

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук

(повне найменування факультету)

Психологія

(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему Взаємозв'язок самосприйняття з харчовою поведінкою жінок
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СНз-114м

Спеціальності 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

СТУДЕНІКІНА П.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник ПИЛИПЕНКО К.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент ОДИНЦОВА Г.Ю.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук

Кафедра «Психологія»

Ступінь вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

(код і найменування)

Освітня програма (спеціалізація) Психологія

(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«29» серпня 2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

СТУДЕНКІНА Поліна Володимирівна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Взаємозв'язок самосприйняття з харчовою поведінкою жінок.

керівник проєкту (роботи) к.псих.н., доцент Пилипенко Катерина Валентинівна.

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «01» вересня 2025 року № 388

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «15» грудня 2025 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 133 с., 21 табл., 4 рис., 89 дж., 5 дод.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми самосприйняття та харчової поведінки жінок; розкрито психологічні, соціокультурні та біологічні чинники, що впливають на формування самосприйняття та харчової поведінки; проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку між рівнем самосприйняття та особливостями харчової поведінки жінок; здійснено статистичний аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; окреслено практичні рекомендації та можливі напрями психологічного супроводу.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиця 1.1. Порівняння когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів самосприйняття загалом та в контексті образу тіла; таблиця 1.2. Відмінності порушень харчової поведінки від розладів харчової поведінки; рис. 1.1. Типи харчової поведінки жінок за Абсаямовою Л.М.; таблиця 2.1. Змінні та інструменти емпіричного дослідження; таблиця 2.2. Формування гіпотез

дослідження; таблиця 2.3. Розподіл відповідей респонденток на запитання «Наскільки ви задоволені своїм тілом загалом?»; таблиця 2.4. Розподіл відповідей респонденток на запитання «Чи хотіли б ви щось змінити у своєму тілі?»; таблиця 2.5. Розподіл відповідей респонденток на запитання «Наскільки ви задоволені своїми харчовими звичками?»; таблиця 2.6. Розподіл відповідей респонденток на запитання «Чи вважаєте ви свій стиль харчування “правильним”(відповідним вашим особистим уявленням про здорове харчування)?»; рис. 2.1. Середні значення показників за основними шкалами (N=45); таблиця 2.7. Описова статистика підшкал DEBQ (N = 45); рис. 2.2. Порівняння типів харчової поведінки за DEBQ; таблиця 2.8. Розподіл респонденток за рівнем ризику; таблиця 2.9. Розподіл респонденток за рівнем самоповаги (шкала Розенберга, N=45); рис. 2.3. Розподіл респонденток за рівнем самоповаги (шкала Розенберга); таблиця 2.10. Розподіл респонденток за рівнем занепокоєння формою тіла; таблиця 2.11. Розподіл респонденток за рівнем прийняття власного тіла (за шкалою BAS-2); таблиця 2.12. Дескриптивні показники змінних емпіричного дослідження взаємозв'язку самооцінки, прийняття тіла та харчової поведінки жінок (N=45); таблиця 2.13. Кореляційні зв'язки між показниками самооцінки, самосприйняття тіла та харчової поведінки ($r, p \leq 0,05$); таблиця 3.1. Реструктуризація когнітивних викривлень пов'язаних з харчовою поведінкою; таблиця 3.2. Практичний інструментарій когнітивно-поведінкової терапії у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок; таблиця 3.3. Практичний інструментарій когнітивно-поведінкової терапії у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок; таблиця 3.4. Практичний інструментарій концепції самоспівчуття у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок; таблиця 3.5. Практичний інструментарій мотиваційного інтерв'ювання у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок; таблиця 3.6. План програми «8 кроків до здорової харчової поведінки через сприйняття свого тіла».

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

| Розділ | ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта | Дата, підпис | |
|---------|---|----------------|---------------------------|
| | | завдання видав | прийняв виконане завдання |
| 1 | ПИЛИПЕНКО К.В., доцент | 23.09.2025 | 05.10.2025 |
| 2 | ПИЛИПЕНКО К.В., доцент | 07.10.2025 | 26.10.2025 |
| 3 | ПИЛИПЕНКО К.В., доцент | 21.10.2025 | 26.11.2025 |
| Норм-ль | КУЗЬМІН В.В., доцент | 04.12.2025 | 10.12.2025 |

7. Дата видачі завдання « 29 » серпня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів дипломного проєкту (роботи) | Строк виконання етапів проєкту (роботи) | Примітка |
|-------|---|---|----------|
| 1 | Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу) | 29.08.2025 | |
| 2 | Затвердження теми | 01.09.2025 | |
| 3 | Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу) | 04.09.2025 | |
| 4 | Складання змісту | 05.09.2025 | |
| 5 | Виконання першого розділу | 05.10.2025 | |
| 6 | Виконання другого розділу | 26.10.2025 | |
| 7 | Виконання третього розділу | 26.11.2025 | |
| 8 | Формування висновків | 28.11.2025 | |
| 9 | Перевірка роботи керівником | 01.12.2025 | |
| 10 | Оформлення дипломного проєкту(роботи) | 04.12.2025 | |
| 11 | Нормоконтроль та перевірка на запозичення | 10.12.2025 | |
| 12 | Попередній захист дипломного проєкту(роботи) | 12.12.2025 | |
| 13 | Подання роботи на кафедрі | 15.12.2025 | |
| 14 | Одержання відгуку та рецензії | 18.12.2025 | |
| 15 | Захист дипломної роботи | 23.12.2025 | |

Студент(ка)

(підпис)

Поліна СТУДЕНІКІНА

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Катерина ПИЛИПЕНКО

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 133 с., 21 табл., 4 рис., 89 дж., 5 дод.

Мета дослідження – виявлення особливостей взаємозв'язку самосприйняття з харчовою поведінкою жінок та визначення психологічних чинників, що впливають на формування дезадаптивних харчових моделей.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості самосприйняття та харчової поведінки жінок.

Предмет дослідження – взаємозв'язок компонентів самосприйняття (самооцінка, образ тіла, емоційне ставлення до себе) з особливостями харчової поведінки (емоційне харчування, переїдання, обмеження у харчуванні) у жінок.

Мета та гіпотеза дослідження зумовили постановку наступних завдань:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми взаємозв'язку самосприйняття та харчової поведінки у жінок.

2. Розглянути поняття «самосприйняття» та його основні компоненти, охарактеризувати їх вплив на психологічний стан особистості.

3. Охарактеризувати різні типи харчової поведінки та фактори, що сприяють формуванню дезадаптивних харчових моделей.

4. Провести емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення взаємозв'язку самосприйняття з особливостями харчової поведінки, та проаналізувати отримані результати.

5. Обґрунтувати практичні шляхи гармонізації самосприйняття та харчової поведінки жінок, описати можливі психотерапевтичні підходи, техніки та інструменти психологічного супроводу.

Методи дослідження: теоретичні методи – аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні – проведення опитування серед жінок різного віку для виявлення рівня самосприйняття та особливостей харчової поведінки; статистичні – методи

математичної статистики для кількісного та якісного аналізу даних, визначення достовірності результатів.

У роботі описано психологічні особливості самосприйняття жінок, типи харчової поведінки та фактори формування дезадаптивних моделей харчування. Проаналізовано взаємозв'язок між негативним образом тіла, низькою самооцінкою та емоційним харчуванням.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані у психологічній практиці для підвищення ефективності роботи з жінками, які мають труднощі у сфері самосприйняття та харчової поведінки. Матеріали дослідження можуть слугувати основою для створення психокорекційних та психоедукаційних заходів, спрямованих на формування здоровішого ставлення до власного тіла, підвищення самооцінки та профілактику дезадаптивних харчових моделей. Розроблений теоретичний та емпіричний матеріал може бути корисним практичним психологам, консультантам, фахівцям зі здорового способу життя, а також використаний у навчальному процесі з дисциплін, що стосуються психології особистості та психології харчової поведінки.

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних джерел.

Апробація результатів дослідження. Результати представлені у вигляді тез на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі» (Запоріжжя, 2025).

САМОСПРИЙНЯТТЯ, ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА, ЖІНКИ,
ДЕЗАДАПТИВНІ МОДЕЛІ ХАРЧУВАННЯ, ОБРАЗ ТІЛА.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ВСТУП..... | 8 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОСПРИЙНЯТТЯ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК | 13 |
| 1.1.Психологічна природа та структура самосприйняття у жінок. Зв'язок самосприйняття з образом тіла та самооцінкою..... | 13 |
| 1.2.Поняття харчової поведінки та чинники, що сприяють її порушенням. Особливості харчової поведінки жінок | 20 |
| 1.3. Соціокультурні, біологічні та психологічні чинники які впливають на самосприйняття та харчову поведінку жінок | 30 |
| Висновки до розділу 1 | 44 |
| РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОСПРИЙНЯТТЯ З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК | 46 |
| 2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження | 46 |
| 2.2. Аналіз результатів дослідження..... | 56 |
| Висновки до розділу 2..... | 68 |
| РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ ШЛЯХИ ГАРМОНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОСПРИЙНЯТТЯ З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК..... | 69 |
| 3.1.Психотерапевтичні підходи до розвитку адаптивного самосприйняття та корекції харчової поведінки | 69 |
| 3.2.Практичний інструментарій психологічного супроводу: техніки, запитання та приклади вправ..... | 90 |
| Висновки до розділу 3..... | 103 |
| ВИСНОВКИ | 105 |
| ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 108 |
| ДОДАТКИ..... | 116 |

ВСТУП

Актуальною проблемою сучасної психології є вивчення взаємозв'язку самосприйняття з особливостями харчової поведінки жінок. В умовах інтенсивного розвитку інформаційних технологій, соціальних мереж та медіа-середовища особливого значення набуває формування ставлення людини до власного тіла, зовнішності та самооцінки. Зростання соціального тиску, поширення ідеалізованих образів краси та порівняння себе з іншими призводять до формування спотвореного самосприйняття, що, у свою чергу, є чинником розвитку дезадаптивних моделей харчової поведінки.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 70% жінок у світі відчувають незадоволення своїм тілом, а кожна третя демонструє ознаки порушень харчової поведінки неклінічного або клінічного рівня. Увага багатьох науковців зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки (Т.І. Алексєєва, Л.Ф. Артюх, С. Тірадо, П. Бурд'є, Л.М. Абсалямова та ін.), зокрема психологічних особливостях розладів цієї сфери (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланазе, В.І. Шебанова та ін.). Питання психологічних особливостей розладів харчової поведінки як центральні розглядали такі дослідники, як Г.Ш. Ашурова, Л.М. Ваколюк, А.В. Вахмістров, Є.І. Гетманчук, О.К. Кіслова, Г.Д. Золотова, Н.Ю. Краснопорова, Д.В. Култишев, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, О.О. Скугаревський, В.І. Шебанова та ін. Проблематику психологічної допомоги особистості з дисгармонійною харчовою поведінкою розглядали О.Ф. Бондаренко, Л.Ф. Бурлачук, О.І. Власова, Л.П. Журавльова, О.С. Кочарян, Т. Манн, О.В. Чуйко, Н. Шнаккенберг, Т.С. Яценко та ін.

Проблема самосприйняття розглядається у межах «Я-концепції» особистості, розробленої К. Роджерсом, Ч. Кулі, Е. Еріксоном. У цьому контексті самосприйняття визначається як інтегральна характеристика особистості, що відображає її уявлення, ставлення й емоційно-ціннісну оцінку

себе. Харчова поведінка, своєю чергою, трактується як система установок, дій і емоційних реакцій, пов'язаних з прийомом їжі, що формується під впливом біологічних, соціокультурних і психологічних чинників.

Отже можемо констатувати, що проблема харчування та харчової поведінки у сучасному світі дуже актуальна, особливо серед жінок, а вивчення взаємозв'язку між самосприйняттям і харчовою поведінкою жінок має важливе теоретичне та практичне значення. З теоретичного боку, воно дозволяє поглибити розуміння психологічних механізмів формування дезадаптивних харчових моделей, з практичного – сприяє розробці ефективних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення самооцінки, формування позитивного образу тіла та нормалізацію харчової поведінки.

Мета дипломної роботи – виявлення особливостей взаємозв'язку самосприйняття з харчовою поведінкою жінок та визначення психологічних чинників, що впливають на формування дезадаптивних харчових моделей.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми взаємозв'язку самосприйняття та харчової поведінки у жінок.

2. Розглянути поняття «самосприйняття» та його основні компоненти, охарактеризувати їх вплив на психологічний стан особистості.

3. Охарактеризувати різні типи харчової поведінки та фактори, що сприяють формуванню дезадаптивних харчових моделей.

4. Провести емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення взаємозв'язку самосприйняття з особливостями харчової поведінки, та проаналізувати отримані результати.

5. Обґрунтувати практичні шляхи гармонізації самосприйняття та харчової поведінки жінок, описати можливі психотерапевтичні підходи, техніки та інструменти психологічного супроводу.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості самосприйняття та харчової поведінки жінок.

Предмет дослідження – взаємозв'язок компонентів самосприйняття (самооцінка, образ тіла, емоційне ставлення до себе) з особливостями харчової поведінки (емоційне харчування, переїдання, обмеження у харчуванні) у жінок.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали загальні принципи психологічної науки (діяльності, єдності свідомості й діяльності, єдності діяльності й спілкування, розвитку, системного підходу), а також принципи і концепції вітчизняної та зарубіжної психології, що розкривають природу особистості, свідомості, харчової поведінки та ін. Теоретико-методологічними проблемами безпосередньо психології харчової поведінки людини займалися Г.Ш. Ашурова, О.В. Бацилева, О.І. Богучарова, Л.Ф. Бурлачук, Т. Вербітц, М.В. Гриньова, Л.В. Дудар, Г.Д. Золотова, Т. Манн, В.Д. Менделевич, Р. Міланезе, О.М. Мойзріст, О.К. Напрєєнко, Дж. Нардоне, Я.І. Олексієнко, Д. Перлмуттер, А.В. Пріленська, А.М. Скрипніков, О.О. Скугаревський, В.І. Шебанова, Н. Шнаккенберг та інші.

Були використані наступні методи дослідження: теоретичні– аналіз, систематизація, узагальнення наукових джерел із проблеми самосприйняття та харчової поведінки; емпіричні–анкетування за допомогою психодіагностичних методик (оцінка рівня самооцінки, образу тіла, типів харчової поведінки); статистичні–методи математико-статистичної обробки даних (кореляційний аналіз Пірсона), виконані за допомогою програм Jamovi та MS Excel.

Для реалізації завдань дослідження були використані наступні методи дослідження:

1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).
2. Тест відношення до прийому їжі (EAT-26).
3. Шкала самоповаги Розенберга.
4. Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревського, С.В. Сивухи.

5. Опитувальник дослідження прийняття тіла (Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)).

Організація дослідження:

На першому етапі було сформовано онлайн-анкету в сервісі Google Forms, що забезпечило можливість участі у дослідженні всім охочим жінкам. У результаті отримано 45 валідних відповідей від респонденток віком від 16 до 58 років. Участь у дослідженні була добровільною, а інформована згода підтверджувалася перед початком заповнення анкети.

На другому етапі проведено аналіз результатів емпіричного дослідження самосприйняття та харчової поведінки жінок.

На третьому етапі здійснено узагальнення отриманих результатів, сформульовано висновки та окреслено можливі практичні напрями психологічного супроводу, спрямовані на гармонізацію самосприйняття й харчової поведінки жінок.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про взаємозв'язок між самосприйняттям і харчовою поведінкою жінок, а також у визначенні психологічних чинників, що зумовлюють формування дезадаптивних харчових моделей.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані у психологічній практиці для підвищення ефективності роботи з жінками, які мають труднощі у сфері самосприйняття та харчової поведінки. Матеріали дослідження можуть слугувати основою для створення психокорекційних та психоедукаційних заходів, спрямованих на формування здоровішого ставлення до власного тіла, підвищення самооцінки та профілактику дезадаптивних харчових моделей. Розроблений теоретичний та емпіричний матеріал може бути корисним практичним психологам, консультантам, фахівцям зі здорового способу життя, а також використаний у навчальному процесі з дисциплін, що стосуються психології особистості та психології харчової поведінки.

Апробація результатів дослідження: результати представлені у вигляді тез на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі» (Запоріжжя, 2025).

Структура дипломної роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг становить 133 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОСПРИЙНЯТТЯ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

1.1. Психологічна природа та структура самосприйняття у жінок. Зв'язок самосприйняття з образом тіла та самооцінкою

Починаючи з кінця 70-х рр. ХХ ст. у психотерапії та психології різко підвищився інтерес до проблем самоставлення й образу тіла в осіб із порушеннями харчової поведінки (більшість таких досліджень було присвячено питанню особливостей образу тіла у хворих із нервовою анорексією). Уже із середини 80-х рр. було емпірично доведено, що порушення образу тіла і самоприйняття є одними з головних передумов розвитку різних видів порушень харчової поведінки.

Самосприйняття є однією з ключових складових «Я-концепції» особистості, що визначає її поведінку, емоційні реакції, соціальну взаємодію та визначення себе в довколишньому світі. Самосприйняття суб'єкта, відповідно до позиції В. Джун [5], виступає основою для формування його життєвої позиції.

На думку О. Єрохіної та Т. Серги самосприйняття можна розглядати як ключову детермінанту особистісного розвитку. Воно забезпечує здатність людини приймати власну унікальність, усвідомлювати себе, формувати самоповагу та адекватну самооцінку. Дослідниці підкреслюють, що цей процес ґрунтується на пізнанні інших людей, налагодженні якісної взаємодії та побудові зрілих стосунків, а його результатом є усвідомлення своєї індивідуальності та визначення місця у соціальному середовищі [1].

Відповідно до висновків А.Г. Зуєвої, самосприйняття є процесом орієнтації особистості у власному внутрішньому світі, який виникає завдяки самопізнанню та співставленню себе з іншими людьми. Науковиця зазначає, що одні дослідники трактують самосприйняття як складову самосвідомості,

інші – як елемент ідентичності. Вона також наголошує, що провідним соціальним середовищем розвитку самосприйняття на ранніх етапах життя є сім'я [2].

О.Б. Давидова та колеги визначають самосприйняття як процес внутрішньої орієнтації людини, який формується внаслідок усвідомлення власних особливостей і порівняння себе з іншими [3].

С. Белякова та М. Іванченко розглядають феномен сприйняття як психічне утворення, що накопичує результати пізнання певного об'єкта та інтегрує емоційні реакції на нього. Таким чином, сприйняття у їхньому трактуванні є інтеграцією когнітивних, емоційних та поведінкових відповідей особистості на об'єкти реальності [4].

У сучасних дослідженнях [23,24] самосприйняття розглядається як багатовимірна структура, що включає три взаємопов'язані компоненти:

1. Когнітивний компонент

Відображає уявлення людини про власні фізичні, психологічні та соціальні характеристики. Він охоплює знання та переконання про себе – від опису зовнішності та здібностей до усвідомлення власних цінностей і ролей у суспільстві. У випадку образу тіла це включає раціональну оцінку пропорцій, форми, функцій і стану тіла.

2. Емоційний компонент

Виражає ставлення до власної особистості та тіла через спектр почуттів – від задоволення і гордості до тривоги, сорому чи відрази. Емоційна складова визначає рівень комфорту у взаємодії з іншими людьми, впевненість у собі та загальне психологічне благополуччя.

3. Поведінковий компонент

Охоплює конкретні дії, які людина здійснює у відповідь на власне сприйняття себе. Це можуть бути як конструктивні стратегії (заняття спортом, здорове харчування, догляд за собою), так і деструктивні (екстремальні дієти, уникнення соціальних ситуацій, надмірні косметичні втручання).

Дані численних досліджень [25, 26] свідчать, що баланс між цими компонентами визначає рівень гармонійності самосприйняття. Наприклад, при адекватних когнітивних уявленнях, але негативному емоційному ставленні до тіла, людина може вдаватися до поведінкових стратегій, спрямованих на зміну зовнішності, навіть без об'єктивної потреби.

Проаналізувавши різноманітні наукові джерела, можна виділити кілька ключових детермінант, що впливають на формування самосприйняття індивіда. Зокрема, О.В. Педченко та А.З. Ісаєва зазначають такі основні чинники [6]:

1. Родинне середовище – є одним із найважливіших факторів формування самосприйняття в дитячому віці. Особливості сімейних стосунків, стиль виховання, а також рівень гармонії чи конфліктності в сім'ї безпосередньо впливають на те, як дитина сприймає себе.

2. Ставлення батьків та інших значущих дорослих – відіграє суттєву роль у формуванні самосприйняття. Позитивний чи негативний відгук з їхнього боку формує характерні особливості особистості та впливає на соціальну взаємодію дитини з оточенням.

3. Засоби масової інформації (телебачення, інтернет та інші медіаресурси) – формують певні соціальні та психологічні стандарти, з якими особа порівнює себе. Це порівняння може значною мірою впливати на рівень самосприйняття.

4. Життєві кризи та фрустрації – також мають вплив на самосприйняття особистості. Негативний досвід може призводити до поглиблення негативного ставлення до себе, однак у деяких випадках він стимулює позитивні зміни у сприйнятті власної особистості.

5. Попередній життєвий досвід – визначає ставлення особи до себе та навколишніх, залежно від того, які події та соціальні зв'язки мали місце на різних етапах її життя.

Таким чином, самосприйняття формується під впливом комплексної взаємодії соціальних, сімейних, індивідуальних та медійних факторів, що мають важливе значення для розвитку особистості.

Розглядаючи феномен самосприйняття, необхідно також проаналізувати поняття образу тіла, адже вони є взаємозалежними складовими формування «Я-концепції» особистості.

Образ тіла – це складне психологічне утворення, що відображає індивідуальне сприйняття, уявлення та емоційне ставлення до власного тіла. У науковій літературі поняття «образ тіла» розглядається як інтегрований когнітивний, емоційний і поведінковий компонент, що формується протягом життя людини та значною мірою впливає на її психологічне благополуччя [27]. Несприйняття свого тіла може торкнутися кожного незалежно від статі, раси, сексуальної орієнтації або фізичних можливостей, однак саме жінки частіше зазнають тиску соціокультурних стандартів зовнішності, що робить їх більш уразливими до негативного самосприйняття та порушень харчової поведінки. Ненависть до власного тіла та спроби його трансформувати, включаючи спроби схуднути, загальнопоширені, навіть коли маскуються під правильне харчування, як це відбувається в сучасній велнес-індустрії.

У 1984 році вчені ввели термін «нормативне невдоволення» для позначення неприйняття тіла, яке не досягає клінічного рівня [38]. Таке «невдоволення» включає в себе захоплення дієтами та стурбованість зовнішнім виглядом. І хоча таке неклінічне відторгнення власного тіла знаходиться на одному рівні з розладами харчової поведінки та дисфункційними харчовими звичками, нормативне невдоволення та страждання, що їм породжується, рідко досліджують. Несприйняття власних форм настільки повсякденна річ, що навіть психотерапевти нерідко підтримують бажання клієнтів схуднути чи зайнятися спортом, замість того, щоб дослідити глибинні мотиви подібного відношення та поведінки. Іншими словами, нормативне невдоволення – це настільки звична форма неприйняття тіла, що ми рідко називаємо речі своїми іменами. Варто відзначити і те, що,

надивлячись на численні докази негативного впливу дієт на здоров'я та неефективність подібних обмежень, жінки продовжують «сидіти на дієті», тим самим заганяючи себе в порочне коло невдоволення власним тілом. Невдоволення образом тіла, як показують дослідження, підриває впевненість у собі, сприяє розвитку депресії та призводить до виникнення низки фізичних, емоційних і соціальних проблем. Сприяння формуванню позитивного образу тіла є фундаментальним кроком у налагодженні здорової харчової поведінки жінок, оскільки прийняття власного тіла знижує ризик розвитку розладів харчової поведінки та крайніх форм контролю ваги.

У жінок образ тіла має особливе значення, оскільки жіноча соціокультурна роль часто акцентує увагу на зовнішності, що зумовлює підвищену чутливість до власного фізичного вигляду. Дослідження свідчать, що більшість жінок, незалежно від віку, мають хоча б часткове невдоволення зовнішністю, що може виступати чинником ризику розвитку низької самооцінки, тривожності, депресії та розладів харчової поведінки [29, 30]. Оточення (включаючи соціальні мережі) заохочує спроби змінити вагу та «привести себе у форму», а також будь-які інші зусилля зі зміни тіла. Здатність контролювати власне тіло та вагу – є сучасною культурною цінністю.

Дивлячись у дзеркало, людина бачить багату систему досвіду, на яку накладаються наші теперішні ідеї та уявлення про те, ким вона була та ким є зараз. Для багатьох жінок дзеркало може стати свого роду вікном в огиду до себе, занижену самооцінку та самоповагу, що руйнується. Звіт Об'єднаної парламентської групи з питань образу тіла Англії (All Party Parliamentary Group on Body Image, 2012) виявив, що дівчата віком від 5 років турбуються про свої розміри та зовнішність та що одна з чотирьох дівчат 7 років хоча б один раз намагалася знизити вагу.

Під час опитувань The APPG on Body iMage [14] було встановлено, що невдоволення образом тіла пов'язане з низкою негативних наслідків, зокрема: виникненням різноманітних фізичних, емоційних та соціальних проблем. Зокрема, було надано докази того, що особи з невдоволенням власним тілом

рідше цінують своє тіло, менш схильні ставити пріоритет на здоров'я та частіше вдаються до порушень харчової поведінки або нездорових практик; депресією та розладами харчової поведінки; зниженням впевненості в собі; зменшенням участі в оздоровчих, освітніх та соціальних активностях (наприклад, заняттях спортом, участі в уроках чи спілкуванні з однолітками); ширшими соціальними проблемами, такими як підліткова вагітність, вживання наркотиків та алкоголю, а також безробіття серед молоді.

Проаналізувавши дослідження [7] можна зробити висновок, що психологічна структура образу тіла, так само як і психологічна структура самосприйняття включає три основні компоненти:

1. Когнітивний компонент образу тіла, що включає уявлення та переконання людини щодо власної фізичної зовнішності – форму, розміри, пропорції, привабливість і здоров'я тіла. Цей компонент відображає те, як людина мислить про своє тіло, які критерії застосовує для його оцінки та наскільки реалістично або ідеалізовано вона його сприймає.

2. Емоційний компонент образу тіла – виражається через почуття, які виникають у зв'язку із власною зовнішністю: задоволення або незадоволення, гордість, сором, тривога, образа чи впевненість. Ці емоції безпосередньо впливають на загальне психологічне самопочуття людини

3. Поведенковий компонент – виявляється у конкретних діях, спрямованих на зміну або підтримку фізичної форми (дієти, фізичні навантаження, косметичні процедури тощо)

Для наочності порівнюємо когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти самосприйняття загалом і в контексті образу тіла. Узагальнені характеристики подано в табл.1.1.

Таблиця 1.1.

Порівняння когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів самосприйняття загалом та в контексті образу тіла

| Компонент | Самосприйняття загалом | Образ тіла |
|-------------|---|---|
| Когнітивний | Уявлення про власні риси, здібності, цінності, соціальні ролі | Оцінка форми, розмірів, стану та привабливості тіла |

Продовж.табл.1.1.

| | | |
|--------------|---|---|
| Емоційний | Ставлення до себе: задоволення, гордість, тривога, сором | Почуття задоволення чи незадоволення власним тілом, сором |
| Поведінковий | Дії, що відображають прийняття або зміну себе (пошук підтримки, розвиток) | Поведінка щодо тіла: догляд, дієти, фізичні вправи, уникнення соціуму |

Аналіз порівняння когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів самосприйняття загалом та в контексті образу тіла свідчить, що образ тіла є конкретизованим виявом загального самосприйняття, зосередженим переважно на фізичному аспекті «Я». Якщо загальне самосприйняття охоплює уявлення про власні риси, здібності, цінності й соціальні ролі, то у випадку образу тіла когнітивний компонент обмежується оцінкою зовнішніх характеристик – форми, розмірів і привабливості тіла.

Емоційний компонент у двох вимірах має спільну природу – він відображає ставлення до себе, проте в контексті тіла домінують почуття задоволення або незадоволення зовнішністю, сором і тривога щодо власної привабливості. Це свідчить про більшу вразливість емоційної сфери саме у зв'язку з тілесністю.

Поведінковий компонент також зазнає зміщення: загальне самосприйняття проявляється через дії, спрямовані на особистісний розвиток і прийняття себе, тоді як поведінка, пов'язана з образом тіла, часто має регулятивний чи компенсаторний характер (дієти, фізичні навантаження, догляд за тілом або уникання соціальних ситуацій).

Отже, образ тіла можна розглядати як специфічний аспект самосприйняття, у якому всі три компоненти – когнітивний, емоційний і поведінковий – набувають більш конкретизованого, тілесно орієнтованого змісту. Це підкреслює важливість розуміння зв'язку між самосприйняттям і харчовою поведінкою, адже незадоволення образом тіла часто виступає ключовим чинником формування неадекватних харчових стратегій у жінок.

1.2. Поняття харчової поведінки та чинники, що сприяють її порушенням. Особливості харчової поведінки жінок

У сучасному суспільстві харчова поведінка людини набуває особливого значення, оскільки вона не лише задовольняє фізіологічні потреби організму, а й тісно пов'язана з психологічним самосприйняттям, емоційним станом, стилем життя та соціокультурними впливами. Ставлення до власного тіла та образу себе значною мірою впливає на вибір харчових звичок, що, у свою чергу, відображається на загальному фізичному та психічному здоров'ї. Відхилення у харчовій поведінці часто є не лише проявом біологічних чи соціальних чинників, а й результатом внутрішнього конфлікту між реальним і бажаним образом себе. У зв'язку з цим дослідження порушень харчової поведінки в контексті самосприйняття, їх класифікації та причин є актуальним завданням сучасної психології та медицини, адже своєчасне виявлення таких порушень дає змогу попередити розвиток глибших психоемоційних розладів.

На думку О. Никоненко та А. Іском. [17]: «Серед осіб з порушеннями харчової поведінки негативне ставлення до власного тіла представлене досить виразно. Ці індивіди не люблять своє тіло, відчувають за нього сором та провину, постійно стурбовані власною вагою, вважають свій зовнішній вигляд неприємним; мало того – вважають, що інші, навіть близькі люди, ставляться до них так само критично. Постійно порівнюючи власну зовнішність з іншими, вони вишукують підтвердження своїх вад та почуваються пригніченими в присутності більш привабливих (на їхню думку) людей. Вони не люблять дивитися в дзеркало, уникають ситуацій, що передбачають повне або часткове оголення: примірка одягу, відвідування басейну або пляжу та ін. З цієї ж причини вони зазвичай не бажають привертати увагу навколишніх, що передбачає широкий спектр соціальних ситуацій (в тому числі ситуації успіху). Таким людям складно отримати задоволення від своєї діяльності через те, що вони відчувають незручність через свій зовнішній вигляд».

У цьому підрозділі буде розглянуто поняття харчової поведінки, особливості її порушень, проведено відмінність між порушеннями та розладами харчової поведінки, а також особливості харчової поведінки жінок, що дозволить глибше зрозуміти структуру проблеми для подальшого практичного аналізу.

В наукових роботах найчасіше під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у повсякденних умовах життя та ситуаціях стресу, поведінка, яка орієнтована на образ власного тіла та активне формування цього образу. Л.М. Абсальямова характеризує харчову поведінку як сукупність психологічний, соціальних і фізіологічних детермінантів, які формують вибір людиною продуктів, способи їх споживання та оцінку харчового досвіду, визначають траєкторію її харчових практик [9]. Іншими словами, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі і які є індивідуальними для кожної людини.

Поняття харчової поведінки можна розділити на гармонійне (адекватне) та девіантне (відхильне) в залежності від багатьох параметрів, зокрема – від місця, яке займає процес приймання їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних та якісних показників харчування [10]. На нашу думку, здорова харчова поведінка – це відношення людини до їжі, яке не обов'язково призводить до здорового харчування, але припускає гармонійні відношення з їжею, дозволяє уникнути серйозних надмірностей та порушень раціону. Людина зі здоровою харчовою поведінкою сприймає їжу як природну й важливу частину життя, але не дозволяє їй визначати власну цінність чи займати всі думки. Вона ставиться до харчування усвідомлено та вмє зберігати баланс між турботою про тіло і прийняттям себе.

Формування харчової поведінки є багатофакторним процесом, у якому взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні чинники, що впливають як на вибір продуктів, так і на характер, частоту та обсяги прийомів їжі. У сучасному суспільстві соціальні чинники відіграють визначальну роль,

оскільки вони суттєво впливають на самосприйняття особистості та формування образу тіла.

Потреба в їжі є однією з основних первинних, біологічних потреб і вона направлена на підтримку гомеостазу. Людина їсть для того, щоб отримувати необхідну енергію, будувати нові клітини та підтримувати складні процеси роботи організму. Тим часом раціон людини, як правило, не обмежується лише необхідними калоріями та поживними речовинами. Харчову поведінку визначають не лише потреби, а й отримані в минулому знання та стратегії мислення [22].

Необхідно також відмітити соціальне значення їжі. Харчування людини з самого дитинства пов'язане з міжособистісними відносинами. Впродовж життя їжа є однією зі складників процесу спілкування, соціалізації. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї і суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, радами лікарів, модою, економічними і особистісними причинами [11].

Стиль харчування відображає емоційні потреби та психологічний стан людини. Для багатьох людей їжа стає засобом емоційної регуляції, допомагаючи впоратися з тривогою, стресом чи почуттям самотності. У таких випадках харчування виконує функцію психологічного захисту, тимчасово знижуючи рівень внутрішнього напруження. Однак звичка використовувати їжу як спосіб емоційної компенсації може призвести до формування нездорових харчових патернів, переїдання, почуття провини після прийому їжі та подальших обмежень. Водночас у стані сильного стресу або пригніченості може спостерігатися зниження апетиту, що також є проявом зв'язку між емоційною сферою та харчовою поведінкою. Таким чином, харчування не є лише фізіологічною потребою, а стає засобом задоволення психологічних потреб людини та відображає її здатність долати емоційні труднощі.

Можемо зробити висновок, що харчова поведінка людини спрямована на задоволення не тільки біологічних та фізіологічних потреб, але й психологічних та соціальних. Прийом їжі часто виконує роль своєрідного

способу емоційного заспокоєння, засобу боротьби зі стресом, самотністю або нудьгою. Крім того, харчування має соціальний вимір, оскільки спільна трапеза може виступати способом комунікації, вираження турботи, приналежності до групи чи сім'ї, підтримки традицій та культурних норм. У сучасному суспільстві харчова поведінка також пов'язана із самопрезентацією та соціальною ідентичністю, коли вибір продуктів чи дотримання певних харчових практик стає способом демонструвати власні цінності, стиль життя або соціальний статус. Усі ці аспекти формують комплексне бачення харчової поведінки як багатовимірного феномену, що інтегрує фізіологічні потреби з психологічними і соціокультурними впливами.

Існує чотирьохкомпонентна модель [17], що описує мотивації харчової поведінки. Вона заснована на аналогічній моделі мотивації вживання алкоголю і включає в себе такі компоненти мотивації, як:

- 1) опанування негативних емоцій;
- 2) соціалізація;
- 3) відповідність очікуванням інших людей;
- 4) отримання задоволення

В статті «Психологічний аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку людини» [12] Л. М. Абсалямова виділяє такі фактори впливу на харчову поведінку людини як: культурні цінності; сприйняття, переконання, установки та цінності; соціальні впливи; ЗМІ та реклама; доступність; різноманіття; харчові вподобання; соціальне навчіння.

Таким чином, зазначені у роботі Л.М. Абсалямова фактори підкреслюють багатоконпонентний характер формування харчової поведінки людини, яка визначається взаємодією культурних, соціальних, когнітивних та середовищних впливів. Вони демонструють, що харчування залежить не лише від індивідуальних уподобань, а й від суспільних норм, доступності продуктів, медіа та навчання у соціальному середовищі, що необхідно враховувати у профілактиці та корекції порушень харчової поведінки.

Харчова поведінка людини знаходиться в рамках континіуму, що включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади та патологічні харчові розлади. В той же час, дуже складно визначити «нормальність» харчових патернів щодо харчової поведінки кожної людини окремо. Для визначення типу харчової поведінки існує певна типологія харчової поведінки та її розладів. Типологія харчової поведінки дозволяє систематизувати різноманітні прояви відношення до їжі та визначати особливості взаємозв'язку між харчуванням, емоційним станом та когнітивними установками людини. Вона включає класифікацію за типами мотивації, емоційних реакцій та поведінкових стратегій, що проявляються у процесі прийому їжі. Завдяки цьому стає можливим виявлення ризиків розвитку порушень або розладів харчової поведінки, своєчасна профілактика та формування індивідуальних програм корекції. Важливо враховувати, що межа між «звичайною» зміною харчових звичок та порушеннями може бути розмитою, оскільки значну роль відіграють як біологічні та психологічні фактори, так і соціально-культурне середовище, в якому формується харчова поведінка людини.

Американська психіатрична асоціація у своєму «Довіднику з діагностики та систематики психічних розладів» (DSM-V) виділяє три основні типи розладів харчової поведінки: нервова анорексія, нервова булімія та інші, неуточнені розлади, серед яких – розлад переїдання, відомий як компульсивне переїдання. У «Міжнародній класифікації хвороб» 11-го перегляду (МКХ-11) розлади харчової поведінки розглядаються у розділі F5 («Поведінкові синдроми, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами»), де у підрозділі F50 до них також відносять нервову анорексію та нервову булімію.

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

У сучасній літературі важливо розрізнити поняття порушень харчової поведінки та розладів харчової поведінки.

1. Порушення харчової поведінки – більш широкий термін, що включає в себе неадаптивні, але ще не клінічно значущі патерни, які не завжди відповідають критеріям діагностичних класифікацій. Це комплексні симптоми, що виникають в наслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів [12].

2. Розлади харчової поведінки (РХП) – це клінічно визначені стани, що мають чіткі діагностичні критерії відповідно до DSM-5-TR [35] та МКХ-11 [36] супроводжуються вираженим дистресом, впливають на функціонування та потребують професійної допомоги.

Розглянувши дослідження харчової поведінки [12] можна описати її відхилення таким чином:

1. Екстернальна харчова поведінка, пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: люди з такою поведінкою їдять не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози й вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, гарно накрытий стіл, вигляд людини, що їсть, реклама харчових продуктів та інше.

2. Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, тому що дійсно приносять їм не тільки насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційну напругу, підвищують настрій. Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися як компульсивне переїдання та як синдром нічної їжі.

3. Компульсивна харчова поведінка проявляється як короткі повторювані напади переїдання, що тривають не більш двох годин. Під час такого нападу людина їсть набагато більше й значно швидше звичайного. Синдром нічної їжі зустрічається рідше й спостерігається у людей з

ожирінням. Він супроводжується трьома симптомами: відсутністю апетиту вранці, підвищенням апетиту та переїданням ввечері та вночі, а також порушенням сну.

4. Обмежувальна харчова поведінка полягає у харчовому самообмеженні, дотриманні строгої дієти, якої не можна дотримуватися тривалий час, і зазвичай їй на зміну приходять періоди вираженого переїдання.

На думку Л.М. Абсалямової «Такі види харчової поведінки, як екстернальна, емоціогенна та обмежувальна слід відносити до категорії «порушення харчової поведінки».

Згідно з сучасними підходами, порушення харчової поведінки можна класифікувати за такими ознаками:

1. За характером харчової поведінки: обмежувальна поведінка (надмірне обмеження калорій), переїдання, епізоди нічного харчування, вибіркова харчова поведінка, емоційне харчування.

2. За зв'язком з емоційним станом: харчова поведінка як механізм подолання стресу, відмова від їжі як форма контролю.

3. За тривалістю: ситуативні (пов'язані зі стресом, зміною способу життя), хронічні (що тривають понад 6 місяців).

Для кращого розуміння специфіки харчової поведінки розглянемо основні відмінності між порушеннями харчової поведінки та розладами харчової поведінки. Узагальнені характеристики подані в табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Відмінності порушень харчової поведінки від розладів харчової поведінки

| Критерій | Порушення харчової поведінки | Розлади харчової поведінки |
|-------------------------|--|---|
| Тривалість | Зазвичай короткочасні, ситуативні | Хронічні, стійкі (не менше 6 місяців з інтервалами 2 рази на тиждень) |
| Вплив на здоров'я | Помірний, рідко призводить до ускладнень | Виражений, впливає на соматичний стан |
| Вплив на здоров'я | Помірний, рідко призводить до ускладнень | Виражений, впливає на соматичний стан |
| Вплив на функціонування | Частково впливає на соціальні сфери | Значно порушує соціальне функціонування |

| | | |
|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Необхідність лікування | Можлива психологічна корекція | Потребує спеціалізованої терапії |
| Діагностика | Не має чітких діагностичних критеріїв | Має критерії (DSM-5, МКХ-11) |

Розуміння цих відмінностей є важливим для профілактики розвитку розладів харчової поведінки, оскільки своєчасне виявлення порушень може запобігти переходу у клінічну форму.

Порушеннями та розладами харчової поведінки страждають як жінки так і чоловіки, як дорослі так і підлітки. Розлади харчової поведінки не є виключно «жіночою» проблемою, проте саме жінки частіше вдаються до обмежувального харчування, оскільки їхнє самосприйняття та образ тіла значною мірою формуються під впливом соціальних ідеалів стрункости. Жінки можуть частіше відчувати провину після вживання їжі, що сприяє виникненню циклів переїдання та наступного обмеження харчування. До чинників розладів харчової поведінки належить: певні риси характеру та психотип психологічних проблем: перфекціонізм, низька самооцінка, почуття самотності, тривожність [40].

У жінок харчова поведінка часто тісно пов'язана з емоційним станом: стрес, тривога чи депресія можуть призводити як до втрати апетиту, так і до компульсивного переїдання. Крім того, гормональні коливання протягом менструального циклу впливають на апетит і харчові уподобання, що також визначає особливості харчової поведінки жінок.

Харчова поведінка жінок має низку психологічних особливостей, що відрізняють її від чоловічої та впливають на ризик розвитку розладів харчової поведінки. Зокрема, жінки частіше зазнають тривожності, яка пов'язана з формуванням харчової залежності. У дослідженні взаємозв'язку тривожності та харчової залежності у чоловіків та жінок [37] було встановлено, що харчова залежність впливає на зростання тривожності як у чоловіків, так і у жінок, тоді як тривожність сприяє розвитку харчової залежності лише у жінок. Це свідчить про особливу взаємозалежність тривожності та порушень харчової

поведінки у жінок, що необхідно враховувати під час планування профілактичних та корекційних програм.

Крім того, важливу роль у харчовій поведінці жінок відіграє румінація (нав'язливе повторюване обдумування негативних думок). Згідно з результатами дослідження [38] жінки мають вищий рівень румінації порівняно з чоловіками, що опосередковує (медіює) зв'язок між статтю та дисфункціональною харчовою поведінкою. Це означає, що румінація є одним із ключових когнітивних механізмів, який сприяє розвитку переїдання, обмежувальної поведінки та інших форм порушень харчової поведінки у жінок.

Взаємодія тривожності, харчової залежності та румінації впливає на формування специфічних моделей харчової поведінки у жінок, безпосередньо пов'язаних із їхнім самосприйняттям і образом тіла. Це підкреслює необхідність врахування цих аспектів у психологічній практиці та розробці індивідуальних стратегій профілактики й корекції харчових розладів.

За класифікацією Л.М. Абсалямової [9] у жінок спостерігаються різні типи харчової поведінки, що відображають особливості їх ставлення до їжі, емоційного стану та контролю за споживанням продуктів. Узагальнену схему типів харчової поведінки подано на рис. 1.1.

Таким чином, харчова поведінка жінок є результатом комплексної взаємодії психологічних чинників, серед яких важливу роль відіграють тривожність та румінація. Підвищені рівні тривожності та румінації впливають на самосприйняття та образ тіла, посилюючи ризик розвитку харчової залежності та дисфункціональних моделей харчової поведінки. Урахування цього взаємозв'язку є критично важливим для розробки профілактичних та корекційних стратегій, що передбачають психологічні інтервенції, спрямовані на зниження тривожності, формування адаптивних стратегій емоційної регуляції та покращення самосприйняття.

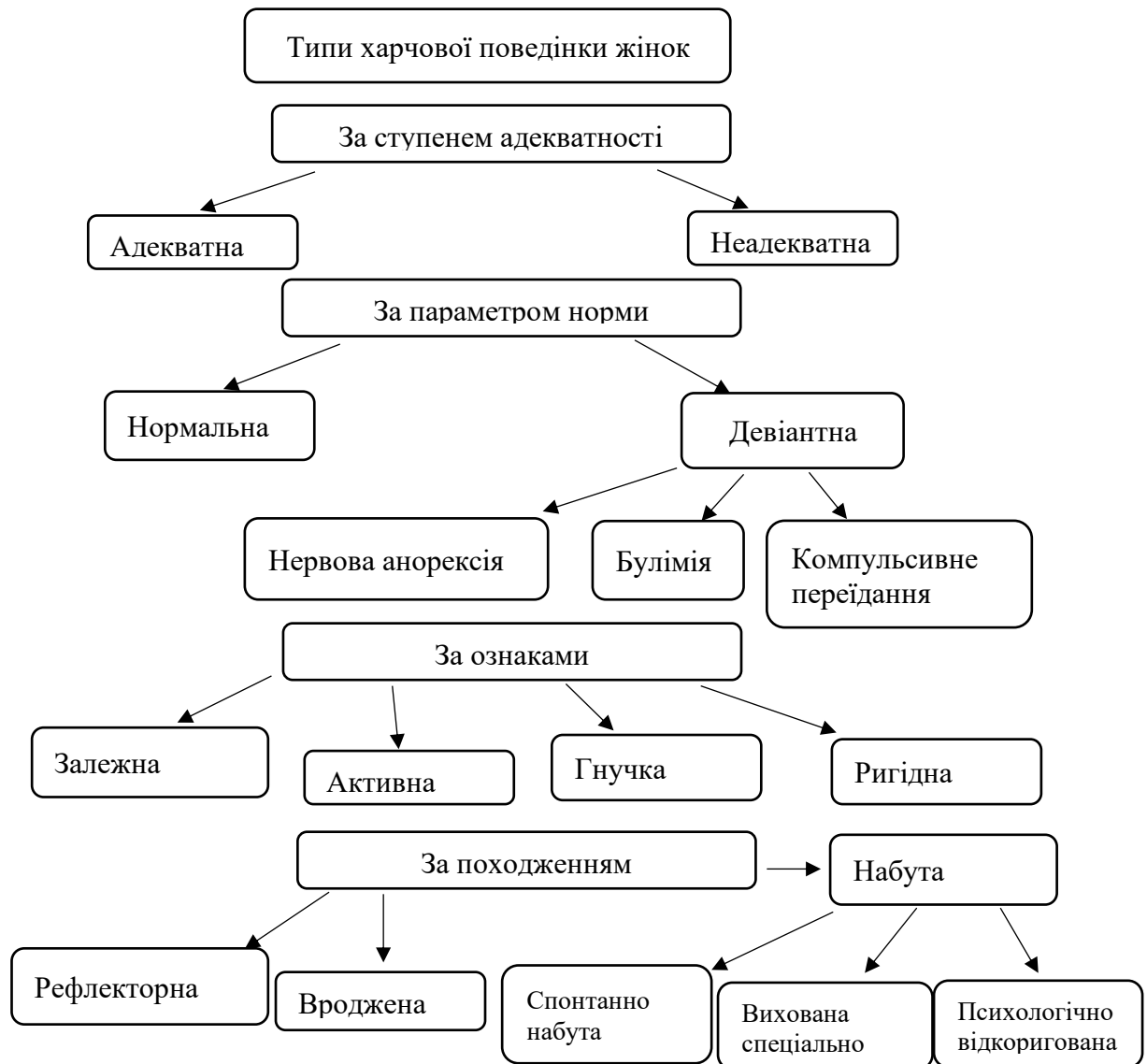


Рис. 1.1. Типи харчової поведінки жінок за Абсальямовою Л.М.

Отже, представлена класифікація типів харчової поведінки жінок демонструє складність і багатовимірність цього феномена, а також різні механізми взаємодії емоційних, мотиваційних і когнітивних чинників. Кожен із типів відображає специфічні способи реагування на внутрішні переживання та зовнішні стимули. Це свідчить про важливість урахування індивідуальних психологічних особливостей при аналізі харчової поведінки. Зазначені типи створюють теоретичне підґрунтя для подальшого вивчення ролі тривожності та румінації у формуванні дисфункціональних моделей харчування.

1.3. Соціокультурні, біологічні та психологічні чинники які впливають на самосприйняття та харчову поведінку жінок

Самосприйняття та харчова поведінка жінок формуються під впливом комплексу різнорівневих чинників, які взаємодіють між собою та відображають як індивідуальні особливості особистості, так і соціальні умови її життя. З одного боку, на харчові практики та ставлення до власного тіла істотно впливають культурні норми, соціальні стандарти краси та очікування оточення. З іншого – важливу роль відіграють біологічні механізми регуляції апетиту, гормональні зміни та індивідуальні відмінності у фізіологічних потребах. Доповнює цю картину психологічний вимір, пов'язаний з рівнем самооцінки, емоційним станом та здатністю до самоконтролю.

Ознайомившись с даними дослідження [8] формування самоприйняття та образу тіла відбувається під впливом низки чинників, серед яких провідну роль відіграють: біологічні (генетика, гормональні зміни, вік); психологічні (самооцінка, тривожність, досвід травми); соціокультурні (вплив медіа, соціальні стандарти краси, тощо).

Таким чином, розгляд соціокультурних, біологічних і психологічних факторів у їхній взаємодії дозволяє глибше зрозуміти специфіку жіночого самосприйняття та харчової поведінки, а також виявити умови, що можуть як сприяти формуванню здорових практик, так і підвищувати ризик розвитку розладів харчування. З метою детальнішого аналізу доцільно окремо зупинитися на кожній з цих груп факторів.

Соціокультурні чинники відіграють ключову роль у формуванні, розвитку та підтримці дезадаптивних моделей харчової поведінки, впливаючи як безпосередньо, так і опосередковано через культурні установки, соціальні очікування та міжособистісні стосунки. Здійснивши аналіз попередніх досліджень, було виявлено – часто науковці виділяються соціальний фактор, як один з основних, що впливає на харчову поведінку. Багато досліджень пов'язані з темою впливу соціальних мереж на особистість. Емпіричне

дослідження, проведене С. Шереметою [13], підтверджує, що соціальні мережі можуть опосередковано впливати на формування порушень харчової поведінки, особливо серед користувачів, які активно взаємодіють із контентом, пов'язаним зі схудненням, фітнесом або зображеннями ідеалізованого тіла. Найбільше це впливає саме на жінок. Виявлено, що не стільки загальний час користування соціальними мережами, скільки характер контенту та спосіб взаємодії з ним мають значення для розвитку харчових порушень.

Згідно з іспанським дослідженням [68], використання соціальної мережі Instagram безпосередньо пов'язане з погіршенням ставлення до власного тіла та зниженням самооцінки серед молоді. Вчені підкреслюють, що головним чинником негативного впливу є постійне соціальне порівняння, яке виникає під час перегляду ідеалізованих зображень інших користувачів. Саме такий механізм формує у дівчат відчуття невідповідності власної зовнішності, посилює самокритику та викликає психологічний дискомфорт. Дослідження також засвідчило, що частота користування Instagram корелює з інтенсивністю незадоволеності тілом: чим більше часу молоді жінки проводять у соціальній мережі, тим вищий рівень їхньої тривоги та занепокоєння щодо зовнішності.

Респонденти, які прагнуть змінити власну фігуру або звертають увагу на тіла інших користувачів у соціальних мережах, виявляють більшу схильність до емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки, а також нижчі показники інтуїтивного харчування. Також виявлено зв'язок між емоціогенними стратегіями споживання їжі та показниками кіберкомунікативної адикції, що вказує на складний психосоціальний механізм впливу онлайн-середовища на харчову поведінку. Виявлені закономірності безпосередньо пов'язані з проблемою тілесного самосприйняття. Орієнтація на зовнішні стандарти у поєднанні з постійним порівнянням себе з іншими користувачами соціальних мереж формує відчуття невідповідності «ідеальним» образам, що зумовлює підвищену уразливість до емоціогенної та обмежувальної харчової поведінки. Зниження показників

інтуїтивного харчування в такому контексті можна розглядати як прояв втрати довіри до власних тілесних сигналів і орієнтацію на зовнішні критерії краси. Водночас кореляція між емоціогенними харчовими стратегіями та кіберкомунікативною адикцією свідчить про те, що негативне самосприйняття не лише відтворюється, а й підсилюється за рахунок онлайн-взаємодії, створюючи замкнене коло психологічних і поведінкових ризиків.

Таким чином, соціальні мережі виступають потужним соціальним фактором, здатним як підтримувати здорову харчову поведінку через позитивні приклади, так і сприяти їй порушенням уразливих груп. Тому аналіз впливу має враховувати не лише кількісні параметри використання соціальних мереж, а й якісні аспекти – зміст, мотивацію користування, контекст самосприйняття та рівень задоволеності тілом.

Виділимо соціокультурні чинники, які найбільше впливають на харчову поведінку жінок:

1. Соціальні стандарти краси та медіа-вплив. Одним із провідних соціальних чинників, що сприяють розвитку ПХП у жінок, є домінування ідеалізованого образу тіла в медіа та масовій культурі. Сучасні медіа – від модних журналів до соціальних мереж часто пропагують надмірно худу статуру як еталон жіночої краси, що створює хибні уявлення про норму [31]. Жінки, які регулярно стикаються з такими образами, демонструють вищий рівень незадоволеності тілом та частіше вдаються до обмежувальної дієти або інших форм ПХП [39]. Багато жінок підсвідомо вбирають в себе цей ідеал худорлявості та можуть дійти до обвинувачень самих себе за будь-яку нездатність йому відповідати. Подібне мислення, як можливо представити, б'є по самоповазі а самооцінці. Як було показано в дослідженні Л. Хайнберг та Дж. Томпсона [46], порівняння з медіа-образами породжує серед іншого депресію, гнів та спотворене сприйняття власного тіла.

Особливо помітний вплив мають медіа та соціальні мережі, що транслюють ідеалізовані образи жіночої зовнішності. Часте порівняння з

такими образами сприяє зниженню задоволеності тілом, навіть при об'єктивно нормальних фізичних параметрах [17].

Під час опитувань [40] експерти рекламної індустрії зазначили, що ідеали зовнішності, які демонструються в рекламі, використовуються для пробудження прагнення до самовдосконалення серед споживачів. Однак інші учасники опитувань підкреслили, що така стратегія є оманливою, оскільки, за оцінками, менше ніж 5% населення реально здатні досягти сучасних рекламних стандартів зовнішності.

Надивлячись на те що окрема реклама дійсно зображає «звичайну» або «середню» жінку, в більшості випадків ми стикаємось з відверто нереалістичними або ідеалізованими зображеннями жінок та їх життя. Попри те, що в останні роки рух за бодіпозитив набирає обертів, в більшості випадків нам показують «ідеальну» за теперішніми стандартами картинку.

Окрім недостатнього різноманіття зовнішності моделей і ведучих у рекламі та на телебаченні, цифрова обробка зображень, як вважається, ще більше поглиблює розрив між реальністю та медійними ідеалами. Цифрова ретуш розглядається рекламними регуляторами як допустима практика за умови, що вона не вводить середньостатистичного споживача в оману щодо властивостей продукту або не визнається безвідповідальною.

На нашу думку навіть за дотриманням формальних нормативних вимог наслідки використання цифрової ретуші залишаються амбівалентними. Попри те, що більшість глядачок усвідомлюють факт редагування, на психологічному рівні відбувається автоматичне співвіднесення власної зовнішності з ідеалізованими образами. Це призводить до зростання тілесної незадоволеності, зниження самооцінки та може детермінувати зміни у харчовій поведінці — від надмірного обмеження раціону до епізодів компульсивного переїдання. Таким чином, ретушовані зображення виконують функцію не лише рекламного інструменту, а й соціокультурного чинника, що впливає на психоемоційне благополуччя жінок.

2. Гендерні ролі та очікування. У традиційних соціальних ролях жінка часто асоціюється з естетичною привабливістю, доглянутістю та контрольованістю, включаючи контроль над апетитом та тілом. Такі очікування можуть чинити тиск на жінок, стимулюючи до надмірної самокритики та спроб відповідати ідеалу через харчові обмеження, очищення організму, голодування тощо [40]. Жінки також частіше є мішенню для чоловічих сексистських коментарів, зауважень та дій. Дослідження Американської психологічної асоціації 2007 року показало, що ЗМІ часто демонструють вузькі та недсяжні стандарти жіночої привабливості та пов'язують ці стандарти з сприйняттям сексуальності та рівнем значущості жінки [42]. В західному суспільстві неперервно розповсюджується уявлення про те, що жінки повинні бути красивими для того, щоб бути бажаними, і ця бажаність є внутрішньою необхідністю самого людського буття.

Такі уявлення часто стають внутрішніми переконаннями, що зумовлюють критичне ставлення жінки до власного тіла, хронічну незадоволеність зовнішністю та прагнення відповідати нереалістичним ідеалам. Це, в свою чергу, може провокувати розвиток порушень харчової поведінки – зокрема обмежувальної дієти, переїдання чи заїдання емоцій, що виступають як дезадаптивні способи контролю або компенсації психологічного дискомфорту. Таким чином, соціально нав'язвані стандарти краси є важливим психосоціальним чинником, що сприяє виникненню та підтриманню розладів харчової поведінки у жінок.

3. Соціальне порівняння та самооцінка. Порівняння з іншими – особливо в контексті зовнішності є поширеним явищем у жіночому середовищі. Високий рівень соціального порівняння, зокрема в соціальних мережах, асоціюється з вищими показниками незадоволеності тілом, низькою самооцінкою та симптомами ПХП [43]. Соціальні мережі, як-от Instagram чи TikTok, сприяють формуванню спотвореного уявлення про «нормальне» тіло через використання фільтрів, ретуші та вибіркової демонстрації ідеальних зображень. Нажаль, рівень краси та фізичної привабливості, які транслюються

нам в цих соціальних мережах, характерний лише для дуже маленького відсотку населення. Комп'ютерні маніпуляції з подібними медіа-образами, їх «ретушування» лише посилює розрив з реальністю. Гіпотеза культивування стверджує, що постійне відтворення в соціальних мережах створює альтернативну реальність. Ми наче потрапляємо в «бульбашку», де існують лише привабливі, стрункі жінки без недоліків. Внаслідок розповсюдження цих образів, очікування жінок, пов'язані з їх особистим образом, можуть стати занадто завищеними.

4. Соціальні групи та міжособистісні стосунки. Взаємини з родиною, партнерами та друзями також суттєво впливають на формування самосприйняття та харчової поведінки. Наприклад, критичні зауваження щодо зовнішності або ваги від батьків чи близьких можуть підвищити ризик розвитку анорексії або булімії [44]. Надмірне зосередження на власному образі тіла вважається одним із чинників поширення харчових розладів [19].

Підтримка або, навпаки, відсутність емпатії в соціальному оточенні відіграє роль у здатності жінки адаптуватися до стресу без використання дезадаптивних харчових стратегій.

5. Суспільний статус та культура споживання. Культура надмірного споживання та, водночас, культ фітнесу формують суперечливе середовище, в якому жінка має «любити себе», але не виходити за межі суспільно прийнятих стандартів. Серед представниць середнього та вищого соціально-економічного класу спостерігається підвищений ризик ПХП, що зумовлено не лише доступом до інформації та дієтологічних практик, а й підвищеним соціальним контролем зовнішнього вигляду [44].

Можна зробити висновок, що соціокультурні чинники виступають одним із найвагоміших джерел впливу на формування порушень харчової поведінки у жінок. Вони проявляються як у глобальних культурних наративах – через медіа, соціальні мережі, рекламу, так і в щоденній міжособистісній взаємодії, де зовнішність жінки часто стає об'єктом оцінки, контролю та очікувань. У масовій культурі домінують нереалістичні стандарти жіночої

краси, які асоціюються з бажаністю, успішністю та значущістю жінки. Ці стандарти активно транслуються через ЗМІ та соціальні мережі, викликаючи у жінок почуття незадоволеності тілом, зниження самооцінки, тривожність і внутрішній тиск на відповідність «ідеалу».

Особливо небезпечним є те, що такі соціальні уявлення поступово інтеріоризуються, перетворюючись на внутрішні переконання жінки, що змушує її обмежувати харчування, голодувати, заїдати емоції або постійно контролювати свій зовнішній вигляд. Феномен соціального порівняння, що посилюється у візуальних медіа середовищах (Instagram, TikTok), лише поглиблює ці механізми, створюючи ілюзію норми та змушуючи жінку постійно змагатися з недосяжним образом.

Важливу роль відіграють і найближчі соціальні стосунки: критика з боку партнера чи родичів, підтримка або її відсутність, а також очікування «контрольованості» від жінки – все це підвищує ризик розвитку дезадаптивних моделей харчової поведінки. До того ж сучасна культура поєднує суперечливі вимоги: з одного боку – заклик до самоприйняття, з іншого – жорсткий контроль зовнішності, що формує внутрішній конфлікт і напругу.

Таким чином, соціокультурні чинники не лише запускають, але й підтримують порушення харчової поведінки у жінок, вбудовуючись у систему особистих переконань, самооцінки та емоційної регуляції. Їх усвідомлення є критично важливим для профілактики та корекції таких розладів. Для збереження психічного здоров'я жінок і формування здорового ставлення до тіла та формування здорової харчової поведінки необхідно переглядати суспільні стандарти краси, знижувати вплив медіа-ідеалів та підтримувати позитивний образ тіла, орієнтований не на зовнішність, а на прийняття, функціональність і турботу про власне здоров'я.

Як вже зазначалося в попередньому розділі порушення харчової поведінки (ПХП) є мультифакторними розладами, що обумовлені взаємодією біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Біологічні чинники

займають дуже важливу роль у формуванні схильності до ПХП, впливаючи як на виникнення, так і на перебіг цих розладів, впливаючи на формування харчових звичок, регуляцію апетиту та метаболічні процеси.

Кількість і частота вживання їжі залежать від таких феноменів, як почуття голоду, апетит і почуття насичення. Вивченню фізіологічних аспектів харчової поведінки присвятили свої роботи В.М. Покровський та Г.Ф. Коритько. Вони розглядали голод як фізіологічний регулятор кількості споживаної їжі. Суб'єктивні та об'єктивні прояви голоду обумовлені порушенням різних відділів центральної нервової системи. Сукупність нервових елементів цих відділів І.П. Павлов назвав харчовим центром, функціями якого є регуляція харчової поведінки й травних функцій [14].

Потреба в прийомі їжі є однією з первинних (біологічних) потреб, яка спрямована на підтримку гомеостазу. В першу чергу людина їсть щоб забезпечити надходження необхідної енергії, формувати нові клітини та створювати життєво важливі складні хімічні сполуки. Проте дуже часто людині цього недостатньо і вона не обмежується життєво необхідним мінімум калорій. Поведінка людини пов'язана з вживанням їжі, визначає прийом поживних речовин, що є необхідними для функціонування її організму. В організмі людини існують два види фізіологічних сигналів, що регулюють початок і припинення прийому їжі. Перший набір сигналів активує апетит і контролює рівень жирових запасів в організмі. Другий набір сигналів відповідає за відчуття ситості та припиняє споживання їжі. Ці два механізми забезпечують баланс у харчуванні, який підтримує вагу тіла та певну кількість поживних речовин. Голод, як стан, викликаний недостатнім надходженням поживних речовин, необхідних для підтримки сталості середовища усередині організму, з точки зору психології, виступає суб'єктивним досвідом або відчуттям, яке пов'язане з бажанням споживати їжу. Суб'єктивне відчуття голоду включає фізіологічні прояви, такі як дискомфорт у тілі, головний біль, спазми в шлунку, запаморочення, нудота, або відчуття тиску в горлі [15].

Виділяють чотири категорії, що впливають на припинення прийому їжі [14]:

1. Сенсорно-специфічне насичення: поєднання запахів, смаку, температури та складу їжі, а також її «приємність» та естетичний вигляд.
2. Когнітивні процеси: переконання щодо властивостей їжі та їх впливу на організм.
3. Ефект після вживання їжі: фізіологічний відгук організму після прийому їжі.
4. Ефект після всмоктування речовин: процес насичення, що виникає після засвоєння їжі.

Розглянемо окремі біологічні чинники, які сприяють розвитку ПХП

1. Генетичні фактори. Дослідження показують, що генетична схильність відіграє важливу роль у розвитку таких розладів, як анорексія та булімія [51]. Рівень спадковості для анорексії нервової оцінюється у межах 50–60%, що свідчить про суттєвий внесок генетичних факторів [41]. Також дослідження показують, що у родичів першої лінії осіб із нервовою анорексією ризик розвитку захворювання вищий у 6-10 разів порівняно з загальною популяцією. Установлено асоціації між ПХП та поліморфізмами генів, що відповідають за регуляцію серотонінергічної, дофамінергічної та опіоїдної систем (зокрема, генами 5-HT2A, DRD2, COMT), які впливають на апетит, емоційну регуляцію та імпульсивність.

2. Нейрохімічні механізми. Регуляція апетиту та ситості здійснюється через взаємодію нейротрансмітерних систем, серед яких особливе значення мають серотонінергічна та дофамінергічна системи. Дисбаланс у роботі серотонінової системи асоціюється з обмежувальною харчовою поведінкою та підвищеною тривожністю [46]. Зокрема, підвищена активність серотоніну може бути пов'язана з гіперконтролем та обмежувальною поведінкою у жінок із анорексією, тоді як зниження активності дофаміну асоціюється зі зниженим задоволенням від їжі та гіпорегуляцією мотиваційної системи [47]. Дослідження показують, що дофамін бере участь у формуванні харчової

мотивації та системи винагороди, впливаючи на прагнення до прийому висококалорійної їжі та переїдання.

3. Гормональні порушення. Гормони, що регулюють енергетичний баланс, такі як лептин, грелін, інсулін та кортизол, мають безпосередній вплив на харчову поведінку. Дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі, що призводить до змін рівня естрогенів, може впливати на апетит, емоційний стан та регуляцію маси тіла, сприяючи розвитку анорексії або булімії [43]. Рівень лептину, гормону, що сигналізує про насичення, часто знижений у жінок із анорексією, що може підтримувати хронічне зниження маси тіла [54]. Зниження рівня лептину при тривалому обмеженні їжі призводить до підвищеного відчуття голоду та зниження витрати енергії, сприяючи розвитку переїдання після періодів обмеження. Грелін стимулює апетит, і його рівень підвищується при обмеженні харчування, що також сприяє порушенням контролю харчової поведінки.

4. Порушення діяльності гіпоталамусу. Гіпоталамус відіграє ключову роль у регуляції апетиту та насичення. Порушення функціонування латерального або вентромедіального ядер гіпоталамусу можуть призводити до гіперфагії або анорексії відповідно. Також дослідження демонструють роль нейрозапальних процесів та гіперактивності осі НРА (гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози) у розвитку ПХП, що проявляється у підвищеній реактивності до стресу, порушеннях кортизолової регуляції та впливі на апетит та метаболізм [50].

5. Вплив епігенетичних механізмів. Епігенетичні механізми розглядаються як ключовий посередницький рівень між генетичною схильністю та факторами середовища у розвитку порушень харчової поведінки (ПХП). Епігенетика включає процеси, що регулюють експресію генів без зміни послідовності ДНК, зокрема метилювання ДНК, модифікацію гістонів та регуляцію за допомогою некодуючих РНК [52].

Стресові події у ранньому віці здатні призводити до стабільних епігенетичних змін, що впливають на системи регуляції стресу, апетиту та

емоційної регуляції. Наприклад, підвищена активність осі гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози (НРА) при хронічному стресі може викликати зміни у метилюванні гена рецептора глюкокортикоїдів (NR3C1), що впливає на стрес-реактивність і, як наслідок, на харчову поведінку [53].

У жінок із анорексією нервовою виявлено зміни рівня метилювання у генах, пов'язаних із дофамінергічною системою, що впливають на мотивацію та систему винагород, що, у свою чергу, асоціюється з низьким задоволенням від їжі [49]. Також відмічаються зміни у метилюванні генів, пов'язаних із серотоніною системою (наприклад, гена SLC6A4), що може бути пов'язано з високим рівнем тривожності у жінок із ПХП [55].

Харчування та нутрієнти також впливають на епігенетичні процеси. Дефіцит поживних речовин, зокрема фолієвої кислоти, вітамінів групи В та метіоніну, впливає на процеси метилювання ДНК, що може змінювати експресію генів, залучених до регуляції апетиту та енергетичного обміну [56].

Таким чином, вплив епігенетичних механізмів на розвиток порушень харчової поведінки у жінок проявляється через: зв'язок раннього стресу з епігенетичними змінами регуляції НРА-осі; модифікацію експресії генів, пов'язаних із системами дофаміну та серотоніну; вплив харчових дефіцитів на метилювання ДНК; формування стійких змін у нейрогуморальній регуляції, що впливають на харчову поведінку.

Таким чином, біологічні чинники у розвитку порушень харчової поведінки – зокрема генетичні схильності, нейрохімічні дисбаланси, гормональні зміни, дисфункції гіпоталамічної регуляції та епігенетичні механізми не лише формують біологічне підґрунтя для виникнення ПХП, але й опосередковано впливають на тілесне самосприйняття. Вони можуть зумовлювати підвищену чутливість до зовнішніх стандартів краси, посилювати незадоволеність власним тілом і, відповідно, впливати на перебіг розладів. Усвідомлення цього взаємозв'язку є ключовим для розробки профілактичних і терапевтичних стратегій, спрямованих не лише на корекцію харчової поведінки, а й на підтримку позитивного самосприйняття.

Динамічний розвиток сучасного суспільства формує нові виклики, що вимагають від людини значних внутрішніх ресурсів. Постійні стреси та депресивні стани не лише виснажують, а й впливають на самосприйняття та ставлення до власного тіла. У таких умовах їжа втрачає свою природну функцію забезпечення організму енергією і дедалі частіше перетворюється на спосіб емоційної компенсації. Людина починає використовувати харчування як інструмент для приглушення психологічного дискомфорту, що призводить до виникнення викривленого ставлення до власного образу тіла. В результаті прийом їжі перестає бути джерелом фізичної користі та задоволення, а механізми «заїдання» стають способом тимчасово впоратися з внутрішніми переживаннями, поглиблюючи проблеми із самооцінкою та тілесним образом.

Для жінок психологічні чинники можуть відігравати особливо значущу роль, оскільки саме жінки частіше схильні до переживання щодо власної маси тіла, образу тіла та соціальних очікувань, що впливають на харчову поведінку [57].

Проаналізувавши сучасні наукові дослідження можна зробити висновок, що до ключових психологічних чинників формування харчової поведінки у жінок можемо віднести:

1. Образ тіла та сприйняття власної зовнішності. Дослідження показують, що негативне сприйняття власного тіла корелює з нездоровими харчовими практиками, такими як обмежувальна дієта, переїдання або емоційне харчування [6]. У жінок, що не задоволені власним тілом, вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки, включаючи нервову анорексію та булімію [58].

Часто жінки відчують:

- відчуття «неправильності» свого тіла, що проявляється у постійному невдоволенні власною зовнішністю, порівнянні себе з іншими та прагненні досягти нереалістичних ідеалів, нав'язаних соціумом і медіа;

– потребу контролювати тіло, щоб воно виглядало певним чином, що призводить до обмежувальної дієтичної поведінки, жорсткого контролю за харчуванням та уникнення продуктів, які сприймаються як «заборонені»;

– втрату зв'язку з власним тілом – нерозуміння, що воно відчуває, що виявляється у труднощах розпізнавання фізіологічного голоду та ситості, ігноруванні сигналів тіла та підміні фізіологічних потреб емоційними реакціями.

Таким чином, часте відчуття «неправильності» свого тіла, потреба постійного контролю за зовнішністю та втрата зв'язку з власними тілесними відчуттями є характерними проявами психологічних труднощів, що впливають на харчову поведінку жінок. Ці стани можуть призводити до формування негативного образу тіла, розвитку обмежувальної чи хаотичної харчової поведінки та зниження здатності прислухатися до власних фізіологічних потреб. Розуміння цих аспектів має важливе значення для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на відновлення здорових взаємин жінки зі своїм тілом та формування усвідомленої, адаптивної харчової поведінки.

2. Емоційні стани та стратегії подолання стресу. Емоційне харчування, тобто прийом їжі у відповідь на емоційні стани, а не фізіологічний голод, є частим явищем серед жінок [59]. Негативні емоції, такі як тривога, самотність, гнів, можуть стимулювати вживання висококалорійної їжі як стратегію емоційної регуляції [60].

Так звана гіперфагічна (грец. *hyper* – *phagia* , гіпер + *phagein* – їсти, поїдати , пожирати) реакція на стрес, коли їжа використовується під час або після стресу. У цьому випадку переїдання свого роду предмет забави, Прагнення сховатися від реальності. Але робити висновок про повноцінний антистресовий ефект передчасно, оскільки в цьому випадку створюється лише видимість душевного благополуччя. Проблема, не знаходячи рішення, заганяється глибоко всередину і періодично дає про себе знати [15].

3. Рівень тривожності та депресивні прояви. Підвищена тривожність та депресивні стани можуть бути пов'язані з як переїданням, так і з обмежувальною харчовою поведінкою [56]. У жінок, які мають високий рівень тривожності, спостерігається схильність до імпульсивного прийому їжі, що часто пов'язане із почуттям провини після споживання їжі [62].

4. Особистісні характеристики. Особистісні риси, такі як перфекціонізм, імпульсивність, низька самооцінка, відіграють роль у формуванні розладів харчової поведінки у жінок [63]. Жінки з високим рівнем перфекціонізму часто встановлюють нереалістичні стандарти щодо власної зовнішності, що зумовлює хронічне невдоволення та спроби регулювати вагу через зміну харчування [64].

5. Установки та мотивація щодо харчування. Мотиваційні аспекти, такі як прагнення контролювати масу тіла чи поліпшити зовнішність, значно впливають на вибір харчових продуктів та режим харчування [61]. Установки, сформовані в сім'ї та соціумі, зокрема щодо «здорового харчування», також визначають характер харчової поведінки жінки [65].

У статті «Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки» [15] Абсальямова Л.М. виділяє такі психологічні проблеми, які тісно пов'язані з порушеннями харчової поведінки:

1. Его та когнітивні розлади. Через порушення стосунків «мати-дитина» у дитинстві формується дефіцит Его, нестача незалежності та контролю, що призводить до когнітивних розладів. Жінки втрачають здатність розпізнавати власні фізіологічні та емоційні потреби, що зумовлює потребу в надмірному контролі ваги та харчування.

2. Розлади настрою. У жінок із порушеннями харчової поведінки часто виявляються депресивні стани, песимізм, сором і зниження активності, що супроводжуються низьким рівнем серотоніну. Це підсилює схильність до розвитку анорексії та булімії та підтримує патологічну харчову поведінку.

3. Незадоволеність життям. Низька задоволеність життям, що часто поєднується з перфекціонізмом і низькою самооцінкою, має зворотний зв'язок

із індексом маси тіла: жінки з більшою вагою частіше незадоволені собою, що стимулює переїдання як спосіб отримання задоволення, створюючи замкнуте коло.

Отже, психологічні чинники відіграють вирішальну роль у формуванні харчової поведінки жінок, зумовлюючи як вибір продуктів, так і спосіб їх споживання. Негативне сприйняття власного тіла, емоційна нестабільність, підвищений рівень тривожності, депресивні стани, а також особистісні характеристики, такі як перфекціонізм та низька самооцінка, створюють передумови для розвитку порушень харчової поведінки. У багатьох випадках їжа використовується як спосіб подолання емоційного напруження або компенсації незадоволеності життям, що формує замкнуте коло між емоційними проблемами та нездоровим харчуванням. Розуміння психологічних факторів є необхідним для побудови ефективних програм психопрофілактики, відновлення здорових взаємин жінки зі своїм тілом та формування усвідомленої, адаптивної харчової поведінки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було проаналізовано теоретичні основи вивчення взаємозв'язку самосприйняття та харчової поведінки жінок. Розглянуто психологічну природу і структуру самосприйняття, його зв'язок з образом тіла та самооцінкою. Встановлено, що образ тіла є центральним компонентом самосприйняття, який суттєво впливає на особистісне благополуччя та може визначати схильність до адаптивних чи дезадаптивних моделей харчової поведінки.

Харчова поведінка жінок постає як багатовимірний феномен, що формується під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Біологічні фактори (генетичні, нейрохімічні, гормональні, епігенетичні) створюють фізіологічне підґрунтя для її особливостей, тоді як психологічні (тривожність, румінація, низька самооцінка, перфекціонізм)

виступають тригерами й механізмами підтримання дезадаптивних моделей. Соціальні та культурні впливи, особливо медіа й соціальні мережі, задають стандарти зовнішності, посилюють негативне самосприйняття та нормалізують харчові обмеження і контроль ваги як ознаку успішності.

Таким чином, самосприйняття є посередницьким чинником між зовнішніми впливами та внутрішніми механізмами регуляції харчової поведінки. Формування позитивного образу тіла, орієнтованого на прийняття, функціональність і турботу про себе, є необхідною умовою профілактики харчових розладів і збереження психічного здоров'я жінок. Отримані теоретичні висновки визначають перспективи подальших емпіричних досліджень і практичних психологічних інтервенцій, спрямованих на гармонізацію ставлення до власного тіла та нормалізацію харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОСПРИЙНЯТТЯ З ХАРОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Емпіричне дослідження становить ключовий етап у реалізації поставлених завдань магістерської роботи, оскільки воно дозволяє перевірити теоретичні положення та висунути гіпотези на основі фактичних даних. Спираючись на теоретичний аналіз першого розділу, ми можемо зробити висновок, що у сучасній психології проблема взаємозв'язку самосприйняття та харчової поведінки жінок набуває особливої актуальності, що зумовлено як зростанням поширеності порушень харчової поведінки, так і впливом соціокультурних чинників на формування уявлень про власне тіло. Недостатній рівень самоповаги, підвищена самооб'єктивація та занепокоєння зовнішністю часто виступають факторами ризику розвитку дезадаптивних форм харчової поведінки, що підтверджується численними дослідженнями.

Водночас комплексний аналіз психологічних змінних, що поєднують у собі когнітивно-оцінні, емоційні та поведінкові компоненти самосприйняття, потребує використання валідних і надійних психодіагностичних методик. Це дозволяє не лише виявити закономірності у співвідношенні образу тіла та харчової поведінки, але й окреслити потенційні медіатори та модератори цього взаємозв'язку.

Таким чином, у даному розділі представлено організацію та методичне забезпечення емпіричного дослідження, описано вибірку, обґрунтовано добір психодіагностичних інструментів, а також сформульовано гіпотези, які лягли в основу подальшого статистичного аналізу.

Для досягнення мети та завдань магістерського дослідження було використано комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик,

спрямованих на вивчення особливостей харчової поведінки, рівня самосприйняття та пов'язаних з цим особистісних характеристик жінок. На цьому етапі здійснювалась підготовка до процедури діагностики, яка включала в себе підготовку Гугл форми з раніше підібраними методиками, серед яких:

1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) (Додаток А).
2. Тест відношення до прийому їжі (ЕАТ-26) (Додаток Б).
3. Шкала самоповаги Розенберга (Додаток В).
4. Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха (Додаток Д).
5. Опитувальник дослідження прийняття тіла (Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) (Додаток Е)

Розглянемо детальніше методики, які були використані.

1. Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ) був розроблений голландськими психологами J. Van Strien та співавторами у 1986 році з метою діагностики особливостей регуляції харчової поведінки. Методика є однією з найбільш поширених у світовій практиці, оскільки дозволяє комплексно оцінити як адаптивні, так і дезадаптивні форми харчування.

Опитувальник складається з 33 тверджень, які об'єднані у три основні шкали:

1. Емоціогенна харчова поведінка (10 пунктів) – характеризує тенденцію вживати їжу у відповідь на негативні емоційні стани (тривогу, смуток, стрес тощо).

2. Екстернальна харчова поведінка (13 пунктів) – відображає схильність до прийому їжі під впливом зовнішніх стимулів (вигляд, запах, наявність їжі), незалежно від відчуття голоду.

3. Обмежувальна харчова поведінка (10 пунктів) – визначає схильність до свідомого контролю харчування, обмеження кількості та якості їжі з метою зниження ваги чи підтримання певних фізичних параметрів.

Респонденти оцінюють частоту прояву описаних ситуацій за 5-бальною шкалою: від «ніколи» (1 бал) до «дуже часто» (5 балів). Підрахунок результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за кожною шкалою та поділу на кількість пунктів, що дозволяє отримати середнє значення інтенсивності вираженості відповідного типу харчової поведінки.

DEBQ відзначається високими показниками надійності та валідності, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями у різних країнах. Методика активно використовується для вивчення закономірностей харчової поведінки, виявлення факторів ризику розвитку переїдання та розладів харчової поведінки, а також у прикладних психологічних і медичних дослідженнях.

2. Тест відношення до прийому їжі (EAT-26).

Дана методика є адаптацією міжнародного опитувальника Eating Attitudes Test (EAT), розробленого Інститутом психіатрії Кларка, Університет Торонто у 1979 році [66]. EAT-26 – один із найбільш широко застосовуваних інструментів для дослідження розладів харчової поведінки, включаючи нервову анорексію та нервову булімію.

Методика дозволяє визначити: наявність дисфункціональних моделей харчової поведінки; групу ризику розвитку розладів харчової поведінки; психоемоційні та поведінкові прояви, пов'язані з харчовою поведінкою.

Опитувальник складається з 26 тверджень, що описують ставлення людини до їжі, харчових звичок та поведінки щодо ваги. Респонденти оцінюють частоту прояву описаних переживань та поведінкових стратегій за шкалою Лайкерта (наприклад: ніколи, рідко, іноді, часто, дуже часто).

Підрахунок результатів: сумуються бали за всіма пунктами опитувальника (діапазон можливих балів залежить від варіанту шкали).

Критичний поріг – 20 балів: якщо сумарний бал ≥ 20 , це свідчить про високий ризик розвитку розладів харчової поведінки та потребу в додатковій клінічній або психологічній оцінці.

Методика відзначається високими показниками надійності та валідності, підтвердженими численними дослідженнями, та широко використовується в психологічних, клінічних та медичних дослідженнях для виявлення факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки.

3. Шкала самоповаги Розенберга (RSES). Шкала самооцінки, розроблена в 1965 р. соціологом Моррісом Розенбергом (Rosenberg Self-Esteem Scale, далі RSES), призначена для вимірювання глобальної самооцінки, під якою мають на увазі позитивне або негативне ставлення особистості до самої себе. Це різновид установки (атитюду), що містить когнітивну та емоційну складову. Автор підкреслює, самооцінка, відображена у шкалі, не означає усвідомлення власної досконалості або переваг над іншими – це загальне позитивне самоставлення, уявлення про себе як “достатньо хорошу” людину. Висока самооцінка передбачає стабільне почуття особистої цінності, самоприйняття, самоповагу, задоволеність собою, впевненість у власних силах. Низька самооцінка, навпаки, передбачає невдоволення, невіру в себе та неприйняття власного «Я» [66].

Самооцінка, виміряна за допомогою Шкали Розенберга, являє собою стійку установку людини стосовно самої себе, що поєднує когнітивні елементи (уявлення й судження про себе) із загальним емоційним ставленням до власної особистості (позитивним або негативним). Методика складається з десяти тверджень, половина з яких сформульовані позитивно, відображаючи почуття самоповаги й задоволеності собою, наприклад: «Я відчуваю себе важливою і цінною особистістю...»; інша половина відображає негативне ставлення до себе, наприклад: «Іноді я думаю, що в мені немає нічого хорошого». Респонденти оцінюють кожне твердження за допомогою чотирьох варіантів відповіді: “повністю не згоден”, «не згоден», «згоден» та «повністю згоден»

4. Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха

Ця методика є опитувальником, спрямованим на виявлення невдоволення образом власного тіла у людей, які мають порушення харчової

поведінки. Вона була розроблена О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою. З погляду авторів опитувальника, оцінний компонент ставлення до тіла відображає: глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, виглядом тіла, конкретними його частинами); емоції та почуття, пов'язані із зовнішнім виглядом; когнітивний компонент, що охоплює переконання про зовнішність та схему тіла; певну поведінку, таку як уникання огляду себе у дзеркалі, зважування або відвідування тренажерних залів.

Опитувальник образу тіла (ООТ) є інструментом психометричного вимірювання, який дозволяє оцінити рівень незадоволеності зовнішністю як частини загального образу тіла. Психометричні властивості даного опитувальника роблять його придатним як для використання у популяційних дослідженнях у ролі скринінгового інструменту, так і для використання у клінічній практиці як допоміжного діагностичного тесту [39].

5. Шкала прийняття тіла (Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) [67]

Методика розроблена у США. Її автори – Tracy L. Tylka, Nichole L. Wood-Barcalow. Опитувальник призначений для дослідження позитивного ставлення людини до власного тіла, рівня поваги та турботи про нього, незалежно від соціальних або медійних стандартів зовнішності. Методика дозволяє комплексно оцінити когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти прийняття тіла, що робить її корисною для досліджень психоемоційного стану та факторів самоповаги.

Опитувальник складається з 10 тверджень, які описують типові переживання та поведінку, пов'язані з тілом та ставленням до власної зовнішності. Твердження можна об'єднати у три основні напрямки:

1. Когнітивний аспект – відображає думки та переконання респондента щодо власного тіла (наприклад, усвідомлення унікальних характеристик тіла, прийняття його недоліків).

2. Емоційний аспект – характеризує позитивні емоції та ставлення до власного тіла (любов, повага, задоволення).

3. Поведінковий аспект – визначає дії та стратегії, що демонструють турботу та повагу до тіла (уважність до потреб тіла, активний догляд, комфорт у власному тілі).

Респонденти оцінюють частоту прояву описаних переживань за 5-бальною шкалою: 1 – Ніколи, 2 – Рідко, 3 – Іноколи, 4 – Часто, 5 – Завжди

Підрахунок результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за всіма пунктами (діапазон від 10 до 50 балів).

Вищі бали свідчать про високий рівень прийняття тіла та позитивне ставлення до нього. Нижчі бали – про низький рівень прийняття, критичне або нейтральне ставлення до власного тіла.

Методика відзначається високими показниками надійності та валідності, підтвердженими численними дослідженнями. Опитувальник широко використовується у психологічних дослідженнях, клінічній практиці та прикладних медичних дослідженнях для оцінки ставлення до тіла, самооцінки та факторів психоемоційного благополуччя.

Дизайн дослідження

Визначення мети та завдань

Метою дослідження є виявлення взаємозв'язків між показниками самосприйняття (самоповагою, образом тіла, рівнем прийняття тіла) та особливостями харчової поведінки жінок, включаючи ризик розвитку розладів харчової поведінки.

Завдання дослідження передбачають:

1.Перевірку гіпотез про прямі зв'язки між самоповагою, образом тіла, прийняттям тіла та харчовою поведінкою;

2.Аналіз медіаційних ефектів образу тіла та прийняття тіла у зв'язках між самоповагою та харчовою поведінкою.

Формування вибірки: у дослідженні брали участь жінки від 16 до 58 років. Добір респонденток здійснювався за принципом добровільної участі шляхом онлайн-опитування (Google Forms). Перед початком кожна учасниця

отримувала інформацію про мету та умови дослідження і надавала інформовану згоду. Участь була повністю анонімною.

Вибір методичного інструментарію. Для збору даних застосовувався комплекс валідних психодіагностичних методик:

Шкала самоповаги Розенберга (RSES) – оцінка рівня глобальної самооцінки.

Опитувальник образу тіла (ООТ; адаптація О.О. Скугаревського, С.В. Сивухи) – вимірювання рівня незадоволеності тілом, критичності та негативного ставлення до зовнішності.

Шкала прийняття тіла BAS-2 – визначення позитивного ставлення до тіла, поваги та турботи про нього.

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) – оцінка трьох типів харчової поведінки: емоційної, екстернальної та обмежувальної.

Тест ставлення до прийому їжі (EAT-26) – скринінг ризику розладів харчової поведінки.

Процедура збору даних

Респонденткам пропонувалося послідовно заповнити опросник:

На початку респонденткам пропонувалося відповісти на кілька базових запитань:

Вік (у роках).

Самооцінка харчової поведінки (наскільки, на думку респондентки, її харчова поведінка є здоровою, контрольованою чи проблемною).

Самооцінка ставлення до тіла:

1. Чи задоволені Ви своїм тілом загалом?
2. Як Ви оцінюєте своє ставлення до власної зовнішності (позитивне / нейтральне / негативне)?
3. Чи хотіли б Ви змінити щось у своєму тілі? Якщо так – що саме?

Цей блок мав на меті зібрати загальні відомості про учасниць та зафіксувати їхні суб'єктивні уявлення про власне тіло та харчову поведінку.

Отримані дані використовувалися для опису вибірки та для зіставлення з результатами стандартизованих методик.

Далі йшли опитувальники DEBQ, EAT-26, шкала самоповаги Розенберга, Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха та BAS-2. Участь була добровільною, усі відповіді зберігалися конфіденційно. Після збору даних проводилася перевірка на повноту та коректність заповнення: контроль пропущених відповідей, виявлення аномальних значень у шкалах та антропометричних показниках.

Концептуальна модель емпіричного дослідження

Ідея: самосприйняття жінок (самоповага, образ тіла, прийняття тіла) пов'язане з харчовою поведінкою (типи регуляції, ризик порушень).

Очікувані зв'язки:

Нижча самоповага (RSES) → вища ймовірність ПХП (DEBQ).

Нижча самоповага (RSES) → нижче прийняття тіла (BAS-2).

Вища незадоволеність тілом (ООТ) → більше емоційне / екстернальне / обмежувальне харчування (DEBQ).

Нижче прийняття тіла (BAS-2) → вище значення EAT-26 (ризик розладів харчової поведінки).

Образ тіла (ООТ) та прийняття тіла (BAS-2) виступають медіаторами між самоповагою і показниками DEBQ / EAT-26.

Для перевірки висунутої моделі емпіричного дослідження було визначено основні змінні, що відображають взаємозв'язок між самосприйняттям жінок (самоповагою, образом і прийняттям тіла) та особливостями їхньої харчової поведінки (типами регуляції й ризиком розладів). У дослідженні використано стандартизовані психодіагностичні методики, спрямовані на вимірювання кожного з визначених конструктів. Загальну характеристику змінних та інструментів подано в табл. 2.1.

Змінні та інструменти емпіричного дослідження

| Конструкт | Інструмент | Що вимірює | Підшкали / бал | Інтерпретація |
|--------------------|--|---|---|----------------------------------|
| Самоповага | Шкала самоповаги Розенберга (RSES) | Глобальна самооцінка | 10 пунктів, 4-бальна шкала; сумарний бал | Вищий бал = вища самоповага |
| Образ тіла | Опитувальник образу тіла (Скугаревський, Сивуха) | Незадоволеність зовнішністю, критичне ставлення до тіла | Субшкали: глобальна оцінка, емоції, когніції, поведінка | Вищий бал = більше незадоволення |
| Прийняття тіла | Шкала прийняття тіла BAS-2 | Позитивне ставлення до власного тіла, повага, турбота | 10 пунктів, 5-бальна шкала; сума (10–50) | Прийняття тіла |
| Харчова поведінка | Опитувальник харчової поведінки DEBQ | Типи регуляції харчування | Обмежувальна / Емоційна / Екстернальна; 5-бальна; суми по підшкалах | Харчова поведінка |
| Ризик РХП | Тест відношення до прийому їжі EAT-26 | Скринінг порушень харчування | 26 пунктів; сумарний бал; критичне значення ≥ 20 | Ризик РХП |
| Контрольні питання | Вік | — | — | Контрольні питання |

Таким чином, добір змінних та інструментів дослідження ґрунтується на теоретичній моделі, яка передбачає взаємозв'язок між самоповагою, образом і прийняттям тіла та типами харчової поведінки жінок. Використані методики дають змогу всебічно оцінити як когнітивно-емоційні аспекти самосприйняття, так і поведінкові прояви у сфері харчування, що забезпечує валідність і надійність емпіричного етапу роботи.

Гіпотези дослідження

Виходячи з теоретичної моделі дослідження, було сформовано низку гіпотез, що відображають очікувані зв'язки між показниками самоповаги, образом тіла, прийняттям тіла та характеристиками харчової поведінки жінок. Формулювання та структура гіпотез подані в табл. 2.2.

Г1. Зниження рівня самоповаги (за шкалою Розенберга, RSES) пов'язане зі зростанням незадоволеності власним тілом (за опитувальником образу тіла, OOT).

Г2. Нижчий рівень самоповаги (RSES) асоціюється зі зниженим рівнем прийняття власного тіла (за шкалою BAS-2).

Г3. Вища незадоволеність тілом (OOT) та нижчий рівень прийняття тіла (BAS-2) пов'язані з більш вираженими дезадаптивними формами харчової поведінки (емоційна, екстернальна, обмежувальна за DEBQ), а також із підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки (за результатами EAT-26).

Г4 (медіаційна гіпотеза). Вплив самоповаги (RSES) на показники харчової поведінки (DEBQ, EAT-26) опосередковується образом тіла (OOT) та рівнем прийняття тіла (BAS-2).

Таблиця 2.2.

Формування гіпотез дослідження

| № гіпотези | Формулювання | Змінні | Очікуваний зв'язок |
|---------------|---|--|------------------------------------|
| Г1 | Нижчий рівень самоповаги пов'язаний із вищою незадоволеністю тілом | RSES (самоповага) → OOT (образ тіла) | Зворотний зв'язок: ↓RSES → ↑OOT |
| Г2 | Нижчий рівень самоповаги асоціюється з нижчим рівнем прийняття тіла | RSES (самоповага) → BAS-2 (прийняття тіла) | Прямий зв'язок: ↓RSES → ↓BAS-2 |
| Г3 | Вища незадоволеність тілом і нижче прийняття тіла пов'язані з дезадаптивними формами харчової поведінки та підвищеним ризиком РХП | OOT (образ тіла), BAS-2 (прийняття тіла) → DEBQ (емоційна, екстернальна, обмежувальна), EAT-26 (ризик) | ↑OOT / ↓BAS-2 → ↑DEBQ, ↑EAT-26 |
| Г4 (медіація) | Вплив самоповаги на харчову поведінку опосередковується образом тіла та прийняттям тіла | RSES → (OOT, BAS-2) → DEBQ, EAT-26 | Медіаційна модель |

2.2. Аналіз результатів дослідження

Насамперед, зазначимо, що з інтерпретації результатів нашого дослідження слід враховувати, що поняття «розлади харчової поведінки» та «порушення харчової поведінки» різняться за своїм значенням. У нашому дослідженні брали участь умовно здорові жінки без клінічно встановленого діагнозу розладів, відповідно, у даному випадку мова може йти лише про наявність порушень харчової поведінки (ПХП) і про можливе визначення групи ризику розвитку розладів. В дослідженні прийняли участь 45 жінок віком від 16 до 58 років.

На початковому етапі дослідження було проведено аналіз суб'єктивних оцінок жінками власного тіла та харчової поведінки. Респонденткам пропонувалося відповісти на низку запитань, що відображають їхнє загальне ставлення до тіла, ступінь задоволеності зовнішністю та харчовими звичками.

Такі питання дозволяють отримати первинне уявлення про психологічний фон вибірки – рівень самоприйняття, наявність внутрішнього критицизму щодо тіла та усвідомлення харчових практик.

Отримані частотні розподіли відповідей подано у табл. 2.3.-2.6.

Таблиця 2.3.

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Наскільки ви задоволені своїм тілом загалом?»

| На скільки ви задоволені своїм тілом загалом? | Кількість респонденток | % від загальної кількості |
|---|------------------------|---------------------------|
| Важко сказати | 8 | 17.8% |
| Повністю задоволена | 3 | 6.7% |
| Скоріше задоволена | 16 | 35.6% |
| Скоріше не задоволена | 18 | 40.0% |

Таблиця 2.4.

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Чи хотіли б ви щось змінити у своєму тілі?»

| Чи хотіли б ви щось змінити у своєму тілі? | Кількість респонденток | % від загальної кількості |
|--|------------------------|---------------------------|
| Ні, все влаштовує | 4 | 8.9% |
| Так, деякі моменти | 31 | 68.9% |
| Так, дуже багато | 10 | 22.2% |

Таблиця 2.5.

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Наскільки ви задоволені своїми харчовими звичками?»

| Наскільки ви задоволені своїми харчовими звичками? | Кількість респонденток | % від загальної кількості |
|--|------------------------|---------------------------|
| Важко сказати | 5 | 11.1% |
| Зовсім не задоволена | 6 | 13.3% |
| Повністю задоволена | 2 | 4.4% |
| Скоріше задоволена | 14 | 31.1% |
| Скоріше не задоволена | 18 | 40.0% |

Таблиця 2.6.

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Чи вважаєте ви свій стиль харчування “правильним”(відповідним вашим особистим уявленням про здорове харчування)?»

| Чи вважаєте ви свій стиль харчування "правильним"? (відповідним вашим особистим уявленням про здорове харчування) | Кількість респонденток | % від загальної кількості |
|---|------------------------|---------------------------|
| Важко відповісти | 1 | 2.2% |
| Ні | 13 | 28.9% |
| Так | 6 | 13.3% |
| Частково | 25 | 55.6% |

Результати первинного аналізу свідчать про наявність помірного рівня незадоволеності тілом та харчовими звичками серед опитаних жінок.

Зокрема, більшість респонденток (понад 75%) зазначили, що хотіли б щось змінити у своєму тілі, а 40% прямо вказали на незадоволеність власною

зовнішністю. Лише незначна частка (6,7%) повідомила про повну задоволеність своїм тілом.

Подібна тенденція простежується і в оцінках харчової поведінки: 40% жінок скоріше не задоволені своїми харчовими звичками, тоді як лише 4,4% вважають їх повністю задовільними. При цьому понад половина (55,6%) респонденток оцінили свій стиль харчування як «частково правильний», що свідчить про певну невпевненість у власних харчових практиках.

Таким чином, можна зробити висновок, що у вибірці переважають тенденції до критичного ставлення до тіла та невпевненості у правильності харчової поведінки, що може бути потенційним чинником ризику формування порушень харчової поведінки. Ці результати узгоджуються з теоретичною моделлю дослідження, де образ тіла та рівень самоприйняття розглядаються як ключові психологічні предиктори адаптивності харчової поведінки.

На етапі аналізу психодіагностичних методик спочатку було здійснено розрахунок середніх значень за всіма шкалами, що застосовувалися для оцінки особливостей самосприйняття, образу тіла та характеристик харчової поведінки жінок.

До аналізу були включені такі показники: емоційна, екстернальна та обмежувальна харчова поведінка (за DEBQ); рівень самоповаги (RSES); ризик розладів харчової поведінки (EAT-26); опитувальник образу тіла та шкала прийняття тіла (BAS-2). Отримані середні значення представлені на рисунку 2.1.

Аналіз середніх значень за основними шкалами дозволяє детальніше охарактеризувати рівень вираженості досліджуваних показників у вибірці жінок (N = 45).

Характеристики харчової поведінки (DEBQ): емоційна харчова поведінка (M=2,66) – відповідає помірному рівню. Це означає, що емоції час від часу впливають на прийом їжі, зокрема у стресових чи неприємних ситуаціях. Екстернальна харчова поведінка (M = 3,14) – перебуває на підвищеному рівні, що свідчить про схильність реагувати на зовнішні харчові

стимули (запах, вигляд, доступність їжі), навіть без фізичного відчуття голоду. Обмежувальна харчова поведінка ($M = 2,84$) – помірний рівень, тобто спроби контролю раціону або обмеження калорій є, але не систематичні.

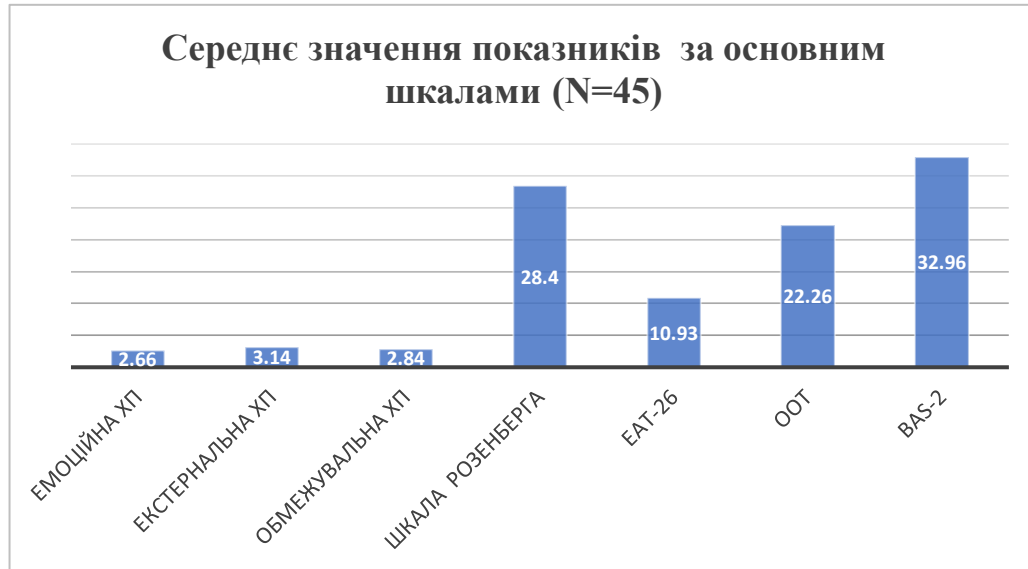


Рис. 2.1. Середнє значення показників за основними шкалами

Отже, середній профіль харчової поведінки свідчить про середню тенденцію до емоційного та ситуативного переїдання при частковому самоконтролі харчування.

Рівень самоповаги (RSES): середній бал 28,4 відповідає середньому рівню самоповаги (26–29). Це означає загалом позитивне ставлення до себе, однак із наявними сумнівами чи критичними моментами в самооцінці. Тобто, самоповага є достатньо стабільною, але не без ознак невпевненості у собі.

Ризик розладів харчової поведінки (ЕАТ-26): середній бал 10,93 < 20, що відповідає низькому ризику розвитку клінічно значущих розладів харчової поведінки. Проте, окремі респондентки можуть мати схильність до харчової тривожності чи епізодичних обмежень, що не досягають клінічного рівня.

Образ тіла (ООТ): середнє значення 22,26 потрапляє у межі підвищеного рівня занепокоєння тілом (21–32). Це означає, що більшість учасниць досить часто відчувають незадоволення своєю зовнішністю, що може впливати на емоційний стан і харчову поведінку.

Прийняття тіла (BAS-2): середній показник 32,96 відповідає середньому рівню прийняття тіла (20–34). Таким чином, жінки виявляють змішане ставлення до свого тіла – поєднання окремих позитивних рис із певною критикою чи порівняннями із соціальними стандартами.

Попередній висновок – отримані результати свідчать, що: у вибірці спостерігається помірний рівень самоповаги та середній рівень прийняття тіла; водночас зафіксовано підвищене занепокоєння зовнішністю, що може бути фактором ризику формування порушень харчової поведінки; середні показники харчової поведінки відображають тенденцію до ситуативного (емоційного чи екстернального) прийому їжі за наявності часткового самоконтролю; ризик клінічних розладів харчової поведінки низький, однак емоційні та образні чинники можуть підтримувати неадаптивні харчові звички.

Розглянемо кожну з психодіагностичних методик окремо, для більш глибокого аналізу результатів.

Першою методикою нашого дослідження був «Голландський опитувальник харчової поведінки». Результати якого представлені в табл. 2.7. та наочно відображені на рис. 2.2.

Таблиця 2.7.

Описова статистика підшкал DEBQ (N = 45)

| Підшкала | Середній бал (M) | Стандартне відхилення (SD) | Інтерпретація |
|--------------------------------|------------------|----------------------------|---|
| Обмежувальна харчова поведінка | 2.842 | 0.93 | помірний/підвищений контроль харчування |
| Емоційна харчова поведінка | 2.665 | 1.228 | помірна схильність до емоційного харчування |
| Екстернальна харчова поведінка | 3.14 | 0.677 | підвищена чутливість до зовнішніх харчових стимулів |

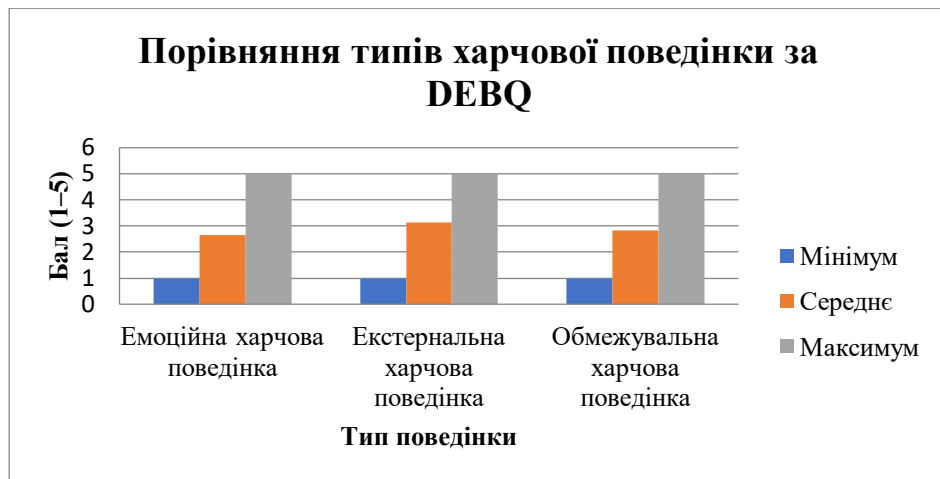


Рис. 2.2. Порівняння типів харчової поведінки за DEBQ

Можна зробити висновок, що найвищі значення спостерігаються за шкалою «Екстернальна харчова поведінка» ($M = 3.14$), що свідчить про підвищену чутливість учасниць до зовнішніх харчових стимулів (реклама, соціальний вплив). Емоційне харчування та обмежувальна поведінка проявляються помірно, що може вказувати на адаптивні механізми контролю харчової поведінки у більшості учасниць.

Наступною методикою нашого емпіричного дослідження став «Тест відношення до прийомів їжі EAT-26», результати якого представлені в табл. 2.8.

Таблиця 2.8.

Розподіл респонденток за рівнем ризику

| Категорія ризику | Кількість респонденток | Відсоток від загальної кількості (N=45) |
|------------------|------------------------|---|
| < 20 балів | 35 | 77,8 % |
| ≥ 20 балів | 10 | 22,2 % |

За результатами тесту EAT-26, більшість учасниць дослідження (77,8 %) продемонстрували низький рівень ризику можливих порушень харчової поведінки, що свідчить про в цілому збалансоване ставлення до прийому їжі та адекватне харчове самосприйняття.

Водночас 22,2 % респонденток мають підвищений рівень ризику, що може свідчити про наявність окремих ознак або тенденцій до порушення харчової поведінки. У таких випадках доцільним є проведення додаткової психологічної діагностики для глибшого розуміння індивідуальних особливостей ставлення до їжі та тіла.

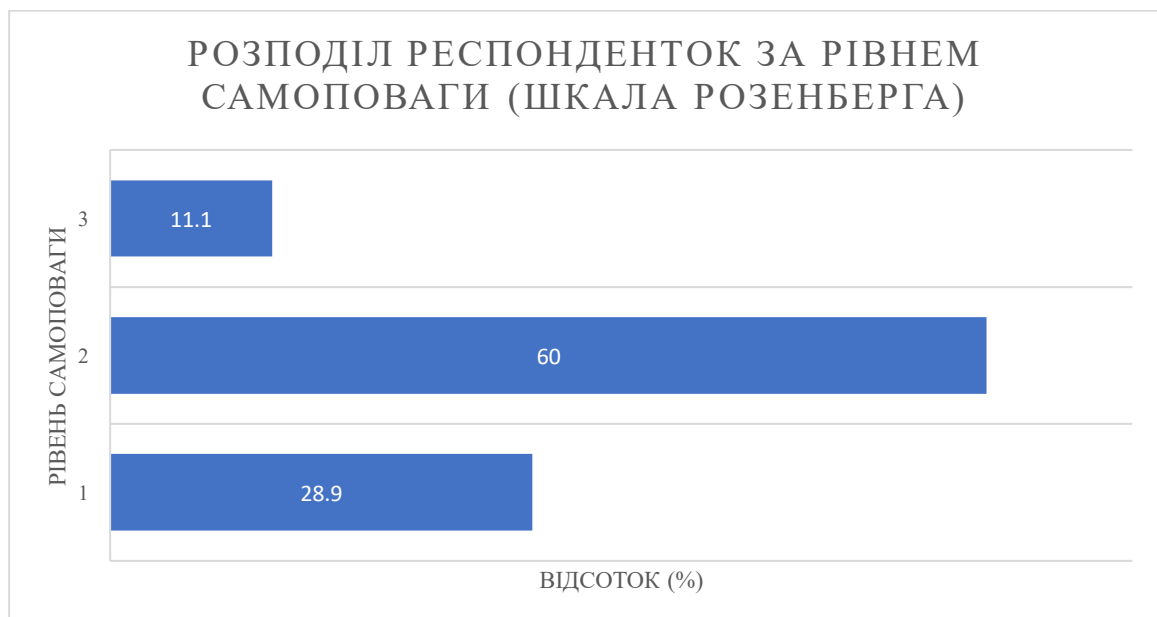
Таким чином, результати свідчать, що переважна частина опитаних жінок не має виражених труднощів у сфері харчової поведінки, однак певна частка вибірки потребує більш детального вивчення для своєчасного виявлення можливих відхилень і профілактики їх розвитку.

Наступним інструментом нашого дослідження стала методика «Шкала самоповаги Розенберга (RSES)» результати якої надані в табл. 2.9. та на рис. 2.3.

Таблиця 2.9.

Розподіл респонденток за рівнем самоповаги (шкала Розенберга, N=45)

| Рівень самоповаги | Кількість респонденток | Відсоток від загальної кількості |
|-------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Високий (30-40 б.) | 13 | 28,9 % |
| Середній (26-29 б.) | 27 | 60,0 % |
| Низький (≤ 25 б.) | 5 | 11,1 % |



(1- високий рівень самоповаги, 2 – середній рівень самоповаги, 3 – низький рівень самоповаги)

Рис. 2.3. Розподіл респонденток за рівнем самоповаги (шкала Розенберга)

Аналіз результатів за шкалою самоповаги Розенберга показав, що більшість респонденток (60,0 %) мають середній рівень самоповаги, який відображає загалом позитивне ставлення до себе при можливій наявності окремих сумнівів у власних якостях. Близько чверті учасниць (28,9 %) характеризуються високим рівнем самоповаги, що свідчить про стійке позитивне самосприйняття та впевненість у собі. Лише 5 осіб (11,1 %) продемонстрували низький рівень самоповаги, що може вказувати на занижену самооцінку, невпевненість або схильність до самокритики.

Отже, результати свідчать, що у вибірці переважають респондентки з адекватною або позитивною самооцінкою, тоді як незначна частина опитаних потребує психологічної підтримки з метою зміцнення почуття власної цінності та впевненості у собі.

Далі в дослідженні йшли методики – опитувальник образу тіла О.О. Скугаревського та С.В. Сивухи (ООТ) результати якого представлені в табл. 2.10.

Таблиця 2.10.

Розподіл респонденток за рівнем занепокоєння формою тіла

| Рівень занепокоєння | Кількість респонденток | Відсоток від загальної кількості |
|---------------------|------------------------|----------------------------------|
| Низький (0–10) | 16 | 35,6 % |
| Помірний (11–20) | 13 | 28,9 % |
| Підвищений (21–32) | 8 | 17,8 % |
| Високий (33–48) | 8 | 17,8 % |

Аналіз результатів за шкалою занепокоєння формою тіла показав, що найбільша частина респонденток (35,6%) має низький рівень занепокоєння власною зовнішністю, що свідчить про задоволення своєю фігурою та приймаюче ставлення до тіла. Близько третини жінок (28,9 %) продемонстрували помірний рівень занепокоєння, який можна розцінювати як нормативний прояв уваги до зовнішності без виражених негативних переживань.

Водночас 17,8% респонденток мають підвищений рівень занепокоєння, а ще 17,8 % – високий рівень, що може свідчити про часті негативні емоції щодо власного тіла, можливу невпевненість або надмірну критичність до зовнішності.

Отже, результати вказують, що переважна більшість опитаних жінок сприймають свою зовнішність позитивно або нейтрально, тоді як у частини вибірки спостерігається підвищене емоційне реагування на власну фігуру, що може впливати на самооцінку та поведінкові реакції.

Останнім інструментом нашого дослідження стала «Шкала прийняття тіла» (BAS-2). Нижче в табл. 2.11. наведені результати цієї методики.

Таблиця 2.11.

Розподіл респонденток за рівнем прийняття власного тіла (за шкалою BAS-2)

| Рівень прийняття тіла | Кількість респонденток | Відсоток від загальної кількості |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| Низький (10–19) | 7 | 15,6 % |
| Середній (20–34) | 16 | 35,6 % |
| Високий (35–50) | 22 | 48,9 % |

Аналіз результатів за шкалою прийняття тіла (BAS-2) показав, що майже половина опитаних жінок (48,9 %) мають високий рівень прийняття власного тіла, що свідчить про позитивне ставлення до своєї зовнішності, турботу про себе та повагу до індивідуальних особливостей.

Близько третини респонденток (35,6 %) продемонстрували середній рівень прийняття, для якого характерне змішане ставлення до зовнішності — поєднання загалом позитивного сприйняття із періодичними критичними переживаннями.

Невелика частина вибірки (15,6 %) має низький рівень прийняття тіла, що може вказувати на критичне або незадоволене ставлення до власної зовнішності, схильність до порівняння себе з іншими та знижену турботу про фізичне благополуччя.

Отже, загалом результати свідчать, що більшість жінок у вибірці позитивно сприймають своє тіло, демонструючи приймаюче й турботливе

ставлення до себе, хоча у частини респонденток зберігається тенденція до самокритичності у сфері зовнішності.

Порівняння результатів стандартизованих методик із суб'єктивними самооцінками респонденток виявило певні відмінності у сприйнятті власного тіла та харчових звичок. Хоча за результатами психодіагностичних шкал більшість показників перебуває в межах помірному або адаптивного рівня, відповіді на прямі запитання свідчать про значно вищий рівень незадоволеності зовнішністю та прагнення змінити власне тіло.

Такі розбіжності можуть пояснюватися впливом фактора соціальної бажаності відповідей. Респондентки могли несвідомо надавати «правильні» або соціально схвалювані відповіді, орієнтуючись на уявлення про те, яким має бути «здорове» ставлення до тіла та харчування. Це могло призвести до заниження проявів емоційного напруження і незадоволеності собою у результатах тестових методик.

Таким чином, можна зробити висновок, що реальний рівень критичного ставлення до власного тіла серед жінок може бути вищим, ніж це відображено у стандартизованих результатах. Виявлена тенденція свідчить про наявність соціального тиску щодо відповідності певним еталонам привабливості та «здорового способу життя», що зумовлює спотворення самооцінки та підвищує ризик формування порушень харчової поведінки.

Наступним кроком нашого дослідження було проведення кореляційного аналізу для виявлення зв'язку між самооцінкою, сприйняттям тіла та харчовими звичками. В табл. 2.12. наведені дескриптивні показники змінних емпіричного дослідження, а в табл. 2.13. кореляційні зв'язки між показниками самооцінки, самосприйняття та харчової поведінки ($r, p \leq 0,05$).

Дескриптивні показники змінних емпіричного дослідження взаємозв'язку самооцінки, прийняття тіла та харчової поведінки жінок (N=45)

| Змінна | M (середнє) | SD (стандартне відхилення) | Діапазон |
|--|-------------|----------------------------|----------|
| RSES — самооцінка (Розенберг) | 55,33 | 13,4 | 0–71 |
| DEBQ — емоційна харчова поведінка | 2,67 | 1,23 | 1,0–5,0 |
| DEBQ — екстернальна харчова поведінка | 3,14 | 0,68 | 1,0–5,0 |
| DEBQ — обмежувальна харчова поведінка | 2,84 | 0,93 | 1,0–5,0 |
| EAT-26 — ризик порушень харчової поведінки | 14,8 | 7,6 | 5–36 |
| ООТ — занепокоєння тілом | 18,7 | 10,1 | 0–48 |
| BAS-2 — прийняття тіла | 34,9 | 7,8 | 10–50 |

Таблиця 2.13.

Кореляційні зв'язки між показниками самооцінки, самосприйняття тіла та харчової поведінки (r , $p \leq 0,05$)

| Показники | r (коефіцієнт кореляції Пірсона) | Напрямок зв'язку | Інтерпретація |
|------------------------|------------------------------------|------------------|--|
| RSES ↔ BAS-2 | 0,682 | Прямий | Вища самоповага пов'язана з більшим прийняттям власного тіла |
| RSES ↔ ООТ | -0,542 | Зворотний | Низька самооцінка супроводжується більшою тривогою щодо форми тіла |
| RSES ↔ EAT-26 | -0,486 | Зворотний | Низька самоповага пов'язана з підвищеним ризиком порушень харчової поведінки |
| RSES ↔ DEBQ (емоційна) | -0,588 | Зворотний | Низька самооцінка корелює з емоційним переїданням |

Продовж.табл.2.13

| | | | |
|---------------------------|--------|-----------|---|
| BAS-2 ↔ OOT | -0,721 | Зворотний | Високе прийняття тіла знижує рівень занепокоєння зовнішністю |
| BAS-2 ↔ EAT-26 | -0,515 | Зворотний | Чим нижче прийняття тіла, тим вищий ризик неадаптивної харчової поведінки |
| BAS-2 ↔ DEBQ (емоційна) | -0,447 | Зворотний | Низьке прийняття тіла пов'язане з емоційним споживанням їжі |
| OOT ↔ EAT-26 | 0,631 | Прямий | Сильне занепокоєння тілом підвищує ризик харчових порушень |
| OOT ↔ DEBQ (обмежувальна) | 0,412 | Прямий | Незадоволення тілом стимулює схильність до дієтичних обмежень |

Отримані результати демонструють статистично значущі зв'язки між самооцінкою, прийняттям тіла та особливостями харчової поведінки жінок. Виявлено, що:

1. Висока самоповага та позитивне ставлення до власного тіла виступають захисними факторами, що зменшують ризик емоційного переїдання та обмежувальної харчової поведінки.

2. Занижена самооцінка пов'язана із зростанням занепокоєння зовнішністю та схильністю до неадаптивних харчових моделей, таких як переїдання або суворе контролювання споживання їжі.

3. Низьке прийняття тіла та висока тривога щодо власної форми корелюють із збільшенням показників за шкалами EAT-26 та DEBQ, що вказує на можливі ризики формування негармонійного ставлення до харчування.

Таким чином, самооцінка та образ тіла є ключовими психологічними чинниками регуляції харчової поведінки. Позитивне самосприйняття сприяє більш стабільним емоційним реакціям і здоровішим харчовим звичкам, тоді як невпевненість у собі й негативне ставлення до власного тіла можуть підвищувати вразливість до дезадаптивних харчових стратегій.

Отримані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, які підтверджують, що самоповага та прийняття тіла виконують роль буфера між соціальним тиском на зовнішність та розвитком проблем харчової поведінки у жінок.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволяє стверджувати, що самооцінка та ставлення жінки до власного тіла виступають ключовими психологічними чинниками, які визначають особливості її харчової поведінки.

Отримані дані свідчать, що:

– Висока самоповага та прийняття тіла пов'язані з більш гармонійним ставленням до їжі, меншою схильністю до емоційного чи обмежувального переїдання та нижчим рівнем тривоги щодо зовнішності.

– Низький рівень самооцінки та незадоволення власною зовнішністю корелюють із вищими показниками ризику неадаптивної харчової поведінки за шкалами EAT-26 і DEBQ, що може свідчити про потенційну вразливість до формування порушень.

– Занепокоєння тілом виявилось одним із найсильніших предикторів ризику негармонійного харчування, тоді як позитивне прийняття тіла виступає важливим захисним фактором.

Таким чином, результати підтверджують, що розвиток адекватної самооцінки, формування позитивного образу тіла та прийняття власної зовнішності є центральними напрямками психологічної профілактики дезадаптивних харчових моделей у жінок.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ ШЛЯХИ ГАРМОНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОСПРИЙНЯТТЯ З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК

3.1. Психотерапевтичні підходи до розвитку адаптивного самосприйняття та корекції харчової поведінки

Результати теоретичного та емпіричного аналізу, представлені у попередніх розділах, засвідчили, що самосприйняття, образ тіла та рівень самооцінки відіграють ключову роль у формуванні харчової поведінки жінок. Негативне ставлення до власного тіла, самокритичність, перфекціонізм і низьке прийняття себе тісно пов'язані з розвитком дезадаптивних моделей харчування — емоційного переїдання, надмірного контролю за калоріями, почуття провини після споживання їжі. Водночас позитивне самосприйняття, самопідтримка та прийняття власної тілесності виступають важливими захисними факторами, що сприяють гармонізації ставлення до їжі та тіла.

У зв'язку з цим особливого значення набуває розробка та впровадження психотерапевтичних підходів, спрямованих на розвиток адаптивного самосприйняття, формування позитивного образу тіла та відновлення здорових патернів харчування. Сучасна психотерапевтична практика пропонує низку ефективних методів, які довели свою результативність у роботі з порушеннями харчової поведінки та проблемами тілесного невдоволення.

До таких підходів належать когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що спрямована на зміну деструктивних переконань про тіло та їжу, діалектико-поведінкова терапія (ДПТ), яка розвиває навички емоційної стабільності, практика самоспівчуття за Крістін Нефф, яка сприяє формуванню доброзичливого ставлення до себе, а також мотиваційне інтерв'ювання, орієнтоване на підвищення внутрішньої готовності до змін і розвиток усвідомленої турботи про себе.

Отже, у цьому підрозділі буде розглянуто провідні психотерапевтичні концепції, техніки та методи, спрямовані на розвиток адаптивного самосприйняття жінок і корекцію дезадаптивних моделей харчової поведінки. Особлива увага приділятиметься інтеграції когнітивно-поведінкових, емоційно-регуляційних та гуманістичних підходів як основи комплексної психологічної допомоги. Подальший виклад зосереджено на аналізі основних сучасних психотерапевтичних підходів, що зарекомендували себе як ефективні засоби розвитку адаптивного самосприйняття та корекції харчової поведінки. Кожен із розглянутих напрямів має власні теоретичні засади, специфіку психотерапевтичної взаємодії та методи роботи з проблемою прийняття тіла і харчових звичок.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [19] є одним із найпоширеніших методів психологічної допомоги при порушеннях харчової поведінки. Її головна мета – змінити дисфункціональні переконання та автоматичні думки, які лежать в основі негативного самосприйняття. Дослідження показують, що в процесі застосування практик КПТ у жінок знижується рівень тілесної незадоволеності, нормалізуються харчові звички, а самооцінка стає більш стабільною та автономною від зовнішніх стандартів [70].

Робота в межах КПТ передбачає декілька ключових етапів: когнітивна реструктуризація – виявлення ірраціональних переконань і формування більш збалансованих суджень про себе та власне тіло; поведінкова активація – поступове впровадження нових форм поведінки, що не базуються на самокритиці чи униканні (наприклад, соціальна активність незалежно від ваги); робота з тілесним образом – навчання навичкам прийняття власного тіла через усвідомлене спостереження, тілесно-орієнтовані вправи, ведення «щоденника позитивних якостей»; формування усвідомленого харчування – спостереження за процесом їжі без почуття провини, оцінки чи контролю.

На початковому етапі терапії особлива увага приділяється когнітивній реструктуризації, адже саме вона дозволяє ідентифікувати ключові

викривлення мислення, які підтримують дезадаптивну харчову поведінку та негативне ставлення до себе. Приклад роботи з типових когнітивних викривлень у контексті харчової поведінки подано в табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Реструктуризація когнітивних викривлень пов'язаних з харчовою поведінкою

| Когнітивне викривлення | Реструктуризація/рефреймінг |
|--|---|
| Чорно-біле мислення (або повна досконалість або повний провал) «Я не можу їсти їжу в якій є жир» | «Я можу з'їсти трохи жирної їжі. Жир містить жиророзчинні вітаміни та незамінні жирні кислоти. Вживання жиру не означає що я стану товстою» |
| Катастрофічне мислення (перебільшення значення однієї єдиної події) «Якщо я з'їм солодке, усе зруйнується» | «Один десерт не впливає на моє здоров'я чи зовнішність. Головне – загальний баланс і стабільність, а не окремі випадки» |
| Самоздійснюване пророцтво – переконання, що негативний результат неминучий: «Я все одно зірвуся, бо завжди так роблю» | «Минулий досвід не визначає майбутнє. Я можу змінювати свої звички поступово, крок за кроком» |
| Песимістичне мислення – очікування гіршого результату незалежно від обставин: «Мені все одно не вдасться полюбити себе» | «Зміни потребують часу. Якщо я докладатиму зусиль послідовно, результат обов'язково буде» |
| Індивідуалізація – схильність приписувати собі надмірну відповідальність за все: «Це моя вина, що я виглядаю не так, як треба» | «Багато чинників впливають на зовнішність – генетика, вік, спосіб життя. Я роблю найкраще, що можу для свого здоров'я» |
| Твердження «повинна/мушу» – надмірні вимоги до себе: «Я повинна завжди їсти правильно і контролювати вагу» | «Я можу дозволяти собі гнучкість і задоволення. Турбота про себе не означає жорсткий контроль, а усвідомлений вибір» |
| Мислення «це не моя провина» – уникнення відповідальності: «Я переїдаю, бо мене провокують інші» | «Я не можу контролювати поведінку інших, але можу відповідати за свої реакції й турботу про власні потреби» |
| Знецінення позитивного – ігнорування власних досягнень: «Друзі кажуть, що я виглядаю здоровою, але я почуваю себе товстою» | «Я дійсно почуваю себе здоровою та енергійною. Відчуття себе товстою- це не те як я насправді виглядаю» |
| Порівняння себе з іншими – постійна оцінка себе через призму чужих стандартів: «Інші виглядають краще, тому я гірша» | «Кожна людина унікальна. Моє тіло – не змагання, а відображення мого життя, досвіду та турботи про себе» |
| Гіперузагальнення – висновок на основі одного випадку: «Всі вуглеводи призводять до набору маси» | «Ніяка їжа не робить мене товстою» |

Аналіз наведених когнітивних викривлень засвідчує, що дезадаптивна харчова поведінка жінок часто ґрунтується на ірраціональних переконаннях,

жорстких вимогах до себе та негативному самосприйнятті. Такі мисленнєві схеми, як чорно-біле або катастрофічне мислення, схильність до самозвинувачення, порівняння себе з іншими чи знецінення власних досягнень, підтримують почуття провини, тривогу й незадоволення тілом, що, своєю чергою, посилює ризик неадаптивних харчових моделей.

Процес когнітивної реструктуризації у межах когнітивно-поведінкової терапії дозволяє клієнткам ідентифікувати деструктивні автоматичні думки, критично їх переосмислити та замінити на більш реалістичні, прийнятні та підтримувальні переконання. Завдяки цьому формується більш гнучке й доброзичливе ставлення до себе, зменшується рівень самокритики, а харчова поведінка стає більш усвідомленою, збалансованою та адаптивною.

Таким чином, робота з когнітивними викривленнями є центральним механізмом впливу КПТ у розвитку позитивного самосприйняття жінок і профілактиці дезадаптивних харчових звичок.

Проте, коли жінка з деструктивними харчовими звичками пригнічена тривогою, вона не в змозі використовувати когнітивну реструктуризацію, щоб кинути виклик ірраціональним думкам. В таких випадках слід сконцентруватися на том, щоб допомогти змінити поведінку. Поведінкова активація є важливим компонентом когнітивно-поведінкової терапії, який спрямований на відновлення активної життєвої позиції, зменшення унікальної поведінки та формування позитивного досвіду через дію. Цей підхід ґрунтується на припущенні, що негативне самосприйняття, почуття провини або сорому за власне тіло часто ведуть до пасивності, ізоляції та звуження життєвого простору. Унаслідок цього формується замкнене коло: чим менше жінка бере участь у соціальному чи приємному дозвіллі, тим більше посилюється її невдоволення собою й унікальна харчова поведінка (емоційне переїдання, обмеження їжі, контроль ваги як спосіб компенсації).

Поведінкова активація передбачає поступове впровадження нових форм поведінки, які не базуються на самокритиці, униканні чи спробі «заслужити» прийняття. Вона спрямована на розширення поведінкового репертуару – тобто

включення в життя дій, які приносять задоволення, підтримують почуття компетентності та формують новий, позитивний досвід самосприйняття.

Приклади застосування поведінкової активації у контексті харчової поведінки:

– соціальна активність незалежно від ваги чи зовнішності: відвідування подій, зустріч із подругами, участь у хобі, навіть якщо раніше це уникалося через сором за тіло.

– тілесно-позитивна фізична активність: прогулянки, йога, плавання, танці, які обираються не для “спалення калорій”, а для задоволення та турботи про себе.

– планування приємних справ: створення “календаря задоволення” або “тижня радості”, де жінка щодня виконує хоча б одну діяльність, що приносить позитивні емоції.

– маленькі кроки до самоприйняття: наприклад, носити зручний одяг, у якому комфортно; дозволити собі фотографуватися; подивитися у дзеркало без осуду.

– зниження унікальної поведінки: поступове відвідування місць чи ситуацій, які раніше викликали тривогу (пляж, тренажерний зал, ресторан), з фокусом на власних відчуттях, а не на оцінці з боку інших.

Такі дії допомагають жінці повернути контроль над життям, відчути зв'язок із власними цінностями (наприклад, здоров'я, свобода, близькість, розвиток), а не зосереджуватись лише на зовнішності чи вазі. Згідно з емпіричними дослідженнями, поведінкова активація сприяє зниженню рівня депресивності, підвищенню самооцінки та стійкому покращенню харчової поведінки, оскільки фокус уваги зміщується від самокритики до досвіду, пов'язаного з реальним задоволенням і самопідтримкою.

Проте лише відновлення активності та позитивного досвіду недостатньо для повноцінного формування адаптивного самосприйняття. У багатьох жінок глибинним джерелом емоційного дискомфорту та порушень харчової поведінки залишається викривлений або негативний образ власного тіла, який

підтримує відчуття неповноцінності та занижену самооцінку. Навіть за умови зменшення самокритики та розширення поведінкової активності, внутрішнє неприйняття свого тіла може зберігатися й надалі відтворювати неадаптивні харчові патерни.

Саме тому наступним важливим напрямом у межах когнітивно-поведінкової терапії є робота з тілесним образом, яка передбачає навчання навичкам прийняття власного тіла, розвиток уважності до тілесних відчуттів і формування емоційно доброзичливого ставлення до себе. Цей процес спрямований не на зміну зовнішності, а на перебудову ставлення до тіла – від оцінювального до приймаючого, від контролю до турботи.

Робота з тілесним образом є центральним напрямом когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях харчової поведінки, оскільки саме викривлене сприйняття власного тіла часто лежить в основі емоційного дискомфорту, самоосуду та дезадаптивних харчових моделей. Негативний образ тіла формується під впливом соціокультурних стандартів, порівнянь із іншими, досвіду критики або власної самокритичності. У результаті жінка схильна сприймати себе не як цілісну особистість, а крізь призму зовнішності, що підсилює відчуття невідповідності й тривоги.

Психотерапевтична робота у цьому напрямі спрямована на формування прийняттого, реалістичного і турботливого ставлення до власного тіла. Основна мета – допомогти клієнтці навчитися спостерігати за тілесними відчуттями без осуду, відновити контакт із тілом як із частиною себе, а не об'єктом оцінки. Через цей процес жінка поступово розвиває усвідомленість, вдячність до власного тіла та здатність бачити його функціональність, а не лише зовнішні параметри.

Приклади технік і підходів до роботи з тілесним образом:

– усвідомлене спостереження за тілом: практика уважного ставлення до тілесних відчуттів – наприклад, щоденне коротке сканування тіла або дихальна медитація з фокусом на прийнятті фізичних сигналів без оцінки.

– тілесно-орієнтовані вправи: м'яке розтягування, дихальні практики, рухи під музику, контакт із тілом через дотик або відчуття комфорту – для відновлення зв'язку між тілом і емоціями.

– ведення «щоденника позитивних якостей тіла»: щоденне фіксування трьох аспектів, за які клієнтка вдячна своєму тілу (наприклад: «мої ноги дають мені можливість гуляти», «я вдячна своєму тілу за витривалість», «я почуваюся спокійно, коли глибоко дихаю»).

– практика дзеркального прийняття: робота перед дзеркалом із фокусом на нейтральному, а згодом – доброзичливому спостереженні за собою; заміна критичних висловлювань словами підтримки.

– робота з фотографіями або автопортретом: перегляд власних фото не для порівняння, а для усвідомлення реальних рис, життєвого досвіду, сили та автентичності власного тіла.

Такі методи сприяють зниженню тілесного незадоволення, зменшенню самокритики й тривожності, а також відновленню відчуття довіри до свого тіла. Через усвідомлене прийняття формується позитивний тілесний образ, який стає основою гармонійного самосприйняття та стабільної харчової поведінки.

Робота з тілесним образом створює основу для відновлення цілісного сприйняття себе, де тіло перестає бути об'єктом оцінки й стає джерелом відчуттів, досвіду та турботи. Проте навіть після формування більш прийняттого ставлення до власного тіла важливо перенести це ставлення у щоденну взаємодію з їжею. Часто саме під час прийому їжі знову активуються автоматичні патерни самокритики, почуття провини або надмірного контролю, що може нівелювати результати попередньої терапевтичної роботи.

Наступним кроком у розвитку адаптивного самосприйняття стає формування усвідомленого харчування – підходу, який базується на уважному спостереженні за процесом їжі, власними відчуттями голоду та насичення, емоційним станом під час споживання їжі. Усвідомлене харчування

передбачає відмову від оцінок, провини чи контролю, натомість формує довіру до сигналів власного тіла та здатність реагувати на них з позиції прийняття.

Цей підхід допомагає жінкам розірвати автоматичні цикли переїдання чи обмеження, відновити природну регуляцію апетиту та зменшити тривогу, пов'язану з харчуванням. Таким чином, усвідомлене харчування виступає завершальною ланкою у системі когнітивно-поведінкової роботи, що поєднує мислення, поведінку й тілесне відчуття у напрямі до цілісного й приймаючого самосприйняття.

Отже, когнітивно-поведінковий підхід є ефективним напрямом психотерапевтичної корекції дезадаптивної харчової поведінки та розвитку позитивного самосприйняття жінок. Його основою виступає усвідомлення взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою, що дозволяє змінювати не лише окремі харчові звички, а й глибинні переконання щодо себе та власного тіла.

Ключові методи КПТ – когнітивна реструктуризація, поведінкова активація, робота з тілесним образом і формування усвідомленого харчування – забезпечують поетапне формування нових моделей мислення й поведінки. Вони сприяють зниженню рівня тривоги, самокритики та незадоволення тілом, відновлюють довіру до власних тілесних відчуттів і формують більш збалансоване ставлення до їжі.

Завдяки цьому когнітивно-поведінкова терапія не лише зменшує прояви неадаптивних харчових моделей, а й допомагає жінці розвинути цілісне, приймаюче й турботливе ставлення до себе, що є основою психологічного благополуччя та профілактики розладів харчової поведінки.

4. Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) [20], розроблена М. Лінеган, поєднує когнітивно-поведінкові техніки з принципами усвідомленості, прийняття та балансу між зміною і самоприйняттям. Перший посібник з ДПТ був опублікований в 1993 році і був заснований на припущенні, що людям з проблемною поведінкою бракує навичок для регуляції емоцій, толерантності до стресу та внесення змін у поведінку. «Діалектика» в ДПТ – це баланс між

прийняттям та змінами. ДПТ припускає, що людина використовує свою проблемну поведінку для вирішення зрозумілих короткотривалих проблем, але в довгостроковій перспективі ця поведінка посилює проблему. Для багатьох жінок деструктивна харчова поведінка може здаватися єдиним способом впоратися з емоціями, які пригнічують. За допомогою ДПТ деструктивні харчові звички можна замінити на більш прийнятні адаптивні реакції. У результаті застосування ДПТ формується діалектичний баланс між самоприйняттям і прагненням до змін, що дозволяє жінкам ставитися до себе з більшою повагою та зменшує потребу компенсувати емоційний дискомфорт через їжу [71]. ДПТ особливо ефективна для жінок, у яких харчова поведінка є способом регуляції інтенсивних емоцій – тривоги, провини, самотності чи сорому.

Ключові етапи ДПТ: усвідомленість – навчання бути присутнім у моменті, спостерігати за своїми думками, емоціями та тілесними відчуттями без осуду, це знижує автоматичність харчових реакцій і допомагає відчутти справжній фізіологічний голод і насичення; толерантність до дистресу – розвиток здатності витримувати емоційний дискомфорт без використання їжі як способу уникнення; емоційна регуляція – навчання розпізнаванню власних емоцій та використанню конструктивних стратегій їх проживання (наприклад, самопідтримка, релаксаційні техніки, комунікація); міжособистісна ефективність — підвищення впевненості у спілкуванні, зниження залежності самооцінки від оцінок інших.

Одним із центральних елементів діалектико-поведінкової терапії є усвідомленість – здатність зосереджувати увагу на теперішньому моменті з позиції прийняття, відкритості та безоцінного спостереження [72]. У контексті харчової поведінки ця навичка допомагає клієнтці відновити контакт із власними тілесними відчуттями, розпізнавати справжні фізіологічні сигнали голоду й насичення, а також виявляти емоційні тригери, які часто помилково інтерпретуються як «потреба в їжі» [73].

Практика усвідомленості знижує автоматичність харчових реакцій – коли жінка їсть під впливом стресу, тривоги або сорому, не помічаючи справжніх мотивів поведінки. Замість імпульсивного реагування формується пауза спостереження: клієнтка вчиться помічати свої думки («Я зараз хочу їсти, бо мені сумно») та тілесні сигнали («чи дійсно я відчуваю фізичний голод?»), що сприяє більш усвідомленому вибору [74].

Емпіричні дослідження показують, що розвиток усвідомленості істотно зменшує прояви емоційного переїдання, харчових обмежень та почуття провини після їжі. Так, у дослідженнях [75] встановлено, що після 8-тижневої програми майндфулнес у жінок знижувався рівень тривожності, підвищувалася здатність розрізняти фізіологічний та емоційний голод і покращувалася загальна самооцінка тіла. Аналогічні результати наведені в дослідженнях [76], які довели, що Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) сприяє формуванню прийнятнішого ставлення до власного тіла та зниженню імпульсивних харчових реакцій.

Практики усвідомленості, що застосовуються в ДПТ, часто включають: «спостереження без оцінки» – фокусування уваги на думках, відчуттях, поведінці без спроби їх змінити; «дихання як якір» – зосередження на диханні як способі повернути увагу в теперішній момент; «усвідомлене споживання їжі» – повільне, уважне приймання їжі, відстеження смаку, текстури, запаху, відчуття насичення без провини чи контролю; «сканування тіла» – уважне спостереження за тілесними сигналами, що допомагає розпізнати емоційне напруження та відновити зв'язок із власним тілом.

Завдяки цим технікам клієнтка поступово переходить від реактивного режиму поведінки («я їм, щоб заглушити емоції») до усвідомленого вибору, базованого на турботі про себе. Це формує внутрішнє відчуття контролю, сприяє прийняттю тіла та зменшує залежність самооцінки від зовнішніх стандартів краси.

Таким чином, усвідомленість у структурі ДПТ виступає не лише технікою релаксації чи самоспостереження, а глибинним механізмом

особистісної інтеграції – вона допомагає жінці побачити власні думки й емоції як минулі явища, а не як визначальні риси «Я». Це підсилює автономію, гнучкість і стійкість до стресу – чинники, які безпосередньо впливають на гармонізацію харчової поведінки.

Після формування базових навичок усвідомленості важливим наступним компонентом діалектико-поведінкової терапії є розвиток толерантності до дистресу – здатності витримувати емоційний біль, напруження чи дискомфорт без вдавання до деструктивних стратегій уникнення, таких як переїдання, надмірний контроль їжі або самоосуд [72].

Як показують клінічні спостереження, для багатьох жінок емоційний дистрес – тривога, сором, почуття провини, самотність – стає головним тригером дезадаптивної харчової поведінки. Їжа тимчасово виконує функцію «емоційного знеболювального», допомагаючи знизити інтенсивність переживань, але водночас підтримує замкнене коло: після епізоду переїдання зростає провини, сором і самозвинувачення, що знову підсилює потребу у компенсаторній поведінці [78].

Толерантність до дистресу допомагає розірвати цей цикл, надаючи жінці інструменти для конструктивного проживання складних емоцій без втечі в харчову поведінку. У межах ДПТ клієнтка вчиться сприймати емоції як природну частину людського досвіду, а не як загрозу, яку потрібно «заглушити». Такий підхід ґрунтується на принципі радикального прийняття – готовності прийняти реальність такою, якою вона є, без засудження чи заперечення, що само по собі знижує напруження та сприяє внутрішній стабілізації [72].

Основними техніками формування толерантності до дистресу є: радикальне прийняття – визнання ситуації та власних емоцій без спроби негайно їх змінити («Так, зараз мені боляче і тривожно, але це не кінець і не небезпечно»); зміна фокусу уваги (відволікання з усвідомленням) – переключення на діяльність, яка допомагає знизити інтенсивність емоцій (прогулянка, малювання, дзвінок близькій людині), без втрати контакту з

власними почуттями; самозаспокоєння через органи чуття — використання приємних стимулів (аромати, музика, дотик, гарячий напій), щоб відновити відчуття безпеки у тілі; оцінка наслідків — навичка усвідомлювати довгострокові результати своїх дій і приймати рішення, що відповідають цінностям («Як я почуватимусь через годину, якщо зараз переїм?»); планування кризових стратегій – створення індивідуального «плану виживання», який допомагає реагувати на сильні емоції без залучення до шкідливої поведінки.

Дослідження свідчать, що використання технік толерантності до дистресу у ДПТ суттєво знижує емоційне переїдання, імпульсивність та рецидиви дезадаптивних харчових моделей [78]. У жінок, які проходили короткострокові програми ДПТ, спостерігалось підвищення саморегуляції, прийняття власних емоцій і зниження схильності до харчового контролю через сором або провину [77].

Таким чином, толерантність до дистресу у структурі ДПТ виступає не просто як метод зниження емоційного напруження, а як механізм глибинної психологічної стійкості. Вона дає змогу жінці проживати складні емоційні стани без втрати контакту із собою, поступово зменшуючи потребу використовувати їжу як засіб компенсації або захисту. У поєднанні з усвідомленістю ця навичка формує основу для стабільної, емоційно зрілої та гармонійної харчової поведінки.

Наступним ключовим компонентом діалектико-поведінкової терапії є емоційна регуляція – процес розпізнавання, розуміння та конструктивного управління власними емоціями без придушення чи надмірної реактивності [72]. У контексті харчової поведінки емоційна регуляція відіграє особливо важливу роль, адже саме нездатність ефективно справлятися з емоційними станами часто стає причиною переїдання, обмеження їжі або нав'язливого контролю за тілом [79].

Багато жінок із дезадаптивними харчовими моделями сприймають емоції як щось небезпечне чи неприпустиме. Тривога, сором або гнів не

визнаються як природні реакції, а замість цього «глушаться» через їжу чи інші форми уникання. Мета етапу емоційної регуляції полягає у відновленні контакту з власними емоційними потребами та формуванні навичок їх здорового проживання без саморуйнівної поведінки [80].

Основні стратегії емоційної регуляції в межах ДПТ включають: ідентифікація емоцій – навчання розпізнавати власні емоційні стани та тілесні сигнали, які їх супроводжують («Я відчуваю напругу у грудях – можливо, це тривога, а не голод»); ланцюговий аналіз поведінки – виявлення послідовності подій, думок і почуттів, які призводять до неадаптивної харчової реакції, з метою зрозуміти «де» саме можна змінити реакцію; дія, протилежна емоції – свідоме виконання дій, які суперечать деструктивному імпульсу, спричиненому емоцією (наприклад, замість того щоб ізольоватися через сором – зустрітися з подругою, замість переїдання – зробити дихальну вправу); зниження фізичної вразливості до емоцій – турбота про базові потреби (сон, збалансоване харчування, фізична активність), що зменшує ризик емоційних зривів; навички самопідтримки – формування внутрішнього діалогу, заснованого на співчутті, прийнятті та розумінні («Я можу відчувати злість і водночас залишатися доброю до себе»).

Застосування цих технік допомагає жінці перейти від автоматичної реакції («я їм, бо мені погано») до усвідомленого вибору способу саморегуляції, що базується на прийнятті власних емоцій. Це сприяє підвищенню рівня емоційної компетентності – здатності визнавати, називати та регулювати почуття без шкоди для себе.

Наукові дослідження підтверджують ефективність емоційної регуляції в межах ДПТ. Так, за даними Safer, Telch & Chen [77], у жінок із булімією та компульсивним переїданням після 20-тижневої програми ДПТ спостерігалось значне зниження імпульсивності, тривоги та частоти епізодів переїдання. Подібні результати отримали Дж. Свалді та колеги [79], які виявили, що розвиток навичок емоційної регуляції сприяє зменшенню сорому, підвищенню прийняття тіла та покращенню самооцінки.

Таким чином, емоційна регуляція у структурі діалектико-поведінкової терапії є ключовим механізмом інтеграції емоційного досвіду, який забезпечує внутрішню стабільність, стійкість до стресу та формування здорових стратегій реагування. Замість придушення емоцій через їжу жінка вчиться розпізнавати, приймати й опрацьовувати їх конструктивно, що суттєво підвищує ефективність психологічної корекції харчової поведінки.

Останнім ключовим елементом діалектико-поведінкової терапії є міжособистісна ефективність – система навичок, спрямована на розвиток здатності до конструктивної комунікації, відстоювання власних потреб і побудови взаємин на засадах взаємоповаги. Для жінок із порушеннями харчової поведінки цей компонент є особливо значущим, адже низька самооцінка, залежність від зовнішніх оцінок і страх відкидання часто стають тригерами деструктивних харчових реакцій [78].

Багато пацієнок із дезадаптивною харчовою поведінкою мають труднощі у вираженні власних потреб або схильні до самопожертви, прагнучи заслужити схвалення інших. У такому випадку зовнішнє визнання стає єдиним джерелом самоцінності, а незадоволення чи критика можуть провокувати почуття сорому та спроби «компенсувати» його через обмеження їжі або переїдання [81].

Мета етапу міжособистісної ефективності полягає у формуванні здатності до автентичної комунікації – вираження своїх потреб, почуттів та меж без страху осуду чи втрати прихильності.

У межах ДПТ цей процес реалізується через навчання трьом ключовим навичкам:

1. Асертивність – вміння висловлювати власні бажання, відмовляти чи погоджуватись, зберігаючи повагу до себе та інших. Наприклад, замість пасивної згоди на приниження («він має рацію, я справді виглядаю гірше»), клієнтка вчиться відповідати впевнено, але спокійно («мені неприємні подібні коментарі, прошу їх уникати»).

2. Встановлення особистісних меж – усвідомлення того, що власні потреби та комфорт мають таке ж значення, як і потреби інших. Жінка вчиться визначати, коли варто сказати «ні», не почувуючись винною або егоїстичною.

3. Техніка «DEAR MAN» (Describe, Express, Assert, Reinforce, Mindful, Appear confident, Negotiate) – покроковий інструмент ефективного спілкування, який допомагає чітко формулювати прохання чи позицію: D – описати ситуацію без оцінок («коли мене критикують щодо тіла...»); E – виразити почуття («...я відчуваю сором і напругу»); A – чітко заявити потребу («я хочу, щоб ми уникали таких коментарів»); R – підкріпити ефект («це допоможе мені почуватися спокійніше»); M–A–N – залишатися уважною, впевненою та готовою до компромісу.

Застосування цих технік дозволяє жінкам формувати здорові міжособистісні зв'язки, засновані не на пошуку схвалення, а на взаємоповазі. Це, у свою чергу, зміцнює внутрішнє відчуття цінності та знижує залежність самооцінки від зовнішніх факторів – ваги, коментарів оточення чи соціальних стандартів привабливості.

Емпіричні дослідження свідчать, що підвищення міжособистісної ефективності у рамках ДПТ позитивно корелює зі зменшенням частоти епізодів переїдання та рівня емоційного дистресу [82]. Розвиток навичок асертивної комунікації також сприяє стабілізації афективного стану, зниженню почуття провини та відновленню автентичного образу «Я» [83].

Отже, міжособистісна ефективність у структурі ДПТ є важливою складовою психологічної стабільності, що поєднує роботу з емоціями, усвідомленістю та самоприйняттям. Вона забезпечує перехід від залежного, тривожного способу взаємодії до зрілої позиції, заснованої на повазі, прийнятті та впевненості у власній цінності – що є необхідною умовою формування здорової харчової поведінки та стійкого позитивного тілесного образу.

Можна зробити висновок, що діалектико-поведінкова терапія є ефективним напрямом психотерапевтичної роботи з жінками, схильними до

дезадаптивних моделей харчової поведінки, оскільки поєднує емоційну стабілізацію, розвиток усвідомленості та формування навичок саморегуляції. На відміну від традиційних когнітивно-поведінкових підходів, ДПТ робить акцент не лише на зміні деструктивних думок, а й на прийнятті власного досвіду, що особливо важливо для клієнток із високим рівнем самокритики, сорому та тілесного невдоволення.

Ключові етапи ДПТ – усвідомленість, толерантність до дистресу, емоційна регуляція та міжособистісна ефективність – формують взаємопов'язану систему психологічних умінь, що сприяє гармонізації самосприйняття та нормалізації харчової поведінки. Усвідомленість допомагає зменшити автоматизм реакцій на їжу та емоційні тригери; толерантність до дистресу – витримувати внутрішню напругу без вдавання до їжі як засобу уникнення; емоційна регуляція – усвідомлювати й екологічно виражати почуття; міжособистісна ефективність – будувати зрілі, поважні взаємини, не базуючи самооцінку на чужих судженнях.

Завдяки інтеграції цих навичок формується більш гнучке, приймаюче ставлення до себе, знижується емоційна вразливість, посилюється здатність діяти відповідно до власних цінностей, а не під впливом зовнішніх стандартів. Таким чином, ДПТ не лише коригує симптоми порушень харчової поведінки, а й сприяє глибинному відновленню почуття власної цінності, внутрішньої стабільності та цілісності «Я».

5. Концепція самоспівчуття за Крістін Неф пропонує новий вимір роботи із самосприйняттям. За Крістін Неф [21], самоспівчуття – це здатність ставитися до себе з добротою, усвідомленістю та відчуттям спільної людяності, особливо у моменти невдач чи страждання.

На відміну від традиційного підвищення самооцінки, яке часто базується на досягненнях або порівняннях, самоспівчуття створює стабільне та безумовне почуття власної гідності.

Основні компоненти самоспівчуття: доброта до себе – м'яке, турботливе ставлення до себе замість жорсткої самокритики; спільна людяність —

усвідомлення, що страждання, помилки та недосконалість є частиною загальнолюдського досвіду; усвідомленість – здатність помічати власні емоції без надмірного ототожнення з ними.

Доброта до себе – цей компонент передбачає турботливе, м'яке ставлення до себе замість осуду чи внутрішньої агресії. Для жінок із проблемами харчової поведінки це означає вміння говорити з собою не голосом критика («я слабка, бо не стрималася»), а голосом підтримки («я людина, мені важко, але я можу спробувати знову»). Доброта до себе не є поблажливістю, а навпаки – психологічною силою, яка сприяє відновленню після помилок і знижує потребу у покаранні через жорсткий контроль харчування чи обмеження їжі [84]. Дослідження доводять, що розвиток доброти до себе асоціюється з нижчим рівнем тривоги щодо зовнішності, меншим ризиком переїдання та більш стабільним настроєм [85].

Другий компонент спільна людяність – це усвідомлення того, що недосконалість, помилки й емоційний біль є природною частиною людського досвіду. Коли жінка розуміє, що її боротьба з тілом або з харчуванням не робить її «гіршою» чи «ненормальною», зменшується відчуття ізольованості й сорому. Такий підхід допомагає подолати внутрішнє переконання «зі мною щось не так» і замінити його розумінням «я не одна, багато людей проходять через схожі труднощі». У практичній роботі це реалізується через рефлексію спільного досвіду (наприклад, обговорення в групах підтримки, використання терапевтичних наративів або щоденників прийняття). Відчуття зв'язку з іншими знижує потребу в перфекціонізмі, який часто лежить в основі дезадаптивної харчової поведінки.

Усвідомленість – третій компонент самоспівчуття полягає у здатності помічати власні емоції, думки та тілесні відчуття без осуду чи надмірного ототожнення з ними. На відміну від уникання або придушення емоцій, усвідомленість допомагає жінці визнати свій емоційний стан («я зараз відчуваю сором, тривогу, напруження»), не намагаючись від нього втекти через їжу чи контроль тіла. Регулярна практика уважності (медитація

спостереження за тілом, дихальні техніки, «пауза співчуття») сприяє зменшенню емоційного переїдання, нормалізації харчових патернів і прийняттю тілесних змін [86].

Таким чином, усвідомленість виступає «мостом» між емоційним досвідом і добротою до себе – допомагаючи реагувати не автоматично, а з позиції розуміння, турботи та вибору.

Практики самоспівчуття (медитації доброти, листи підтримки самому собі, щоденники вдячності) сприяють зниженню рівня тривожності, депресивності, тілесного невдоволення та надмірної залежності самооцінки від зовнішнього вигляду.

На нашу думку, самоспівчуття не лише зменшує прояви неадаптивної харчової поведінки, а й допомагає відновити емоційний зв'язок із власним тілом, формуючи ставлення до нього як до партнера, а не як до об'єкта контролю.

6. Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) – це стиль спілкування, який використовує слухання, питання та м'яке керівництво [22]. Це клієнт-центрований, цілеспрямований підхід, спрямований на підвищення внутрішньої мотивації до змін через дослідження й подолання амбівалентності [87]. Ця терапевтична модель особливо ефективна у роботі з жінками, які мають суперечливе ставлення до власного тіла, їжі та контролю – коли одночасно присутнє прагнення до змін і страх перед ними.

На відміну від директивних підходів, мотиваційне інтерв'ювання не примушує клієнтку змінюватися, а допомагає їй самостійно усвідомити власні причини, бажання та ресурси для змін. У роботі з харчовою поведінкою цей метод допомагає вийти з кола «самозвинувачення — обіцянки — зриви», замінюючи його внутрішнім прийняттям, усвідомленим вибором і реалістичними кроками до стабільності.

В основі МІ лежать чотири базові принципи, які визначають стиль і динаміку взаємодії між терапевтом та клієнткою [87]: вираження емпатії – спеціаліст демонструє безумовну прийнятність і розуміння досвіду клієнтки,

відображаючи її почуття й думки без оцінки, це створює атмосферу безпеки, необхідну для відкритого обговорення суперечливих почуттів щодо тіла, харчування чи змін у способі життя; розвиток розбіжності – завдання спеціаліста допомогти клієнтці побачити різницю між її теперішньою поведінкою (наприклад, переїдання чи постійні обмеження) та глибинними цінностями (здоров'я, самоповага, свобода, турбота про себе), усвідомлення цієї розбіжності стимулює внутрішню мотивацію до змін, а не зовнішній тиск; уникнення конфронтації – МІ відмовляється від будь-яких форм прямого переконання чи тиску, замість цього використовується техніка «рух із опором» – коли спеціаліст не заперечує спротив, а досліджує його як прояв внутрішньої суперечності, підтримуючи клієнтку у пошуку власних відповідей; підтримка самоефективності – МІ ґрунтується на вірі в те, що клієнтка вже має ресурси для змін, завдання спеціаліста — допомогти їй побачити ці ресурси, відчутти власну силу та поступово перейти від безсилля до відповідальності за власне благополуччя.

У практиці психологічного консультування мотиваційне інтерв'ювання реалізується через декілька послідовних етапів [88]:

1. Створення терапевтичного альянсу – встановлюється довірливий контакт, де жінка відчуває, що її приймають без осуду. Це особливо важливо для клієнток із високим рівнем сорому, пов'язаного з тілом чи харчуванням.

2. Виявлення амбівалентності – спеціаліст допомагає клієнтці озвучити обидві сторони внутрішнього конфлікту («Я хочу схуднути, але не хочу постійно обмежувати себе») і дослідити їхні наслідки.

3. Підсилення «мови змін» – особлива увага приділяється висловлюванням клієнтки, що відображають готовність, бажання або здатність до змін. Наприклад, «Мені хочеться почуватися легше», «Я втомилася воювати зі своїм тілом». Терапевт підтримує такі фрази, допомагаючи клієнтці посилювати власну мотивацію.

4. Планування дій – разом із клієнткою формулюється реалістичний план змін — конкретні, досяжні кроки (наприклад, додати одну приємну

тілесну активність на тиждень, вести щоденник настрою та харчування без оцінки).

На нашу думку, МІ допомагає жінкам перейти від зовнішнього контролю («я мушу схуднути, щоб подобатися») до внутрішньої орієнтації («я хочу піклуватися про себе, тому що ціную своє тіло»). У процесі роботи над собою змінюється фокус уваги — із боротьби на співпрацю з власними потребами. Дослідження доводять, що використання мотиваційного інтерв'ювання сприяє зниженню емоційного переїдання, покращенню самосприйняття, підвищенню самоефективності та стабілізації харчової поведінки [89].

МІ є також ефективним підготовчим етапом перед іншими психотерапевтичними інтервенціями (КПТ, ДПТ, самоспівчуття), оскільки зміцнює внутрішню готовність до змін, підвищує довіру до терапевтичного процесу та знижує опір. Таким чином, мотиваційне інтерв'ювання є цінним інструментом у психотерапевтичній роботі з харчовою поведінкою, який сприяє розвитку внутрішньої мотивації, самоповаги та усвідомленого вибору. Воно дозволяє жінкам віднайти власні причини для змін, зменшити почуття провини й сорому, а також побудувати більш гармонійні стосунки зі своїм тілом і їжею. Завдяки своїй гнучкості та емпатійній природі МІ ефективно поєднується з іншими напрямками терапії, створюючи інтегративну модель психологічної підтримки, орієнтовану на прийняття, саморозуміння та відповідальність.

Аналіз сучасних психотерапевтичних підходів засвідчив, що розвиток адаптивного самосприйняття та корекція харчової поведінки жінок потребують комплексного впливу, спрямованого як на когнітивну сферу, так і на емоційно-регуляційні процеси, поведінкові реакції та ставлення до себе.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) довела свою ефективність у виявленні та зміні деструктивних мисленнєвих схем, які підтримують незадоволення тілом, самокритику й неадаптивні харчові стратегії. Через когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, роботу з тілесним

образом і формування усвідомленого харчування клієнтки навчаються реалістично оцінювати себе, зменшують вплив автоматичних негативних думок і поступово розвивають довіру до власного тіла.

Діалектико-поведінкова терапія (ДПТ) доповнює ці завдання розвитком навичок усвідомленості, толерантності до дистресу, емоційної регуляції та міжособистісної ефективності. Вона допомагає жінкам краще розуміти власні емоції, реагувати на них конструктивно й не використовувати їжу як спосіб уникнення чи самозаспокоєння. Це сприяє стабілізації емоційного стану та зниженню імпульсивних харчових реакцій.

Концепція самоспівчуття (К. Нефф) виступає важливим чинником формування позитивного самосприйняття. Розвиток доброти до себе, усвідомлення спільної людяності та прийняття власних емоцій дозволяють знизити рівень самокритики, сорому й тривожності, пов'язаних із зовнішністю, а також формують внутрішню підтримку, необхідну для стійких змін поведінки.

Мотиваційне інтерв'ювання, у свою чергу, сприяє підвищенню внутрішньої готовності до змін. Завдяки емпатичній комунікації, уникненню конфронтації та фокусуванню на особистісних цінностях жінка переходить від зовнішнього тиску («я мушу») до усвідомленого вибору («я хочу і можу змінюватися»). Це створює підґрунтя для самостійного прийняття відповідальності за власне благополуччя та поведінку.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що ефективна психотерапевтична робота з проблемами харчової поведінки базується на інтеграції когнітивних, емоційних, поведінкових і мотиваційних компонентів, спрямованих на формування прийняття, самопідтримки та позитивної тілесності. Саме ці фактори визначають не лише стабільність харчової поведінки, а й загальний рівень психологічного благополуччя жінок.

3.2. Практичний інструментарій психологічного супроводу: техніки, запитання та приклади вправ

Ефективна психологічна допомога жінкам із дезадаптивними формами харчової поведінки потребує системного підходу, який поєднує роботу з когніціями, емоціями та тілесним досвідом. З урахуванням результатів попередніх досліджень, практичний інструментарій психотерапевтичного супроводу доцільно будувати на основі інтеграції когнітивно-поведінкових, емоційно регуляційних і гуманістично-орієнтованих методів, які сприяють формуванню адаптивного самосприйняття та позитивного ставлення до власного тіла.

Враховуючи, що у попередньому підрозділі було розглянуто теоретичні засади та принципи зазначених підходів, на цьому етапі увага зосереджується на практичному інструментарії психологічного супроводу. Йдеться про конкретні техніки, запитання для саморефлексії, вправи та форми роботи, які можуть бути використані психологом у процесі індивідуальної або групової взаємодії з жінками.

Подальший виклад присвячено опису основних сучасних психотерапевтичних підходів, що зарекомендували себе як ефективні засоби розвитку позитивного самосприйняття та корекції харчової поведінки. Зокрема, буде розглянуто інструментарій когнітивно-поведінкової терапії, діалектико-поведінкової терапії, практики самоспівчуття та мотиваційного інтерв'ювання – як методологічну основу для створення комплексних програм психологічного супроводу жінок.

1. Когнітивно-поведінковий підхід.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) базується на ідеї взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Вона допомагає клієнткам усвідомити ірраціональні переконання щодо власного тіла та харчування і замінити їх на більш реалістичні та прийнятні [19, 70]. Ключові техніки КПТ при роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою наведені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2.

Практичний інструментарій когнітивно-поведінкової терапії у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок

| Мета роботи | Основні техніки та вправи | Приклади запитань і завдань |
|---|---|--|
| 1. Усвідомлення зв'язку між думками, емоціями та поведінкою | 1) когнітивна модель «ситуація–думка–емоція–реакція» 2) вправа «Щоденник думок» 3) ідентифікація автоматичних думок | – Які думки виникають, коли я їм? – Як ці думки впливають на мої емоції та вибір їжі? – Які типові ситуації викликають негативні думки про тіло? |
| 2. Когнітивна реструктуризація | 1) техніка «Докази за і проти» 2) викриття когнітивних спотворень (чорно-біле мислення, катастрофізація, узагальнення) 3) переформулювання негативних тверджень | – Які докази підтверджують мою думку «Я виглядаю жажливо»? – Як би подруга описала мене об'єктивно? – Як можна замінити «Я не можу їсти солодке» на більш здорову установку? |
| 3. Поведенкові експерименти | 1) «День без заборон»: спроба з'їсти «страшну» їжу усвідомлено 2) «Вага без страху»: поступове спостереження за змінами тіла без оцінки 3) «Реальність замість припущень»: перевірка негативних прогнозів | – Що насправді станеться, якщо я не зважусь сьогодні? – Як я почуватимуся після їжі, якщо не аналізуватиму калорії? – Чи справді інші оцінюють мене за зовнішністю? |
| 4. Робота з образом тіла | 1) вправа «Дзеркальний діалог»: опис позитивних характеристик тіла 2) «Фототерапія»: аналіз фотографій із різних періодів життя 3) вправа «Позитивна тілесна мапа»: визначення зон задоволення й турботи | – Що я ціную у своєму тілі, окрім зовнішності? – Як моє тіло допомагає мені жити? – Які частини тіла потребують не оцінки, а турботи? |
| 5. Корекція перфекціонізму та внутрішнього критика | 1) техніка «Голос критика і голос підтримки» 2) список «дозволів» (що можна робити без провини) 3) вправа «Реалістичні стандарти» | – Що від мене очікує мій «внутрішній критик»? – Які вимоги можна зробити гнучкішими? – Як я можу підтримати себе замість засудження? |
| 6. Планування харчування та поведінковий контроль | 1) ведення харчового щоденника з емоційними позначками 2) техніка «Зупинка і вибір»: пауза перед прийомом їжі 3) планування ситості й задоволення | – Як я відчуваюся перед їжею і після? – Що зараз є моїм справжнім голодом – фізичним чи емоційним? – Як виглядає для мене «гнучке харчування»? |

| | | |
|---|---|--|
| 7.Розвиток позитивного мислення самопідтримки | і 1) «Щоденник вдячності тілу» 2)техніка «Три добрі речі» 3)вправа «Внутрішній ресурс» | – За що я можу подякувати своєму тілу сьогодні? – Які якості допомагають мені турбуватися про себе? – Які думки підтримують мене у змінах? |
|---|---|--|

Представлений практичний інструментарій когнітивно-поведінкової терапії демонструє, що ефективна робота з самосприйняттям і харчовою поведінкою жінок потребує системного підходу, який поєднує когнітивну, поведінкову та тілесно-емоційну складові. Техніки КПТ дозволяють жінкам усвідомлювати взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, коригувати деструктивні переконання, проводити поведінкові експерименти для перевірки реальності власних страхів і стереотипів, а також працювати з образом тіла та внутрішнім критиком.

Застосування таких методів сприяє формуванню гнучкого мислення, усвідомленого контролю над харчовими імпульсами, розвитку позитивного ставлення до себе та власного тіла. Крім того, техніки планування харчування, ведення щоденника і розвитку самопідтримки дозволяють закріплювати досягнуті зміни та створюють основу для підтримки здорових харчових звичок у довгостроковій перспективі.

Отже, когнітивно-поведінкові інструменти є ефективним засобом психологічного супроводу жінок із дезадаптивними формами харчової поведінки, забезпечуючи системне поєднання пізнавальної, емоційної та поведінкової роботи для розвитку адаптивного самосприйняття.

Застосування когнітивно-поведінкових технік дозволяє жінкам усвідомити власні деструктивні переконання щодо тіла та харчування і поступово замінити їх на більш гнучкі та прийнятні. Водночас у багатьох випадках однієї лише когнітивної корекції недостатньо, адже за дезадаптивною харчовою поведінкою часто стоїть емоційна дисрегуляція – труднощі у розпізнаванні та проживанні почуттів. Саме тому доцільним продовженням роботи є використання технік діалектико-поведінкової терапії

(ДПТ), яка розширює когнітивний підхід за рахунок розвитку емоційної стабільності та усвідомленості.

2. Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ)

ДПТ поєднує елементи КПТ із практиками усвідомленості та емоційної регуляції. Цей підхід спрямований на навчання клієнток розпізнавати свої емоції, приймати їх без оцінки та знаходити адаптивні способи реагування. Ключові техніки ДПТ при роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою наведені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

Практичний інструментарій когнітивно-поведінкової терапії у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок

| Мета роботи | Основні техніки та вправи | Приклади запитань і завдань |
|---|---|--|
| 1. Розвиток усвідомленості | 1) вправа «Сканування тіла»: помічання напруження, дихання, відчуттів. 2) «Один усвідомлений ковток»: фокус на смаку, текстурі, аромату їжі. 3) практика «Я тут і тепер»: зосередження на поточному моменті | – Які тілесні відчуття я відчуваю прямо зараз? – Як я можу приймати своє тіло без оцінки? – Які думки приходять, коли я зосереджуюсь на диханні? |
| 2. Ідентифікація тригерів емоційного переїдання | 1) ведення щоденника «Їжа й емоції»: запис ситуацій, які передують переїданню. 2) «Аналіз ланцюга поведінки»: опис подій до, під час і після епізоду. 3) карта емоційних тригерів. | – Що відбулося перед тим, як я захотіла поїсти? – Які думки й емоції супроводжували цей момент? – Що я насправді хотіла отримати – їжу чи розраду? |
| 3. Емоційна регуляція | 1) техніка «Назви й проживи емоцію»: усвідомлення, прийняття й вербалізація почуттів. 2) вправа «Мій емоційний термометр»: визначення інтенсивності емоцій від 0 до 10. 3) «Зміна фізіологічного стану»: дихальні практики, короткі вправи на розслаблення. | – Що я зараз відчуваю – сум, роздратування, провину? – Як я можу подбати про себе, коли емоція сильна? – Який спосіб допоможе мені знизити напруження без їжі? |

Продовж.табл.3.3.

| | | |
|--|---|--|
| 4.Толерантність до дистресу | <p>1)вправа «Семафор стресу»: «стоп» → «дихай» → «дій усвідомлено».</p> <p>2)техніка «ICE» (охолодження, контроль дихання, розслаблення тіла).</p> <p>3)створення «скриньки ресурсів» – перелік безпечних дій замість переїдання.</p> | <p>– Що я можу зробити, щоб зупинити себе перед імпульсивною дією?</p> <p>– Які п'ять способів допомагають мені пережити складний момент?</p> <p>– Як я можу знизити напруження, не вдаючись до їжі?</p> |
| 5.Міжособистісна ефективність | <p>1)вправа «DEAR MAN» (Describe, Express, Assert, Reinforce, Mindful, Appear confident, Negotiate) для вираження потреб.– Рольові ігри «Як сказати 'ні'» і «Як просити підтримку».</p> <p>2)аналіз особистих кордонів.</p> | <p>– Як я можу чітко висловити свої потреби?</p> <p>– Чи вмю я говорити про свої межі без провини?</p> <p>– Які ситуації змушують мене погоджуватись, коли не хочу?</p> |
| 6. Самозаспокоєння через п'ять органів чуття | <p>1)добір приємних стимулів для кожного з чуттів (музика, аромати, текстури, тепло, смак). –Вправа «Моя антистресова п'ятірка».</p> <p>2)техніка «Обійми себе» або «Дотик до серця».</p> | <p>–Що допомагає мені заспокоїтись без їжі?</p> <p>– Які відчуття викликають у мене відчуття безпеки?</p> <p>– Як я можу створити для себе комфорт зараз?</p> |
| 7. Прийняття та співчуття до себе | <p>1)практика «Радикальне прийняття»: усвідомлення ситуації без спротиву.</p> <p>2)медитація «Я дозволяю собі бути».</p> <p>3)вправа «Мое тіло сьогодні»: опис тіла без оцінки.</p> | <p>– Чи можу я прийняти себе у цьому стані?</p> <p>– Що зміниться, якщо я перестану боротись із власним тілом?</p> <p>– Як виглядає для мене прийняття без оцінки?</p> |

Практичний інструментарій діалектико-поведінкової терапії показує, що робота з емоційною регуляцією, усвідомленістю та толерантністю до стресу є ключовою для корекції дезадаптивної харчової поведінки. Техніки ДПТ дозволяють жінкам розпізнавати свої емоції, усвідомлювати тригери переїдання, опанувати методи самозаспокоєння та формувати стійкі навички подолання стресу без використання їжі.

Використання ДПТ сприяє зниженню імпульсивної поведінки, розвитку здатності приймати себе та власні емоції, а також покращує міжособистісну ефективність та навички самопідтримки. Цей підхід забезпечує цілісну психотерапевтичну роботу, яка охоплює когнітивний, емоційний і поведінковий аспекти адаптивного самосприйняття та здорового ставлення до тіла і харчових звичок.

Формування навичок емоційної регуляції створює базу для подальшої роботи з прийняттям себе. Проте для жінок, схильних до самокритики та перфекціонізму, важливо не лише контролювати емоції, а й навчитися ставитися до себе з добротою та розумінням. На цьому етапі ефективним напрямом психологічного супроводу виступає практика самоспівчуття, розроблена Крістін Нефф, що сприяє формуванню доброзичливого, підтримувального ставлення до власного тіла та досвіду.

3. Концепція самоспівчуття.

Концепція самоспівчуття базується на ідеї доброзичливого ставлення до себе у моменти стресу, помилок або незадоволення власним тілом і харчовою поведінкою. Вона допомагає клієнткам усвідомити власні емоції та потреби без самокритики, розвивати внутрішню підтримку та прийняття, а також знижувати почуття провини й сорому. Самоспівчуття спрямоване на формування стійкої доброзичливості до себе, зміцнення ресурсів для самопідтримки та розвиток адаптивного ставлення до тіла і харчових звичок. Ключові техніки самоспівчуття при роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою наведені в табл. 3.4.

Таблиця 3.4.

Практичний інструментарій концепції самоспівчуття у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок

| Мета роботи | Основні техніки та вправи | Приклади запитань і завдань | Очікувані результати |
|---|--|--|---|
| 1.Формування доброзичливого ставлення до себе | 1)лист підтримки собі: написати листа від імені “доброзичливої подруги”. | – Що я можу сказати собі у момент слабкості, щоб | Підвищення рівня самопідтримки, зниження самокритики та |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>2)фрази самопідтримки: повторювати короткі позитивні вислови («Мені зараз важко, але я можу подбати про себе»).</p> <p>3)вправа «Обійми себе»: легкий дотик до плечей або серця як сигнал прийняття.</p> | <p>підтримати себе?</p> <p>– Як би я підтримала подругу у подібній ситуації?</p> <p>–Які дії допоможуть мені заспокоїтися без критики до себе?</p> | <p>почуття провини, розвиток внутрішньої безпеки.</p> |
| <p>2.Усвідомлення спільності людського досвіду</p> | <p>1)вправа «Ми всі помиляємось»: запис подібних досвідів інших людей.</p> <p>2)медитація «Спільність страждання»: усвідомлення, що переживання не унікальні.</p> <p>3)обговорення досвіду групи: спільне виявлення загальних труднощів.</p> | <p>– Чи всі люди іноді відчують незадоволення собою?</p> <p>– Як я можу використати знання про спільність досвіду для самопідтримки?</p> <p>– Які ситуації допомагають мені усвідомити, що я не одна?</p> | <p>Зменшення ізоляції, розвиток прийняття власних труднощів, зростання емпатії до себе.</p> |
| <p>3.Усвідомленість щодо власних емоцій і тіла</p> | <p>1)вправа «Назви емоцію»: відзначати почуття без оцінки.</p> <p>2)»Сканування тіла» з фокусом на позитивні відчуття.</p> <p>3)дихальна практика «Тепло і спокій» для зниження тривожності.</p> | <p>– Які емоції я відчуваю зараз без засудження?</p> <p>– Які тілесні відчуття я можу помітити і прийняти?</p> <p>– Як моє дихання допомагає мені відчути спокій?</p> | <p>Підвищення емоційної усвідомленості, зменшення реактивності на стрес, розвиток прийняття власного тіла.</p> |
| <p>4.Переформулювання внутрішнього критика</p> | <p>1)техніка «Голос критика і голос підтримки»: записати думки критика та переформулювати їх у підтримуючі.</p> <p>2)»Щоденник самопідтримки»: щоденне записування</p> | <p>– Що говорить мій внутрішній критик?</p> <p>– Як я можу відповісти йому доброзичливо?</p> <p>– Які думки допомагають мені підтримувати</p> | <p>Зменшення внутрішньої критики, розвиток доброзичливого ставлення до себе, формування ресурсного внутрішнього діалогу.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>позитивних думок про себе.</p> <p>3)вправа «Зупини критика»: у момент самокритики — коротка пауза та зміна фокусу.</p> | себе у складні моменти? | |
| 5.Робота з тілесним досвідом | <p>1) «Позитивна тілесна карта»: визначення зон задоволення та вдячності.</p> <p>2)вправа «Подяка тілу»: щоденне усвідомлення, за що тіло варте подяки.</p> <p>3)медитація «Тіло і розум у гармонії»: фокус на приємних відчуттях у тілі.</p> | <p>– За що я можу подякувати своєму тілу сьогодні?</p> <p>– Які частини тіла допомагають мені відчувати задоволення та радість?</p> <p>– Як я можу піклуватися про тіло, замість критикувати його?</p> | Підвищення тілесної усвідомленості, розвиток позитивного образу тіла, зниження невдоволення своїм тілом. |
| 6.Вбудування навичок у повсякденне життя | <p>1)»Три добрі речі»: щоденне виділення позитивних подій та власних досягнень.</p> <p>2)ритуали самопідтримки: короткі вправи на початку і в кінці дня.– Практика «Мікро-самопідтримки»: 1–2 хвилини уваги до себе в моменти стресу.</p> | <p>– Які три хороші речі трапилися сьогодні?</p> <p>– Як я можу підтримати себе у стресових моментах?</p> <p>– Які короткі дії допомагають мені відчути турботу про себе?</p> | Закріплення навичок самопідтримки у повсякденному житті, зростання стійкості до стресу, стабільне позитивне ставлення до себе та свого тіла. |

Методи самоспівчуття спрямовані на розвиток доброзичливого ставлення до себе, прийняття власних емоцій та тілесного досвіду, а також на зниження рівня самокритики. Виконання вправ на самопідтримку, усвідомлення спільності людського досвіду та позитивне ставлення до тіла дозволяє жінкам зміцнити внутрішню підтримку і підвищити психологічну стійкість.

Застосування самоспівчуття у поєднанні з когнітивно-поведінковими та емоційно-регуляційними техніками сприяє формуванню адаптивного самосприйняття, розвитку внутрішніх ресурсів та зниженню ризику рецидиву дезадаптивної харчової поведінки, що робить його важливим компонентом комплексного психотерапевтичного супроводу.

Розвиток самоспівчуття допомагає жінкам зміцнити внутрішні ресурси, однак для стійкого закріплення змін необхідно підтримати внутрішню мотивацію до турботи про себе та власне тіло. Цьому сприяє мотиваційне інтерв'ювання, орієнтоване на підвищення готовності до змін, формування усвідомлених цілей і внутрішньої відповідальності за процес відновлення гармонійної харчової поведінки.

4. Мотиваційне інтерв'ювання.

Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) базується на ідеї активізації внутрішньої мотивації клієнток до змін шляхом усвідомлення власних цінностей, потреб і ресурсів. Воно допомагає жінкам розвивати готовність до корекції харчової поведінки, долати амбівалентність щодо змін та формувати конкретні, реалістичні цілі. МІ спрямоване на підтримку усвідомленого вибору, зміцнення віри у власні сили та розвиток стійких навичок здорової самопідтримки. Ключові техніки самоспівчуття при роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою наведені в табл. 3.5.

Таблиця 3.5.

Практичний інструментарій мотиваційного інтерв'ювання у роботі зі самосприйняттям та харчовою поведінкою жінок

| Мета роботи | Основні техніки та вправи | Приклади запитань і завдань |
|------------------------------------|--|---|
| 1. Усвідомлення потреб і цінностей | 1) вправа «Моє життєве дзеркало»: визначення особистих цінностей. 2) складання списку життєво важливих сфер (здоров'я, стосунки, самореалізація). | – Що для мене важливо в житті? – Як моє харчування відображає мої цінності? – Чого я хочу досягти, піклуючись про себе? |

| | | |
|---|--|---|
| | 3) усвідомлення, як харчова поведінка впливає на цінності. | |
| 2. Виявлення внутрішньої мотивації та амбівалентності | 2) вправа «Плюси і мінуси»: записати переваги і недоліки старої та нової поведінки. 2) діалог «За і проти змін» з терапевтом 3) візуалізація бажаного результату. | – Що я отримую від старих харчових звичок? – Які переваги можуть бути від здорового харчування? – Що мене стримує від змін і як це можна подолати? |
| 3. Використання відкритих запитань і рефлексивного слухання | 1) відкриті запитання терапевта для саморефлексії. 2) повторення та перефразування відповідей клієнта (reflections). 3) активне слухання без оцінки. | – Що для вас важливо в зміні харчових звичок? – Як ви відчуваєте зміни у своєму настрої та ставленні до тіла? – Що допомагає вам рухатися вперед, а що стримує? |
| 4. Підкреслення «мови змін» | 1) вправи на формулювання власних причин для змін. 2) підкреслення сильних сторін і ресурсів клієнта. 3) ведення журналу «Мої успіхи та ресурси». | – Які мої сильні сторони допоможуть мені змінити харчові звички? – Що я вже зробила, що наблизило мене до мети? – Як я можу використати свої ресурси, щоб підтримати зміни? |
| 5. Розробка плану змін та підтримка самоконтролю | 1) спільне складання конкретних кроків до здорових звичок. 2) вправа «SMART-цілі»: конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні, обмежені в часі. 3) ведення коротких щоденних нотаток про успіхи. | – Який перший маленький крок я можу зробити сьогодні? – Які цілі реалістично досяжні у найближчий тиждень? – Як я перевіряю, що рухаюся у правильному напрямку? |
| 6. Закріплення і підтримка змін | 1) перегляд прогресу та обговорення успіхів. 2) планування підтримки: визначення ресурсних людей і стратегій. 3) регулярні короткі рефлексії про мотивацію та досягнення. | – Що працювало добре і чому? – Хто може підтримати мене у складні моменти? – Які дії допомагають зберегти зміни на довгостроковій перспективі? |

Мотиваційне інтерв'ювання дозволяє жінкам усвідомити власні цінності, внутрішню мотивацію та ресурси для змін харчової поведінки.

Техніки МІ, такі як робота з амбівалентністю, підкреслення «мови змін», відкриті запитання та планування конкретних кроків, сприяють розвитку готовності до змін і підтримують процес усвідомленого вибору здорових звичок.

Застосування МІ у комплексі з КПТ, ДПТ та практикою самоспівчуття допомагає активізувати внутрішні ресурси жінок, сформувати цілісне ставлення до власного тіла та харчових звичок і підвищити ефективність психотерапевтичного супроводу.

Застосування перелічених підходів у комплексі забезпечує багатовимірний вплив на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості. Для досягнення глибшого ефекту важливо інтегрувати їх у єдину систему практичної роботи, що може включати інтегративні вправи на розвиток позитивного самосприйняття, прийняття тіла та формування здорових харчових звичок. Психологічний супровід може здійснюватися як у індивідуальному форматі, так і в груповій формі, залежно від цілей, потреб і рівня готовності клієнтки до саморозкриття. Індивідуальна робота дозволяє глибше дослідити особисті переживання, розвинути усвідомлення власних мисленнєвих схем та емоційних реакцій, тоді як групова форма сприяє соціальній підтримці, нормалізації досвіду й формуванню прийняття через взаємодію з іншими учасницями.

Одним із ефективних форматів групової роботи може бути психопросвітницько-тренінгова програма «8 кроків до здорової харчової поведінки через сприйняття свого тіла», розроблена на основі інтеграції когнітивно-поведінкових, майндфулнес та гуманістичних підходів. Програма спрямована на гармонізацію ставлення до тіла, розвиток усвідомленого ставлення до їжі та підвищення рівня самоприйняття. Вона може проводитись у форматі 8 щотижневих групових зустрічей тривалістю 1,5–2 години, з елементами самостійної роботи між сесіями. В табл. 3.6. наведено детальний план програми, який демонструє логіку кроків, цілі кожного етапу, а також завдання для самостійної та групової роботи та очікувані результати.

План програми «8 кроків до здорової харчової поведінки через сприйняття свого тіла»

| Крок | Мета | Завдання для самостійної роботи | Завдання для групової роботи | Очікувані результати |
|-------------------------------|--|---|---|--|
| 1. Усвідомлення власного тіла | Розвиток усвідомлення тіла, зменшення негативних думок | Щоденник вдячності, вправа «Дзеркало», трансформація негативних думок | Обговорення позитивних характеристик, вправа «Позитивний портрет», дискусія про стандарти краси | Підвищення усвідомлення тіла, зменшення самокритики |
| 2. Критичний погляд на медіа | Мінімізація порівнянь і негативного впливу | Ревізія підписок, добірка позитивного контенту, щоденник емоцій | Обговорення позитивного/негативного контенту, вправа «Мій здоровий онлайн-простір», рольова гра | Критичне мислення щодо медіа, формування ресурсного онлайн-середовища |
| 3. Прийняття індивідуальності | Формування прийняття унікальності тіла | Список унікальних рис, аналіз медіа-контенту, текст «Я ціную своє тіло» | Вправа «Мозаїка тіл», обговорення впливу стандартів, плакат «Краса у різноманітті». Вправа «Радикальне прийняття» | Зменшення соціальних порівнянь, позитивні установки щодо власного тіла |
| 4. Усвідомлене харчування | Усвідомлене споживання їжі | Харчовий щоденник з емоціями, практика «п'яти хвилин», усвідомлене пиття води | Вправа «Родзинка», обговорення «Їжа як джерело енергії», обмін досвідом | Зниження автоматизованого харчування, розвиток усвідомленості |
| 5. Здорові харчові звички | Навички збалансованого харчування | Складання меню, «один корисний вибір щодня», фіксація рівня енергії | Коллективне складання «корисного кошика», обговорення міфів, вправа «Моє улюблене блюдо» | Формування планування харчування, гнучкий підхід до їжі |

Продовж. таб.3.6.

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| 6. Робота з емоційним голодом | Розрізнення фізіологічного та емоційного голоду | Вправа «Семафор голоду», список альтернатив для стресу, журнал настрою | Дискусія «Їжа і емоції», вправа «Мій набір антистресу», коротка релаксація | Розвиток емоційної регуляції без їжі |
| 7.Тілесна активність | Позитивне ставлення до руху | Вибір активності 2–3 рази на тиждень, щоденник руху, список рухових радощів | Спільна розминка або йога, обговорення «Рух як ресурс», вправа «Танцювальний коло» | Формування позитивного ставлення до руху, задоволення від активності |
| 8.Закріплення результатів | Стійкість змін і самопідтримка | План підтримки, самопідтримки, ритуал самопідтримки, визначення ресурсних людей | Вправа «Мое досягнення», колективна «карта підтримки», колективна «карта підтримки», формулювання позитивного твердження | Закріплення навичок, підвищення самопідтримки, зменшення ризику повернення до деструктивних практик |

Наведена програма демонструє, що систематична робота над самосприйняттям, тілесним досвідом та харчовою поведінкою може бути ефективно реалізована у форматі структурованих групових занять із поєднанням самостійної практики. Кожен із кроків спрямований на розвиток конкретних навичок: усвідомлення тіла, критичне мислення щодо медіа, прийняття індивідуальності, усвідомлене харчування, формування здорових харчових звичок, робота з емоційним голодом, розвиток позитивного ставлення до руху та закріплення досягнутих результатів.

Застосування програми у груповому форматі сприяє підвищенню рівня самоприйняття, зменшенню самокритики та провини, розвитку усвідомленого ставлення до їжі та тіла, а також формуванню стійких навичок самопідтримки. Такий підхід поєднує психотерапевтичні техніки когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес та гуманістично-орієнтовані вправи, що дозволяє

створити комплексну систему психологічної підтримки та сприяє гармонізації харчової поведінки у жінок.

Розглянутий практичний інструментарій психологічного супроводу жінок із дезадаптивною харчовою поведінкою демонструє, що ефективна допомога потребує інтегрованого та комплексного підходу, який охоплює когнітивну, поведінкову, емоційну та гуманістичну складові. Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє клієнткам усвідомлювати і коригувати деструктивні переконання щодо тіла і харчової поведінки, проводити поведінкові експерименти та формувати адаптивні стратегії контролю над харчовими імпульсами. Діалектико-поведінкова терапія розвиває навички усвідомленості, емоційної регуляції та толерантності до стресу, знижуючи ризик емоційного переїдання. Практика самоспівчуття сприяє формуванню доброзичливого ставлення до себе, підвищенню самопідтримки та зменшенню самокритики, тоді як мотиваційне інтерв'ювання активізує внутрішню мотивацію, допомагає усвідомити власні цінності та ресурси для змін і формує конкретні кроки до здорової харчової поведінки.

Інтеграція цих підходів у структуровані програми, наприклад, «8 кроків до здорової харчової поведінки через сприйняття свого тіла», дозволяє поєднувати групові та індивідуальні форми роботи, формувати навички саморегуляції та закріплювати досягнуті зміни. Такий комплексний підхід забезпечує розвиток адаптивного самосприйняття, гармонійного ставлення до тіла та їжі, емоційної стійкості та самопідтримки, що є ключовим для профілактики рецидивів дезадаптивної харчової поведінки та зміцнення психологічного благополуччя жінок.

Висновки до розділу 3

Аналіз практичних шляхів гармонізації самосприйняття та харчової поведінки жінок показує, що ефективна психологічна підтримка потребує системного та інтегрованого підходу, який поєднує роботу з когнітивними процесами, емоційною регуляцією та тілесним досвідом. Теоретичний розгляд

психотерапевтичних підходів засвідчив, що когнітивно-поведінкова терапія, діалектико-поведінкова терапія, практика самоспівчуття та мотиваційне інтерв'ювання є ефективними засобами розвитку адаптивного самосприйняття, зміцнення самопідтримки та формування позитивного ставлення до власного тіла.

Практичний блок показав, що кожен із цих підходів має свій специфічний інструментарій, що включає когнітивні та поведінкові техніки, емоційно-регуляційні вправи, вправи на самоспівчуття, а також методи підвищення внутрішньої мотивації. Впровадження структурованих програм, таких як «8 кроків до здорової харчової поведінки через сприйняття свого тіла», демонструє, що інтеграція індивідуальної та групової роботи, поєднання психотерапевтичних методів і самостійних практик сприяє закріпленню позитивних змін, розвитку усвідомленого ставлення до їжі та тіла, зменшенню самокритики і формуванню стійких здорових звичок.

Отже, проведений аналіз свідчить, що системна робота над самосприйняттям та харчовою поведінкою, яка поєднує когнітивні, емоційні та гуманістичні підходи, є ключовою для гармонізації харчової поведінки, підвищення психологічного благополуччя та формування стійких ресурсів самопідтримки у жінок.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної роботи було комплексно досліджено проблему взаємозв'язку самосприйняття з харчовою поведінкою жінок на теоретичному, емпіричному та практичному рівнях. Мета та гіпотеза дослідження були реалізовані через виконання поставлених завдань, що дозволило дійти таких узагальнених висновків Теоретичний аналіз показав, що самосприйняття є складним багаторівневим утворенням, яке включає когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Воно формується під впливом особистісних, соціокультурних і медійних чинників та безпосередньо визначає ставлення жінки до власного тіла й до харчування.

1. Проведений теоретичний аналіз проблеми взаємозв'язку самосприйняття та харчової поведінки у жінок засвідчив, що самосприйняття є складним багаторівневим психологічним утворенням, яке інтегрує у собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Було встановлено, що центральним структурним елементом самосприйняття є образ тіла, який безпосередньо впливає на рівень самооцінки, психологічне благополуччя та характер харчового вибору. Формування самосприйняття відбувається під впливом особистісних, сімейних, соціокультурних та медійних чинників, серед яких особливу роль відіграють стандарти жіночої зовнішності, що транслюються через соціальні мережі та мас-медіа. Таким чином, самосприйняття постає як ключова психологічна ланка, що опосередковує вплив зовнішніх чинників на внутрішню регуляцію харчової поведінки.

2. У процесі аналізу поняття «самосприйняття» та його основних компонентів було з'ясовано, що когнітивний компонент відображає систему уявлень жінки про себе й своє тіло, емоційний — рівень прийняття або неприйняття себе, а поведінковий — спосіб реалізації цього ставлення у повсякденній активності, зокрема у сфері харчування. Доведено, що порушення в структурі самосприйняття — такі як викривлений образ тіла, нестійка або занижена самооцінка, підвищена самокритика та емоційна

нестабільність – негативно позначаються на психологічному стані особистості, сприяють зростанню тривожності, напруженості та формуванню неадаптивних стратегій поведінки. Таким чином, саме якість самосприйняття визначає здатність жінки до саморегуляції, турботи про себе та психологічної стійкості.

3. Охарактеризовано, що харчова поведінка є багатовимірним феноменом, детермінованим взаємодією біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Біологічні механізми створюють фізіологічне підґрунтя харчової активності, однак саме психологічні фактори – зокрема тривожність, румінації, перфекціонізм, незадоволеність тілом та низька самооцінка – виступають ключовими тригерами формування дезадаптивних моделей харчування. Встановлено, що занепокоєння зовнішністю та прагнення відповідати нав'язаним стандартам краси істотно посилюють ризик розвитку обмежувальної, емоційної та компульсивної харчової поведінки. Отже, порушення самосприйняття є важливим психологічним предиктором дезадаптивних форм харчування у жінок.

4. Результати емпіричного дослідження підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між рівнем самоприйняття, самооцінки, ставленням до власного тіла та типами харчової поведінки. З'ясовано, що жінки з високим рівнем самоповаги та позитивним прийняттям тіла демонструють більш гармонійне та усвідомлене ставлення до їжі, характеризуються стабільнішими емоційними реакціями та нижчою схильністю до емоційного чи компульсивного переїдання. Водночас низька самооцінка, незадоволення зовнішністю та високий рівень занепокоєння тілом корелюють із підвищеними показниками ризику за шкалами EAT-26 і DEBQ, що свідчить про потенційну вразливість до розвитку харчових розладів. Таким чином, емпіричні дані підтвердили висунуту гіпотезу про визначальну роль самосприйняття у формуванні харчової поведінки жінок.

5. Обґрунтовано практичні шляхи гармонізації самосприйняття та харчової поведінки жінок, що передбачають застосування інтегрованого

психотерапевтичного підходу. Теоретичний та практичний аналіз засвідчив ефективність когнітивно-поведінкової терапії, діалектично-поведінкової терапії, практик самоспівчуття та мотиваційного інтерв'ювання у зменшенні негативного самосприйняття, розвитку прийняття власного тіла, формуванні навичок емоційної регуляції та усвідомленого харчування. Практичні програми, спрямовані на тілесну усвідомленість, роботу з самокритикою та розвиток внутрішніх ресурсів, сприяють закріпленню позитивних змін, зміцненню самопідтримки та формуванню стійких здорових звичок. Отримані результати підтверджують доцільність інтеграції психотерапевтичних методів у систему психологічної допомоги жінкам різного віку з метою профілактики та корекції порушень харчової поведінки.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що гармонійний взаємозв'язок між самосприйняттям і харчовою поведінкою є основою психологічного благополуччя жінки. Підтримка позитивного ставлення до себе, розвиток самоспівчуття та здатності усвідомлювати свої потреби створюють умови для формування здорової, збалансованої харчової поведінки, заснованої не на контролі, а на відповідальній турботі про себе.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Єрохіна О., Серга Т. Психологічний зміст феномену самосприйняття як чинника соціально-психологічної адаптації молодого людини. *Перспективи та інновації науки*, 2022. №11 (16). С. 313–324.
2. Зуєва А.Г. Індивідуально-психологічні детермінанти самосприйняття у підлітковому віці. *Україна і світ: гуманітарно-технічна еліта та соціальний прогрес : тези доп. Міжнар. наук.-теор. конф. студ. і аспір.*, Харків : НТУ «ХП», 2016. С. 195 –197
3. Давидова О.Б., Солнцев М.І., Зозульов О.В. Споживач у сучасному світі: проблеми ідентифікації, самосприйняття і взаємовідносини з навколишнім світом. використання в маркетингу. *Актуальні проблеми економіки та управління*, 2018. №12. С. 10-16.
4. Белякова С., Іванченко М. Гендерні особливості сприйняття власної зовнішності у підлітковому віці. *Перспективи та інновації науки*, 2022. №8 (13). С. 365 –377.
5. В. Джун Психологічні особливості самосприйняття як фактор соціалізації підлітків. Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського, Одеса, 2009. 229 с.
6. Педченко О.В., Ісаєва А.З. Детермінанти позитивного самосприйняття суб'єкта. *Актуальні питання психології: теорія, методика, практика: збірник матеріалів XI-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції*, 2022. С. 34-37.
7. Фульмашина О.О. Образ тіла як чинник психологічного благополуччя жінки. *Психологічний часопис*, №3(21), 2020. С. 45–53
8. Дослідження, проведене професором Міреєю Жофре-Бонет, з економічного департаменту «Лондонського університету» та Джоан Коста-Фонт, професором економіки охорони здоров'я в LSE, було зосереджено на аналізі набору даних обстеження здоров'я. для Англії (статистичне дослідження здоров'я людей, які проживають в Англії), яке використовувало

діаграму індексу маси тіла (ІМТ) для вивчення 14 401 сімей у період з 1995 по 2009 рік.

9. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис... доктор. психол. наук Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.

10. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І. Огієнка*. К.-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч.2. С. 85-94.

11. Абсалямова Л.М. Психологічний аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку людини. *Psychological journal*, №6 (16), 2018. С.9-23.

12. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*, 2014. вип. 25. С 19-33

13. Шеремета С. Дослідження впливу соціальних мереж на харчову поведінку користувачів. *Psychological Prospects Journal*, 2024. №. 44. С. 158-171.

14. Павлоцька Л.Ф., Дуденко Н.В., Євлаш В.В. Фізіологія харчування. Підручник. Харків: Вид-во ХДУХТ Світ книг, 2017. 316 с.

15. Абсалямова Л.М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник ХДУ*, 2017. Том 1, №3. С 8-12.

16. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. *Психологический журнал*, 2006. Т.27, № 4. С. 67-76.

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

18. Таран О.О. Психологічні відмінності харчової поведінки серед сучасної молоді: дипломна робота м. Житомир, 2014. 131 с.

19. Бек Дж.С. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика. Київ: Науковий Світ, 2023. 460 с.

20. Ван Дейк Ш. Про ДПТ – просто. Покроковий посібник із діалектичної поведінкової терапії. Київ: Вид-во Ростислава Бурлаки, 2024. 384 с.

21. Нефф К., Гермер К. Усвідомлене співчуття до себе Київ: Вид-во Ростислава Бурлаки, 2025. 328 с.
22. Херрин М., Ларкин М. Консультування по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения. Киев: Из-во Диалктика, 2022. 464 с.
23. Cash T. Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 2004. №43. P. 1-5.
24. Hodges S., Vzhenskikh D. Components of self-perception: A multidimensional approach. *Psychological Review*, 2021. № 128(3). P. 405-427.
25. Green K., Smith J., Lee M. Sociocultural influences on women's body image and eating behaviors. *Journal of Social Psychology*, 2024. № 59(2). P. 112 - 130.
26. Cash T., Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press, 2002. 530 p.
27. Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge, 2016. 228 p.
28. Tylka T., Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 2015. № 12. P. 53-67.
29. Rodin J., Silbersten L. Women and weight: a normative Disconten. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1984. № 32. P. 267-307
30. Swinson J. Chair of the APPG on Body Image: Report of the All-Party Parliamentary Group on Body Image. London: UK Parliament, 2012. 54 p.
31. Thompson J., Heinberg L., Altabe M. *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: APA, 1999. 396 p.
32. Perloff R. Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns. *Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. Sex Roles*, 2014. № 71 (11-12). P. 363-377.
33. Merino M., Tornero-Aguilera J., Rubio-Zarapuz A. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image

Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare*, 2024. 44 p.

34. Franklin J. Inter-generational transmission of values regarding weight, shape and appearance. D.Clin.Psychol thesis, University of Leeds, 2002. 131 p.

35. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders Forth editions, 2023.

36. The state of food security and nutrition in the world 2019 Rome, 2019

37. Hussenoeder F., Pabst A., Conrad I., Löbner M., Engel C. Anxiety and Food Addiction in Men and Women: Results From the Longitudinal LIFE-Adult-Study. *Frontiers in Psychiatry*, 2022. №13. 8 p.

38. Opwis M., Schmidt J., Martin A. Gender differences in eating behavior and eating pathology: The mediating role of rumination. *Appetite*, 2015. № 110. P. 103-107.

39. Grabe S., Ward L., Hyde J. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 2008. № 134(3). P. 460-476.

40. Murnen S., Smolak L. The experience of sexual objectification: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 2000. №56(1). P. 181-193.

41. «Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls» American Psychological Association, 2007. 65 p.

42. Fardouly J., Diedrichs P., Vartanian L., Halliwell E. Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body Image*, 2015. № 13. P. 38-45.

43. Ata R., Ludden A., Lally M. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007. №36(8). P. 1024-1037.

44. Puhl R., Latner J. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 2007. №133(4). P. 557-580.

45. Yilmaz Z., Hardaway J., Bulik C. Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 2015. № 5. P. 131-150.

46. Thornton L., Mazzeo S., Bulik C. The heritability of eating disorders: Methods and current findings. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2011. № 6. P. 141-156.
47. Kaye W., Fudge J., Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 2009. № 10(8). P. 573–584.
48. Bailer U., Kaye W. Serotonin: Imaging findings in eating disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2011. №6. P. 59-79.
49. Klump K., Racine S., Hildebrandt B., Burt S. Ovarian hormones and binge eating disorder. *Hormones and Behavior*, 2013. № 63(1). P. 18-23.
50. Hebebrand J., Muller T., Holtkamp K., Herpertz-Dahlmann B. The role of leptin in anorexia nervosa: Clinical implications. *Molecular Psychiatry*, 2007. №12(1). P. 23-35.
51. Gluck M. Stress response and binge eating disorder. *Appetite* 2006. № 46(1). P. 26-30.
52. Monteleone P., Maj M. Epigenetics and eating disorders: A possible link with appetite-regulating peptides. *European Psychiatry*, 2013. № 28(1). P. 1-3.
53. Miller G., Chen E., Parker K. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 2011. № 137(6). P. 959-997.
54. Frieling H., Romer K., Scholz S., Mittelbach F., Wilhelm J., Hillemecher T. Epigenetic dysregulation of dopaminergic genes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2010. №43(6). P. 513-521.
55. Nikolova Y., Ferrell R., Manuck S., Hariri A. Multilocus genetic profile for dopamine signaling predicts ventral striatum reactivity. *Neuropsychopharmacology*, 2015. № 40(3). P. 759-767.
56. Mathers J. Nutritional modulation of epigenetics: Evidence and mechanisms. *Journal of Nutrition Biochemistry*, 2019. № 70. P. 1-10.
57. Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London: Routledge, 2016. 228 p.

58. Stice E., Shaw H. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002. № 53(5). P. 985-993.
59. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 2008. № 50(1). P. 1-11.
60. Konttinen H., Mannisto S., Sarlio-Lahteenkorva S., Silventoinen K. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 2010. № 54(3). P. 473-479.
61. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 2018. № 17(11). P. 1-7.
62. Polivy J., Herman C. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 2002. №53. P. 187-213.
63. Egan S., Wade T., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 2011. № 31(2). P. 203-212.
64. Sherry S., Hewitt P., Besser A. Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 2009. № 42(6). P. 541-549.
65. Neumark-Sztainer D., Story M., Hannan P. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006. №156(2). P. 171-178.
66. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1965. 338 p.
67. Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 2015. № 12P. 53-67.
68. Pena-Sanchez A., Pardo-Garcaa C., Gonzalez-Bernal J., Gonzalez-Santos J., Soto-Camara R. Instagram Use and Body Dissatisfaction: The Mediating Role of Upward Social Comparison with Peers and Influencers among Young Females. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023. №8, Vol. 20. P. 5603.

69. Garner D., Olmsted M., Bohr Y. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1992. № 12. P. 871-878.
70. Fairburn C. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 2008. 324 p.
71. Chen E., Matthews L., Allen C. Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder comorbidity: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 2008. No. 5. P. 505-512.
72. Linehan M. *DBT Skills Training Manual*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2015. 504 p.
73. Kristeller J., Wolever R. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 2011. № 19(1). P 49-61.
74. Katterman S., Kleinman B., Hood M. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 2014. №15(2). P.197-204.
75. Alberts H., Thewissen R., Raes L. Dealing with problematic eating behaviour: The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 2012. № 58(3). P. 847-851.
76. Kristeller J., Wolever R., Sheets V. Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 2014. №5. P. 282-297.
77. Safer D., Telch C., Chen E. *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York: Guilford Press, 2009. 244 p.
78. Telch C., Agras W., Linehan M. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 2001. №32(4). P. 707-724.

79. Svaldi J., Naumann E., Trentowska M. General and food-specific inhibitory deficits in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 2012. №47(5). P. 534-542.

80. Neacsiu A., Rizvi S., Linehan M. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2010. №48(9). P. 832-839.

81. Mountford V., Waller G. Using imagery in cognitive-behavioral therapy for eating disorders: Tackling the restrictive mode. *International Journal of Eating Disorders*, 2006. № 39(7). P. 533-543.

82. Ivanova I., Geller J., Srikameswaran S. Effectiveness of DBT skills training for individuals with disordered eating: A meta-analysis. *Eating Behaviors*, 2020. №36. P. 48-55.

83. Chapman A., Gratz K., Tull M. *The Role of Emotion Regulation in the Development of Emotional Disorders: A Transdiagnostic Perspective*. New York: Routledge, 2011. 320 p.

84. Germer C., Neff K. Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 2013. № 69(8). P. 856-867.

85. Kelly A., Vimalakanthan K., Carter J. Understanding self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2014. № 47(6). P. 632-639.

86. Smeets E., Neff K., Alberts H., Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 2014. № 70(9). P. 794-807.

87. Miller W., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013. 560 p.

88. Hettema J., Steele J., Miller W. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005. №1. P. 91-111.

89. Carels R., Darby L., Cacciapaglia H. The role of motivational interviewing in weight loss: A randomized controlled trial. *Obesity Research*, 2007. №15(5). P. 1079-1089.

ДОДАТКИ

Додаток А

Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire)

Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ) був створений у 1996 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення даного опитувальника було отримання простого і валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням супроводжуваним ожирінням та диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами.

Структура опитувальника

DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких респондент повинен оцінити у відношенні себе, де: «Ніколи» (1 б.), «Рідко» (2 б.), «Іноді» (3 б.), «Часто» (4 б.) та «Дуже часто» (5 б.).

Інструкція: Перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: Ніколи, Рідко, Іноді, Часто та Дуже часто, поставивши галочку у відповідному стовпці на бланку тесту.

Тестовий матеріал

| № | Запитання | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Дуже часто |
|---|--|--------|-------|-------|-------|------------|
| 1 | Якщо ваша вага починає збільшуватись, ви їсте менше, ніж зазвичай? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 2 | Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Чи часто ви відмовляєтеся від їжі та пиття через те, що турбуєтеся про свою вагу? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Чи ретельно ви контролюєте кількість з'їденого? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Чи ви вибираєте навмисно таку їжу, яка призводить до схуднення? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не набрати вагу? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| | вагою? | | | | | |
| 9 | Чи часто ви намагаєтеся не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Чи має значення показник вашої ваги, коли ви їсте? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підставив? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| | встає на вашому шляху, або порушуютьс я ваші плани, або щось не вдається? | | | | | |
| 17 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви відчуваєте якусь неприємніст ь? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані чи напружені? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, або коли зруйновані ваші сподівання? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 23 | Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, втомлені, неспокійні? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, чи їсте ви її більше, ніж звичайно? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Якщо у вас є щось смачне, чи з'їсте це негайно? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Коли проходите повз пекарню (кондитерську), чи хочеться вам купити щось смачне? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Коли ви проходите повз ресторан або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 30 | Якщо ви бачите, як їдять інші, чи є у вас бажання їсти? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачного? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Чи їсте ви більше, ніж зазвичай у компанії (коли їдять інші)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Інтерпретація: кількісне значення за шкалою дорівнює середньому арифметичному значенню балів за цією шкалою. Іншими словами, необхідно скласти бали за кожною шкалою і розділити на кількість питань у шкалі. Питання 1-10 становлять шкалу емоціогенної харчової поведінки (10 питань), питання 11-23 – шкалу екстернальної харчової поведінки (13 питань), питання 24-33 – шкалу обмежувальної харчової поведінки (10 питань).

| Шкала | Діапазон середнього бала | Рівень прояву | Характеристика |
|-------------------------|--------------------------|---------------|--|
| Обмежувальне харчування | 1,0 – 2,0 | Низький | Людина рідко обмежує себе в їжі, не контролює раціон. |
| | 2,1 – 3,0 | Помірний | Частковий контроль харчування, іноді спроби обмеження калорій. |
| | 3,1 – 4,0 | Підвищений | Часте свідоме обмеження їжі, прагнення контролювати вагу. |
| | 4,1 – 5,0 | Високий | Постійні спроби дієт, жорсткий контроль харчування, можливий ризик зривів. |

| | | | |
|-------------------------|-----------|------------|--|
| Емоційне харчування | 1,0 – 2,0 | Низький | Емоції майже не впливають на харчування. |
| | 2,1 – 3,0 | Помірний | Іноді виникає бажання їсти у стресових ситуаціях. |
| | 3,1 – 4,0 | Підвищений | Виражена схильність «заїдати» тривогу, сум чи нудьгу. |
| | 4,1 – 5,0 | Високий | Їжа часто використовується як основний спосіб зняття стресу, високий ризик переїдання. |
| Екстернальне харчування | 1,0 – 2,0 | Низький | Людина мало реагує на зовнішні харчові стимули. |
| | 2,1 – 3,0 | Помірний | Помірна чутливість до запахів і вигляду їжі. |
| | 3,1 – 4,0 | Підвищений | Їжа часто вживається під впливом зовнішніх подразників, навіть без відчуття голоду. |
| | 4,1 – 5,0 | Високий | Сильна залежність від вигляду та доступності їжі, високий ризик переїдання. |

Тест відношення до прийому їжі (ЕАТ-26)

Тест ставлення до прийому їжі (англ. Eating Attitudes Test; ЕАТ) – скринінгова тестова методика, розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році. Шкала, як і більшість подібних, включає симптоми, що розцінюються як абнормальні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфер, але підшкали у тесті не виділяються. Тест ЕАТ-26 є скринінговим, тобто на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки – імовірно, анорексії або булімії (тест створювався для виявлення саме цих розладів). Тим часом, ряд пунктів є специфічним для деяких інших розладів харчової поведінки, наприклад, обмежувального, компульсивного тощо. Таким чином, тест дозволяє виявити «групу ризику», яка потребує консультації фахівця в галузі психічного здоров'я, хоча і не охоплює всі розглянуті на сьогоднішній день розлади харчової поведінки.

Структура опитувальника: ЕАТ-26 складається з 26 тверджень, кожне з яких респондент повинен оцінити у відношенні себе, де в питаннях 1-25: «Ніколи» (0 б.), «Рідко» (0 б.), «Іноді» (0 б.), «Часто» (1 б.), «Як правило» (2 б.) та «Постійно» (3 б.). Для питання 26: «Ніколи» (3 б.), «Рідко» (2 б.), «Іноді» (1 б.), «Часто» (0 б.), «Як правило» (0 б.) та «Постійно» (0 б.).

Інструкція: Перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Дайте відповідь на них однією з шести можливих відповідей: Ніколи, Рідко, Іноді, Часто, Як правило та Постійно, поставивши галочку у відповідному стовпці на бланку тесту.

Тестовий матеріал

| № | Твердження | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Як правило | Постійно |
|----|--|--------|-------|-------|-------|------------|----------|
| 1 | Мене лякає думка про те, що я наберу вагу | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Я утримуюсь від їжі, навіть будучи голодною. | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Я вважаю, що я поглинена думками про їжу | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | У мене бувають напади безконтрольного вживання їжі, під час яких я не можу себе зупинити | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Я розділяю свою їжу на дрібні шматочки | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля) | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Я відчуваю, що оточуючі хотіли б, щоб я більше їла | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Мене рве після їжі | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Я відчуваю загострене почуття провини після вживання їжі | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Я одержима бажанням схуднути | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Коли я займаюся спортом, то думаю, що я спалюю калорії | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Оточуючі вважають мене занадто худю | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Я стурбована думками про жир, що є у моєму тілі | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Я утримуюсь від їжі, що містить цукор | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Я їм дієтичні продукти | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Я відчуваю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних з їжею | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Я відчуваю, що оточуючі чинять на мене тиск, щоб я їла | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Я витрачаю надто багато часу на питання, пов'язані з їжею | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Я відчуваю дискомфорт після того, як поїм солодощів | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Я дотримуюся дієти | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Мені подобається відчуття порожнього шлунку | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Після їжі у мене виникає імпульсивне бажання її вирвати | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Я отримую задоволення, коли куштую нові та смачні страви | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Інтерпретація загального балу: тест ЕАТ-26 є скринінговим, тобто. на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал

по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки - імовірно, анорексії чи булімії. Якщо в результаті сумарний бал тесту перевищує значення 20 балів, є дуже висока ймовірність харчових розладів.

< 20 → низький ризик порушень харчової поведінки.

≥ 20 → високий ризик, рекомендована додаткова діагностика.

Шкала самоповаги Розенберга – це особистісний опитувальник для
вимірювання рівня самоповаги

Самоповага – це суб’єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїй цінності; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід’ємне право.

Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори-самоприниження і самоповагу: чим вище одна, тим нижче інша. Самоприниження може бути наслідком депресивного стану, тривожності і психосоматичних симптомів; самоповага є причиною і наслідком активності в спілкуванні, лідерства, почуття міжособистісної безпеки. Обидва чинники безпосередньо залежать від ставлення до досліджуваного його батьків в дитинстві. Опитувальник Розенберга складається з 10 суджень, на кожне з яких пропонується чотири градації відповідей, кодованих в балах за запропонованою схемою.

Інструкція: Перед вами низка питань щодо вашої самоповаги. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих відповідей: Повністю згоден, Згоден, Не згоден та Абсолютно не згоден, поставивши галочку у відповідному стовпці на бланку тесту.

Тестовий матеріал

| № | Твердження | Повністю згоден | Згоден | Не згоден | Абсолютно не згоден |
|---|--|-----------------|--------|-----------|---------------------|
| 1 | Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | Я завжди схильна | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| | відчувати себе невдахою. | | | | |
| 3 | Мені здається, у мене є ряд хороших якостей. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Я здатна дещо робити не гірше, ніж більшість | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | Мені здається, що мені особливо нічим пишатися. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я до себе добре ставлюся | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | В цілому я задоволена собою. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Мені б хотілося більше поважати себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Іноді я ясно відчуваю свою неефективність | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Іноді я думаю, що я в усьому нехороша | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ключ і обробка результатів тесту.

За кожну відповідь нараховуються бали відповідно до ключа: прямі запитання: 1,3,4,6 які оцінюються так: 4 – повністю згоден, 3 – згоден, 2 – не згоден, 1 – абсолютно не згоден; зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація загального балу

| Діапазон бала | Рівень самоповаги | Характеристика |
|---------------|-------------------|---|
| 30 – 40 | Високий | Виразене позитивне ставлення до себе, стійка адекватна самооцінка. |
| 26 – 29 | Середній | Загалом позитивне ставлення до себе, можливі окремі сумніви. |
| ≤ 25 | Низький | Занижена самооцінка, невпевненість у собі, схильність до самокритики. |

Додаток Д

Опитувальник образу власного тіла (О.О.Скугаревський, С.В.Сивуха)

Це методика, розроблена для оцінки ставлення людини до власного тіла та ступеня задоволеності власною зовнішністю. Опитувальник спрямований на виявлення когнітивних, емоційних і поведінкових аспектів образу тіла, які можуть впливати на самооцінку та психоемоційний стан людини.

Методика складається з 16 тверджень, що описують типові переживання, пов'язані з власним тілом (наприклад, сором за зовнішність, уникання певних соціальних ситуацій, порівняння себе з іншими, бажання змінити тіло).

Відповіді фіксуються за чотирибальною шкалою: 0= Ніколи, 1=Іноді, 2=Часто, 3=Завжди

Підрахунок: сума всіх балів (діапазон від 0 до 48). Вищі бали свідчать про сильніше незадоволення власним тілом та більш виражений негативний образ власної зовнішності. Нижчі бали вказують на позитивне або нейтральне ставлення до свого тіла.

Інструкція: перед вами питання щодо ставлення до тіла. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди».

Тестовий матеріал

| № | Питання | Ніколи | Іноді | Часто | Завжди |
|---|---|--------|-------|-------|--------|
| 1 | Я не люблю дивитися на себе у дзеркало | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Купівля одягу звертає мою увагу на те, як я виглядаю, і тому неприємна | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Я не люблю, коли на мене звернено увагу оточуючих | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Я уникаю ситуацій, в яких оточуючі можуть побачити моє тіло (наприклад, | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| | відвідування басейну, пляжу тощо) | | | | |
| 5 | Я відчуваю сором за своє тіло у присутності певних людей | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Я не люблю своє тіло | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини соромляться при погляді на мене | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Я порівнюю своє тіло з іншими для того, щоб переконатися, що вони повніші за мене | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через те, що я відчуваю незручність у зв'язку зі своїм зовнішнім виглядом | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Я відчуваю провину у зв'язку зі своєю вагою | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | У мене є негативні думки, і я самокритична щодо свого тіла і того, як я виглядаю | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Мені важко приймати компліменти щодо того, як я виглядаю | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Коли я дивлюся в дзеркало, то моя увага зосереджена переважно на тих частинах тіла, які потребують поліпшення | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Я відчуваю себе приниженою і/або пригніченим(ою) у присутності людини, яка, на мою думку, більш приваблива, ніж я | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Я турбуюся про власну вагу | 0 | 1 | 2 | 3 |

Інтерпретація загального балу

| Діапазон бала | Рівень занепокоєння формою тіла | Характеристика |
|---------------|---------------------------------|---|
| 0-10 | Низький | Низький рівень занепокоєння тілом, задоволення власною формою, позитивне або нейтральне ставлення до зовнішності. |
| 11-20 | Помірний | Помірний рівень занепокоєння, можливі епізодичні переживання щодо фігури або окремих частин тіла. |

| | | |
|---------|------------|---|
| 21 – 32 | Підвищений | Виражене занепокоєння формою тіла, часті негативні емоції щодо зовнішності, вплив на самооцінку та поведінку. |
| 33 – 48 | Високий | Сильне занепокоєння тілом, високий ризик розвитку розладів харчової поведінки. |

Шкала прийняття тіла Body Appreciation Scale-2

Це методика, розроблена для оцінки позитивного ставлення до власного тіла, незалежно від його зовнішніх характеристик. Опитувальник вимірює рівень прийняття, поваги та турботи про тіло, а також здатність зберігати позитивне ставлення до себе, незважаючи на соціальні чи медійні стандарти зовнішності.

Методика складається з 10 тверджень, що відображають когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти прийняття тіла (наприклад: «Я поважаю своє тіло», «Я приймаю його, незважаючи на недоліки», «Я займаюся здоровими практиками, щоб подбати про нього»).

Відповіді фіксуються за п'ятибальною шкалою: 1= Ніколи, 2=Рідко, 3=Іноді, 4=Часто, 5=Завжди

Підрахунок балів: сума всіх відповідей (діапазон від 10 до 50).

Вищі бали свідчать про високе прийняття та позитивне ставлення до власного тіла.

Нижчі бали вказують на менший рівень задоволеності й турботи про себе.

Інструкція: нижче наведені твердження стосуються того, як ви ставитеся до власного тіла у повсякденному житті. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та позначте, наскільки часто воно відображає ваші думки, почуття чи поведінку

Тестовий матеріал

| № | Питання | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Завжди |
|---|--|--------|-------|-------|-------|--------|
| 1 | Я поважаю своє тіло | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Я відчуваю гарні емоції щодо свого тіла | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Я відчуваю, що моє тіло має принаймні деякі хороші якості. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Я займаю позитивну позицію стосовно свого тіла. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Я уважно ставлюся до потреб мого тіла. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Я відчуваю любов до свого тіла. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Я ціную різні та унікальні характеристики мого тіла. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Моя поведінка відображає моє позитивне ставлення до тіла; наприклад, я йду з піднятою головою та усміхаюся. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Я почуваюся комфортно у своєму тілі. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Я відчуваю, що я гарна, навіть якщо відрізняюся від медійних образів привабливих людей (наприклад, моделей, акторок). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Інтерпретація загального балу

| Діапазон бала | Рівень прийняття тіла | Характеристика |
|---------------|-----------------------|--|
| 10-19 | Низький | Негативне або критичне ставлення до власного тіла, низька турбота про нього, часті порівняння себе з іншими. |
| 20-34 | Середній | Ставлення до тіла змішане: присутні як позитивні, так і критичні переживання щодо зовнішності та турботи про себе. |
| 35-50 | Високий | Позитивне ставлення до тіла, повага до нього, цінування унікальних характеристик, турбота про здоров'я та комфорт. |