. Також були виявлені значущі кореляції між образом тіла та показниками EAT-26 ($r_s \approx 0,75$), а також між образом тіла та рівнем депресії ($r_s \approx 0,80$), що підтверджує центральну роль тілесної ідентичності у структурі розладів харчової поведінки.

Після реалізації програми психологічної допомоги у експериментальній групі спостерігається тенденція до зниження сили кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками. Так, зв'язок між EAT-26 та BDI знижується ($r_s = 0,89132$), що може свідчити про поступове послаблення залежності між емоційним неблагополуччям та порушеною харчовою поведінкою. Більш виражене зниження спостерігається у взаємозв'язку між образом тіла та EAT-26 ($r_s = 0,64819$), що вказує на часткову дезінтеграцію патологічного зв'язку між

негативним сприйняттям тіла та харчовими порушеннями. Аналогічна динаміка відзначається і у взаємозв'язку між образом тіла та депресією ($r_s = 0,72250$).

У контрольній групі після експерименту кореляційні зв'язки залишаються на високому рівні ($r_s = 0,90552$; $r_s = 0,71290$; $r_s = 0,79141$ відповідно), що свідчить про стабільність та збереження вихідної структури взаємозв'язків між показниками без суттєвих змін.

Таким чином, порівняльний аналіз демонструє, що у експериментальній групі під впливом психологічної програми відбувається послаблення жорстких кореляційних зв'язків між ключовими компонентами розладів харчової поведінки, тоді як у контрольній групі ці зв'язки залишаються практично незмінними.

Отримані результати свідчать про те, що психологічна допомога сприяє не лише зниженню окремих симптомів, але й впливає на глибинну структуру взаємозв'язків між когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами, що є важливим показником ефективності терапевтичного втручання.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи було обґрунтовано, розроблено та апробовано програму психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки, а також здійснено комплексну оцінку її ефективності з позиції перевірки висунутих гіпотез дослідження. Запропонована модель базується на біопсихосоціальному підході до розуміння РХП та принципі мультидисциплінарності, що передбачає інтеграцію психотерапевтичного, психіатричного та нутритивного компонентів допомоги.

Отримані результати підтверджують припущення про те, що розлади харчової поведінки мають складну психологічну структуру, в основі якої лежить взаємозв'язок між порушеннями харчової поведінки, емоційним неблагополуччям та викривленим образом тіла. Виявлені зміни після реалізації

програми свідчать про те, що психологічне втручання здатне впливати саме на ці ключові механізми, що узгоджується з гіпотезами дослідження щодо ролі емоційної регуляції та тілесної ідентичності у формуванні РХП.

У межах реалізації програми було підтверджено припущення про ефективність комплексного, мультидисциплінарного підходу до надання допомоги. Зниження показників за шкалами BDI та EAT-26, а також покращення образу тіла за результатами ВІТ свідчать про позитивний вплив програми на емоційний стан, когнітивні установки та рівень самосприйняття. Таким чином, гіпотеза щодо можливості корекції розладів харчової поведінки через вплив на психологічні механізми отримала емпіричне підтвердження.

Водночас результати дослідження частково підтверджують гіпотезу щодо змін поведінкового рівня. Незважаючи на позитивну динаміку у психологічних показниках, суттєвих змін у безпосередніх поведінкових патернах харчування упродовж тримісячного періоду не відбулося. Це дозволяє уточнити початкове припущення та зробити висновок про те, що поведінкові зміни при РХП мають відстрочений характер і формуються на основі попередніх глибинних трансформацій емоційно-когнітивної сфери.

Особливого значення для перевірки гіпотез набувають результати кореляційного аналізу. Було підтверджено існування сильного взаємозв'язку між показниками порушень харчової поведінки та депресивною симптоматикою, що узгоджується з гіпотезою про їх взаємозалежність. Крім того, встановлено значущі зв'язки між образом тіла та як харчовою поведінкою, так і рівнем депресії, що підтверджує гіпотезу про центральну роль тілесної ідентичності у структурі РХП.

Важливим результатом є те, що у експериментальній групі після реалізації програми спостерігається тенденція до послаблення кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками. Це свідчить про часткову дезінтеграцію патологічної структури взаємозв'язків, що підтверджує гіпотезу про можливість впливу психологічної допомоги не лише на окремі симптоми, але й на глибинні механізми функціонування особистості. У контрольній групі

подібної динаміки не виявлено, що додатково підтверджує ефективність саме інтенсивної програми втручання.

Таким чином, результати дослідження дозволяють підтвердити більшість висунутих гіпотез, зокрема щодо взаємозв'язку між показниками РХП, депресивною симптоматикою та образом тіла, а також щодо ефективності комплексної психологічної допомоги. Водночас гіпотеза про швидку зміну поведінкових проявів отримала лише часткове підтвердження, що дозволяє уточнити уявлення про часові межі психокорекційного впливу.

Отримані результати свідчать про те, що розроблена програма є ефективною на рівні глибинних психологічних змін та створює передумови для подальшої стабілізації поведінкових проявів. Це підтверджує доцільність її використання у практиці психологічної допомоги та обґрунтовує необхідність продовження терапевтичного супроводу для досягнення стійких результатів.

ВИСНОВОК

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб із розладами харчової поведінки та обґрунтовано програму психологічної допомоги даній категорії клієнтів.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що розлади харчової поведінки є складним біопсихосоціальним феноменом, формування якого зумовлене взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. Доведено, що ключову роль у виникненні та підтриманні РХП відіграють викривлений образ тіла, знижена самооцінка, труднощі емоційної регуляції та наявність когнітивних викривлень. Це підтверджує необхідність розгляду РХП не лише як поведінкового порушення, а як прояву глибинних особистісних і емоційних дисфункцій.

Результати емпіричного дослідження показали високий рівень вираженості симптомів порушеної харчової поведінки у досліджуваних, що підтверджується показниками за методикою EAT-26. Встановлено статистично значущий взаємозв'язок між порушеннями харчової поведінки та депресивною симптоматикою за шкалою BDI, що свідчить про тісну інтеграцію поведінкових і афективних порушень у структурі РХП.

Окрім цього, виявлено порушення образу тіла та зниження рівня самооцінки, що підтверджує роль тілесної ідентичності як центрального механізму формування та підтримання розладів харчової поведінки. Отримані дані свідчать про наявність глибинної особистісної дезадаптації, що проявляється у порушенні цілісності Я-образу, труднощах емоційної регуляції та підвищеній внутрішній напрузі.

У ході дослідження встановлено, що найбільш значущими психологічними механізмами РХП є: зниження рівня самоприйняття, наявність деструктивних когнітивних установок, емоційна нестабільність та порушення контакту з власним тілом. Це підтверджує висунуті гіпотези щодо ролі емоційних і когнітивних факторів у формуванні РХП.

На основі отриманих результатів було розроблено програму психологічної допомоги, яка базується на інтегративному та мультидисциплінарному підході. Обґрунтовано, що ефективна допомога особам із РХП повинна включати взаємодію психолога, психіатра та дієтолога, що забезпечує комплексний вплив на різні рівні функціонування особистості.

Запропонована програма має поетапну структуру (діагностично-стабілізаційний, інтенсивний психотерапевтичний та інтеграційно-підтримуючий етапи) та спрямована на глибинне опрацювання психологічних механізмів розладу. Особливу увагу приділено роботі з образом тіла, емоційною регуляцією, формуванням адаптивних способів задоволення потреб та стабілізацією самооцінки.

Результати впровадження програми свідчать про її ефективність, що проявляється у зниженні симптомів порушеної харчової поведінки, зменшенні депресивної симптоматики та покращенні образу тіла. Загалом зафіксовано позитивну динаміку за основними психологічними показниками, що підтверджує доцільність використання комплексного підходу.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розробленої програми в діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців мультидисциплінарних команд, які працюють з особами із розладами харчової поведінки. Запропонований підхід може бути застосований як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах (для легших форм порушень) з урахуванням індивідуальних особливостей клієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розширенням вибірки, поглибленим аналізом гендерних та вікових особливостей РХП, а також емпіричною перевіркою довгострокової ефективності запропонованої програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алтанова А., Салтанова С., Слободянюк Н. Розлади харчової поведінки у дітей та підлітків як комплексна проблема громадського здоров'я. Здоров'я людини і нації. 2024. № 4. С. 69-97.
2. Баєджа Г. Психологічний вплив розладів харчової поведінки: комплексний огляд. Universal Research Reports. 2024. Vol. 11, No. 4. P. 46-56.
3. Белька Б., Музика І., Гутор Т. Порівняльна характеристика біологічно зумовленої харчової поведінки у різних етнічних групах студентів-медиків. Праці НТШ. Медичні науки. 2020.
4. Джонсен К. М., Нільсен К. Ф., Теллеус Г. К. Зв'язок між історією травматичного досвіду та розладами харчової поведінки у підлітків. Frontiers in Psychology. 2024.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. МКХ-11. Розлади харчової та харчової поведінки. Женева : Всесвітня організація охорони здоров'я, 2022.
6. Сінкевич І. Психологічна дезадаптація осіб із переїданням. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Т. 6, № 4.
7. Сумарюк В. М., Гринько Н. В., Герасимюк І. Г. Орторексія або сучасний невроз: психічні та поведінкові зміни у людей із нав'язливим прагненням здорового харчування. Art of Medicine. 2024.
8. Тріжер Дж., Шмідт У., Вейд Т. Посібник для клініцистів із надання комплексної допомоги при розладах харчової поведінки. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021.
9. Широкова О., Жилін М., Кантарова Н., Чумаєва Ю., Онипко З. Вплив медіа на сприйняття тіла та ризик розвитку розладів харчової поведінки серед молоді. Amazonia Investiga. 2023. Vol. 12, No. 72. P. 135-144.
10. Шеремета С. Дослідження впливу соціальних мереж на харчову поведінку користувачів. Психологічні перспективи. 2024. № 44. С. 158-171.

11. Agras W. S., Hildebrandt T., Wilfley D. E. Stepped care and guided self-help for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021. Vol. 34, No. 6. P. 533-540.
12. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2022.
13. American Psychological Association. *APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Eating Disorders*. Washington, DC : American Psychological Association, 2023.
14. Arcelus J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68, No. 7. P. 724-731.
15. Attia E., Walsh B. T. Behavioral management for anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 377. P. 114-123.
16. Bray M. et al. Collaborative dietetic and psychological care in Interprofessional Enhanced CBT for adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2023. Vol. 11. Article 31.
17. Byrne S. *Eating Disorders: A Practitioner's Handbook*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2023.
18. Carter J. C., Blackmore E., Sutandar-Pinnock K., Woodside D. B. Relapse in anorexia nervosa: a meta-analysis of predictors. *Journal of Eating Disorders*. 2024. Vol. 12. Article 104.
19. Ciao A. C., Loth K. A., Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorders among adolescents. *Adolescent Medicine*. 2014. Vol. 25, No. 3. P. 235-248.
20. Cooper Z., Fairburn C. G. Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 2011. Vol. 49, No. 5. P. 255-261.
21. Culbert K. M., Racine S. E., Klump K. L. What we have learned about the causes of eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56, No. 11. P. 1141-1164.

22. Dalle Grave R., Calugi S. A CBT-based Stepped-Care Model for Eating Disorders. London : Routledge, 2020.
23. Engelkamp J. E. et al. Health behavior and treatment utilization in adults with avoidant/restrictive food intake disorder symptoms. *Journal of Eating Disorders*. 2024. Vol. 12. Article 88.
24. Fairburn C. G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York : Guilford Press, 2008.
25. Fitzsimmons-Craft E. E., Taylor C. B. Digital interventions for eating disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2021. Vol. 23, No. 7. Article 45.
26. Forman E. M., Butryn M. L. Acceptance-based behavioral treatment of eating disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2020. Vol. 36. P. 70-74.
27. Geller J., Brown K. E. *Motivational Interviewing for Eating Disorders*. New York : Guilford Press, 2021.
28. Goldschmidt A. B. et al. Adapting family-based treatment for adolescent anorexia nervosa delivered in the home. *Journal of Eating Disorders*. 2023. Vol. 11. Article 130.
29. Griffiths S., Mitchison D., Murray S. B. *The Clinical Handbook of Complex Eating Disorders*. London : Routledge, 2022.
30. Grilo C. M., Reas D. L., Mitchell J. E. Combining psychological and pharmacological treatments for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. Vol. 77, No. 9. P. e1246-e1254.
31. Haines J., Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*. 2016. Vol. 58, No. 1. P. 40-47.
32. Harrington B. C., Jimerson M., Haxton C., Jimerson D. C. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*. 2015. Vol. 91, No. 1. P. 46-52.

33. Hay P. et al. Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 56, No. 5. P. 492-540.
34. Haynos A. F., Fruzzetti A. E. Dialectical behavior therapy for eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31, No. 3. P. 459-470.
35. Hilbert A., Schmidt R. Family therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of Family Therapy*. 2021. Vol. 43, No. 3. P. 327-343.
36. Hildebrandt T., Grotzinger A., Raddon K. Neurocognitive mechanisms in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2023. Vol. 149. Article 105184.
37. Kaye W. H., Fudge J. L., Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function. *Nature Reviews Neuroscience*. 2019. Vol. 20, No. 8. P. 499-511.
38. Kazdin A. E. Understanding eating disorders: psychological and social mechanisms. *Psychological Review*. 2019. Vol. 126, No. 2. P. 186-204.
39. Lask B., Frampton I. *Eating Disorders and the Brain*. Hoboken : Wiley-Blackwell, 2016.
40. Lavender J. M., Wonderlich S. A., Engel S. G. Dimensions of emotion dysregulation in eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 87. Article 102038.
41. Levinson C. A., Vanzhula I. A. Exposure therapy in eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 2022. Vol. 55, No. 4. P. 476-489.
42. Lilenfeld L. R. et al. Eating disorders and personality. *International Journal of Eating Disorders*. 2006. Vol. 39, No. 4. P. 245-253.
43. Linardon J. The role of self-compassion in treatment of eating disorders. *Body Image*. 2020. Vol. 33. P. 144-153.

44. Linardon J., Wade T. D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 58. P. 1-10.
45. Lock J., Le Grange D. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York : Guilford Press, 2015.
46. Mehler P. S., Andersen A. E. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*. 3rd ed. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2017.
47. Monteleone A. M., Cascino G., Luca L. Stress response, trauma, and eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 862225.
48. Murray S. B., Loeb K. L., Le Grange D. Family-based treatment for eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2022. Vol. 18. P. 217-241.
49. National Institute for Health and Care Excellence. *Eating disorders: recognition and treatment (NG69)*. London : NICE, 2017.
50. National Eating Disorders Association. *Treatment and Support Resources*. New York : National Eating Disorders Association, 2023.
51. Paphiti A., Newman E. 10-session cognitive behavioural therapy (CBT-T) for eating disorders: a systematic review. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2023. Vol. 16. P. 646-681.
52. Pike K. M., Dunne P. E. The rise of eating disorders in Asia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2015. Vol. 28, No. 6. P. 431-436.
53. Polivy J., Herman C. P. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 2020. Vol. 71. P. 189-213.
54. Rodgers R. F. The relationship between body image and eating disorders. *Body Image*. 2022. Vol. 40. P. 309-316.
55. Serdar K. L. Body image, media, and eating disorders. *Psychology of Women Quarterly*. 2022. Vol. 46, No. 1. P. 47-63.
56. Simpson S., Mazzeo S. E., Attia E. Pharmacotherapy for eating disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2023. Vol. 25. P. 453-467.

57. Smink F. R., van Hoeken D., Hoek H. W. Epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012. Vol. 25, No. 6. P. 556-562.
58. Strober M., Johnson C. Complex models of risk for eating disorders. *Psychological Bulletin*. 2012. Vol. 138, No. 5. P. 1028-1045.
59. Strother E., Lemberg R., Stanford S. C. *Eating Disorders in Special Populations*. London : Routledge, 2021.
60. Tchanturia K. *Cognitive Remediation Therapy for Eating and Weight Disorders*. London : Routledge, 2015.
61. Treasure J., Duarte T. A., Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet*. 2020. Vol. 395. P. 899-911.
62. Treasure J., Schmidt U., Wade T. *The Clinician's Guide to Collaborative Care for Eating Disorders*. Cambridge : Cambridge University Press, 2020.
63. Tiggemann M., Slater A. NetGirls: Internet and body image concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 2014. Vol. 47, No. 6. P. 630-643.
64. Trauma and eating disorders: an integrated umbrella and scoping review. *PubMed*. 2024.
65. Tylka T. L., Wood-Barcalow N. L. The Body Appreciation Scale-2. *Body Image*. 2015. Vol. 12. P. 53-67.
66. Vogel E. N., Accurso E. C. A systematic review of CBT and DBT for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2021. Vol. 9. Article 131.
67. Wade T. D. Genetic and environmental influences on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2021. Vol. 23. Article 21.
68. Waller G., Beard J. Recent advances in CBT-ED. *Current Psychiatry Reports*. 2024. Vol. 26. P. 351-358.

69. Wonderlich S. A., Bulik C. M., Schmidt U. Integrating neurobiology and treatment in eating disorders. *Psychological Medicine*. 2020. Vol. 50, No. 6. P. 981-988.

70. Zipfel S. et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimized treatment as usual in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 171, No. 6. P. 624-632.

ДОДАТКИ

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА УЧАСТЬ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ

Я, _____
(ПІБ або ініціали учасника) підтверджую, що поінформований(а) про участь у психологічному дослідженні на тему
«Психологічні особливості та психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки», яке проводиться в межах магістерської роботи.

Мені було роз'яснено мету дослідження, його зміст та основні процедури, зокрема проходження психологічних опитувальників і тестів, спрямованих на вивчення особливостей харчової поведінки, образу тіла, самооцінки, емоційного стану та особистісних характеристик.

Я усвідомлюю, що:

- ✓ участь у дослідженні є добровільною;
- ✓ я маю право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин і без жодних негативних наслідків;
- ✓ результати дослідження будуть використані виключно в наукових цілях;
- ✓ отримані дані є конфіденційними, анонімними та не будуть передані третім особам;
- ✓ у публікаціях і звітах результати подаватимуться в узагальненому вигляді, без можливості ідентифікації моєї особи.

Мені відомо, що участь у дослідженні не передбачає фізичного чи психологічного примусу, а у разі виникнення емоційного дискомфорту я можу звернутися до дослідника за роз'ясненнями або припинити участь.

Підтверджую, що я отримав(ла) достатню інформацію про дослідження, усвідомлюю його умови та даю добровільну згоду на участь.

Дата: «__» _____ 20__ р.

Підпис учасника: _____

Розподіл респондентів та результати первинної діагностики

№	Стать	Шкала Бека	ЕАТ-26	Вид РХП	Шкала образу тіла
1	ж	18	40	бул*	31
2	ж	21	45	бул	35
3	ж	19	39	бул	32
4	ж	25	50	бул	39
5	ж	26	46	бул	33
6	ж	30	51	бул	38
7	ж	27	49	бул	38
8	ж	22	40	бул	32
9	ж	17	35	бул	28
10	ж	18	39	бул	29
11	ж	17	29	бул	25
12	ж	16	30	бул	24
13	ж	29	56	бул	36
14	ж	18	41	бул	30
15	ж	16	37	бул	25
16	ж	15	28	бул	28
17	ж	33	47	бул	35
18	ж	15	23	бул	22
19	ж	17	29	бул	26
20	ж	35	69	ан	38
21	ж	32	66	ан	40
22	ж	31	63	ан	39
23	ж	29	61	ан	37
24	ж	28	60	ан	39
25	ж	13	25	кп	18
26	ж	15	29	кп	19
27	ж	17	33	кп	17
28	ж	20	42	кп	31

29	ж	13	30	кп	32
30	ж	18	38	кп	30
31	ж	17	40	кп	29
32	ж	25	43	кп	35
33	ж	26	50	змішана	20
34	ж	29	56	змішана	37
35	ж	24	62	змішана	38
36	м	13	37	бул	17
37	м	17	40	бул	18
38	м	31	66	ан	40
39	м	23	52	кп	32
40	м	19	48	кп	31
41	м	21	50	кп	34
42	м	18	41	кп	19
43	м	13	29	кп	18
44	м	13	25	кп	17
45	м	29	60	змішана	29
46	м	19	45	змішана	19
47	м	21	49	змішана	20

* - булімія

Результати
діагностики після апробації програми психологічної допомоги

№	стать	вид РХП	бека	eat-26	шкала образу тіла	підгрупа
1	ж	бул	16	35	28	експериментальна
2	ж	бул	17	39	30	експериментальна
3	ж	бул	16	33	30	експериментальна
4	ж	бул	20	46	35	експериментальна
5	ж	бул	22	40	31	експериментальна
6	ж	бул	26	41	37	експериментальна
7	ж	бул	24	43	35	експериментальна
8	ж	бул	17	34	28	експериментальна
9	ж	бул	14	30	25	експериментальна
10	ж	бул	13	30	25	експериментальна
11	ж	бул	15	27	21	контрольна
12	ж	бул	15	28	20	контрольна
13	ж	бул	27	53	30	контрольна
14	ж	бул	15	38	24	контрольна
15	ж	бул	15	35	22	контрольна
16	ж	бул	13	27	25	контрольна
17	ж	бул	30	46	31	контрольна
18	ж	бул	13	22	18	контрольна
19	ж	бул	15	28	20	контрольна
20	ж	ан	33	68	35	експериментальна
21	ж	ан	29	65	36	експериментальна
22	ж	ан	29	60	38	контрольна
23	ж	ан	26	59	36	контрольна
24	ж	ан	26	57	37	контрольна
25	ж	кп	13	20	15	експериментальна
26	ж	кп	14	25	15	експериментальна
27	ж	кп	15	30	14	експериментальна
28	ж	кп	17	38	25	експериментальна
29	ж	кп	12	24	26	експериментальна
30	ж	кп	16	36	29	контрольна

31	ж	кп	16	39	28	контрольна
32	ж	кп	22	40	33	контрольна
33	ж	змішана	22	45	17	експериментальна
34	ж	змішана	24	51	32	експериментальна
35	ж	змішана	22	62	37	контрольна
36	м	бул	12	31	14	експериментальна
37	м	бул	14	38	17	контрольна
38	м	ан	28	61	36	експериментальна
39	м	кп	20	47	29	експериментальна
40	м	кп	15	42	26	експериментальна
41	м	кп	20	48	33	контрольна
42	м	кп	15	40	18	контрольна
43	м	кп	12	26	18	контрольна
44	м	кп	13	22	16	контрольна
45	м	змішана	26	55	23	експериментальна
46	м	змішана	17	44	18	контрольна
47	м	змішана	19	47	19	контрольна

ТОВ “Recovery”
Центр психосоматичної та відновної медицини
Вул. Григорія Гуляницького 29б

Довідка

Затверджено, що Костенко Олександра Петрівна проводила випробування розробленої нею психологічної програми для допомоги особам із розладами харчової поведінки на базі центру.

Апробація психологічної програми проводилася під наглядом штатних психологів, психіатра та дієтолога в умовах реабілітації пацієнтів з їхньої згоди.

Дозволено використати Костенко Олександрою отримані в ході дослідження данні при написанні дипломної роботи.

20.03.2026 р.

Завудувач центру
Магеря Б. О.