ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему

«ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ»

Виконала: здобувачка 2 року навчання
групи Пз2403
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»
Обух Ксенія Валентинівна

Науковий керівник:
Півень Л. В.
асистентка кафедри психології

Рецензент:
Герасіна С. В. кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри психології Університет Григорія Сковороди в Переяславі

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП....3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ....7
1.1 Теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки....7
1.2 Особистісні чинники розвитку розладів харчової поведінки....11
1.3 Психологічні механізми виникнення та розвитку розладів харчової поведінки....15
Висновки до першого розділу....22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ....25
2.1. Методи та організація емпіричного дослідження....25
2.2.Результати емпіричного дослідження....30
Висновки до другого розділу....38
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ....41
3.1. Принципи та організація психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки....41
3.2. Психологічні стратегії подолання розладів харчової поведінки....50
3.3. Структура та зміст психологічних рекомендацій щодо профілактики та психологічної підтримки осіб із розладами харчової поведінки....54
Висновки до третього розділу....58
ВИСНОВКИ....60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ....62
ДОДАТКИ....69

ВСТУП

Актуальність та постановка проблеми. За результатами досліджень, розлади харчової поведінки (РХП) належать до найбільш поширених психічних захворювань серед населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 9% людей у світі страждають на той чи інший тип РХП. Анорексія та булімія діагностуються у 1-3% молодих жінок, тоді як розлад переїдання спостерігається у 2-3% дорослих. Реальна кількість випадків може бути значно вищою, адже багато людей не звертаються по допомогу через соціальні стереотипи, почуття сорому та низьку обізнаність про ці захворювання.

З розладами харчової поведінки можуть стикатися люди будь-якого віку, статі та соціального статусу. РХП тісно пов'язано з психічним здоров'ям особистості. Емоційний стан, рівень тривожності та самооцінки, відчуття благополуччя особистості можуть бути як наслідком так і причиною порушень харчової поведінки.

Неліковані розлади харчової поведінки (РХП) можуть мати серйозні та довготривалі наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини. Через систематичне порушення режиму харчування та нездорові практики контролю ваги організм зазнає значного виснаження, що може призвести до критичних станів і навіть летальних випадків.

Розлади харчової поведінки є одними з найбільш смертоносних психічних захворювань. За статистикою, вони стають причиною понад 10 200 смертей щороку, що еквівалентно одній смерті кожні 62 хвилини. Високий рівень смертності пояснюється як фізичними ускладненнями, так і високою поширеністю суїцидів серед людей, які страждають на РХП.

Внаслідок поширюваності та серйозності наслідків важливо розуміти, що таке розлади харчової поведінки та вміти запобігти розвитку даних захворювань.

Увага багатьох науковців зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки, таких як Т.І. Алексєєва, Л.Ф. Артюх, О.Ю. Барташук, О.В. Бацилєва, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, М.О. Бутінов, Ж.П. Вірна, С.О. Кириленко, В.А. Косяк, Н.І. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А.І. Яблонський та ін., психологічні особливості розладів даної сфери досліджували О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та ін..

Питання психологічних особливостей етіопатогенезу розладів харчової поведінки як центральні розглядали такі дослідники, як Г.Ш. Ашурова, Л.М. Ваколюк, А.В. Вахмістров, Є.І. Гетманчук, О.К. Кислова, Г.Д. Золотова, Н.Ю. Краснопьорова, 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.

Об'єкт дослідження - розлади харчової поведінки.

Предмет дослідження - вплив психологічних чинників на появу та розвиток розладів харчової поведінки особистості.

Мета дослідження - провести теоретичний аналіз та емпірично дослідити чинники та особливості прояву розладів харчової поведінки особистості.

Відповідно до мети поставлено такі **завдання дослідження:**

1. Обґрунтувати теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки.

2. Дослідити психологічні механізми виникнення та розвитку розладів харчової поведінки
3. Емпірично дослідити психологічний стан осіб, що мають схильність до розвитку розладів харчової поведінки.
4. Розробити та описати психологічні стратегії подолання розладів харчової поведінки.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було застосовано групу теоретичних та емпіричних методів дослідження.

Теоретичні методи: аналіз проблеми, синтез отриманих даних, систематизація наукової, медичної та психологічної літератури, порівняння та узагальнення теоретичних та емпіричних даних.

З метою експериментального дослідження було використано такі емпіричні методи:

1. шкала самооцінки М. Розенберга (для вимірювання самооцінки особистості) (додаток А);
2. шкала тривоги Ч.Спілбергера (для вимірювання рівня реактивної та особистісної тривоги) (додаток Б);
3. багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста (для вимірювання адаптивних та дезадаптивних рис перфекціонізму) (додаток В);
4. голландський опитувальник харчової поведінки (для виявлення типів харчової поведінки) (додаток Г);
5. шкала труднощів у регуляції емоцій (для вимірювання порушення емоційної регуляції) (додаток Д).

Апробація результатів дослідження: Обух К. В. Психологічні чинники розладів харчової поведінки особистості. *Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень* : IX Міжнар. студент. наук. конф., м. Рівне, 28 листоп. 2025 р. С. 880–882 (сертифікат).

Теоретичне значення магістерського дослідження полягає у розширенні знань та уявлень про розлади харчової поведінки, психологічних чинників, механізмів формування та розвитку РХП.

Практична значущість одержаних результатів полягає у можливості їх використання у сфері психологічного консультування, психотерапії, роботи соціальних працівників. Отримані дані можуть бути корисними у розробці профілактичних заходів для запобігання РХП та розробці рекомендацій для подолання різного типу харчових розладів.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (66 найменувань), додатків. Містить 5 рисунків, 5 Додатків. Загальний зміст роботи викладено на 83 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки досліджувалися в межах різних наукових підходів, медичного, психологічного та соціального. У психологічній науці значний внесок у вивчення цих розладів зробили Зигмунд Фрейд, який розглядав їх через призму психоаналітичної теорії, Альберт Бандура, який підкреслював роль соціального научіння, а також дослідники когнітивно-біхевіорального напряму, а саме Аарон Бек і Крістофер Фейрберн. Сучасні дослідження зосереджуються на комплексному підході, що включає нейробіологічні, генетичні та психосоціальні аспекти, що дає можливість глибше зрозуміти механізми розвитку таких розладів, як анорексія, булімія та компульсивне переїдання.

Харчова поведінка - це система взаємодій індивіда з оточуючим середовищем, спрямованої на задоволення потреб за допомогою їжі [2] Харчова поведінка людини являє собою комплексну систему, що формується під впливом фізіологічних потреб та психологічних та соціокультурних чинників. Вона охоплює ставлення до їжі, усталені звички споживання в повсякденному житті та під час стресових ситуацій, а також суб’єктивне сприйняття власного тіла та дії, спрямовані на його корекцію чи підтримку.

Розлади харчової поведінки визначаються як стійкі відхилення у звичках споживання їжі або пов’язаній з нею поведінці, які спричиняють порушення у засвоєнні поживних речовин. Такі зміни можуть мати негативний вплив як на фізичний стан людини, так і на її психоемоційне благополуччя та соціальне функціонування.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), розлади харчової поведінки характеризуються відхиленнями у споживанні їжі, які не можуть бути пояснені іншими медичними станами, не відповідають віковим нормам розвитку та не є соціально або культурно прийнятними. Такі порушення часто супроводжуються фізичними та психологічними ускладненнями, що впливають на загальний стан здоров'я та якість життя людини [66].

О. Мойзріст зазначає, що нервова булімія була вперше описана 50 років тому. Однак кількість досліджень, присвячених цьому розладу, значно зросла з 1985 року, що свідчить про зростаючий інтерес до розуміння патофізіології розладу, психологічних аспектів та методів лікування [5].

З моменту народження харчування відіграє ключову роль у формуванні емоційного стану людини. Для немовляти процес насичення асоціюється з відчуттям любові та турботи. Під час годування дитина позбавляється тривожності та дискомфорту, що створює в неї відчуття безпеки. Окрім фізіологічного значення, їжа у перший рік життя відіграє важливу роль у формуванні зв'язку між матір'ю та дитиною. З віком харчування стає способом підтримки життєдіяльності та важливим елементом соціалізації, впливаючи на звички, культуру споживання та взаємодію з оточенням [54].

У межах когнітивного підходу до вивчення розладів харчової поведінки важливу роль відіграє поняття незадоволеності власним тілом, яке розглядається як складне психічне явище з двома компонентами - оцінним і перцептивним. Оцінний компонент формується на основі мислення і включає загальне ставлення до тіла, рівень задоволеності або незадоволеності його вагою, формою та окремими частинами. Цей компонент також охоплює емоційні реакції, пов'язані з власною зовнішністю, такі як тривога, сором або пригніченість.

Когнітивний аспект полягає в системі переконань людини щодо власного тіла та зовнішності, що впливає на її поведінку. Надмірна зосередженість на зовнішньому вигляді може спонукати до специфічних дій - наприклад, уникнення дзеркал, постійне зважування або нав'язливе відвідування спортзалу. Такі моделі поведінки часто є симптомами порушеного ставлення до тіла та сигналами формування розладів харчової поведінки. Когнітивна теорія підкреслює, що переконання й уявлення людини про своє тіло є важливою складовою у розумінні причин та механізмів розвитку РХП [31].

Шебанова В. І. розглядає основи психології тілесності як сфери психологічного знання, що виконує посередницьку функцію між психологією свідомості та осмисленням харчового тілесного досвіду. На думку авторки харчова поведінка є унікальним досвідом тілесності, що пов'язує соціокультурне та природне тіло. Соціокультурне тіло відіграє роль посередника між процесом харчування, що забезпечує організм необхідною енергією та поживними речовинами, і усталеними культурними нормами. Культура споживання їжі формує традиції вибору продуктів та способів їх приготування, відображаючи особливості певного суспільства. Споживання їжі супроводжується усвідомленням її значущості, що проявляється у психологічному сприйнятті харчування під впливом емоційних факторів. Окрім цього, соціальні стандарти краси, уявлення про фізичну привабливість та родинні звичаї відіграють важливу роль у формуванні харчової поведінки особистості. Природне тіло включає в себе ставлення до себе та власного тіла як соматичного реагування на надлишок чи нестачу надходження поживних речовин [59].

Життєвий досвід та стиль мислення опосередковано впливають на формування харчової поведінки людини. Вона тісно пов'язана з процесом виховання, сімейними традиціями, етнічними та культурними особливостями. Впровж життя ці фактори поступово закріплюються відповідно до соціального

середовища, у якому перебуває особистість. Харчова поведінка охоплює широкий спектр компонентів, що беруть участь у процесі прийому їжі. Обсяг споживаної їжі значною мірою залежить від доступності продуктів, їхнього вибору, цінової політики, а також таких факторів, як зовнішній вигляд їжі, її розташування, упаковка та розмір порцій [65].

Розлади харчової поведінки можна розглядати як дезадаптивний механізм подолання внутрішніх конфліктів, у якому їжа стає засобом вираження емоційного дискомфорту. Люди, які стикаються з такими порушеннями, часто використовують харчування як спосіб регулювання власного психологічного стану. Важливу роль у розвитку цих розладів відіграють генетичні фактори, що впливають на функціонування мозкових систем, відповідальних за контроль апетиту, а також ранні моделі виховання та індивідуальні особливості особистості [49].

Згідно з сучасним науковим підходом, розлади харчової поведінки розглядаються як порушення психічного здоров’я, що супроводжуються дисфункціями у харчових звичках. Вони призводять до серйозних наслідків, загрожуючи як фізичному, так і психоемоційному благополуччю особистості. За відсутності належного втручання такі стани можуть значно знизити якість життя та становити загрозу для здоров’я [61].

Неврологічна основа компульсивного переїдання ґрунтується на взаємодії кількох ключових структур головного мозку. Гіпоталамус, що відповідає за регулювання енергетичного балансу,споживання їжі, взаємодіє з кишковими гормонами, що стимулюють апетит. Система винагороди, яка включає мигдалеподібне тіло (Am), прилягаюче ядро (Nac), вентральний тегментальний район (VTA), вентральний стріатум (VS) та орбітофронтальну префронтальну кору (OFC), відповідає за мотиваційно-афективні функції і регулює емоційний відгук на споживання їжі. Крім того, області кори головного мозку, що відповідають за гальмівний контроль, беруть участь у регуляції імпульсивної

поведінки. Взаємодія цих трьох систем під час епізодів переїдання визначає основні механізми імпульсивності, чутливість до винагороди та здатність до гальмування реакцій [62].

Нейробіологічні дослідження Г. Франка підтверджують, що механізми винагороди відіграють ключову роль у патофізіології розладів харчової поведінки. Зміни в орбітофронтальній корі головного мозку можуть впливати на здатність припиняти прийом їжі ще до повного задоволення фізіологічної потреби, що може бути одним із факторів розвитку нервової анорексії. Важливу роль відіграє острівцева кора, яка бере участь у процесах смакової винагороди та демонструє структурні й функціональні зміни при різних формах РХП. У цьому контексті припускається, що нервова анорексія асоціюється з підвищеною активністю дофамінергічної системи, тоді як нервова булімія - зі зниженою реакцією цього нейронного ланцюга [63].

1.2 Особистісні чинники розвитку розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) становлять серйозну загрозу психічному та фізичному здоров’ю особистості. Вони є не просто тимчасовими порушеннями апетиту чи ставлення до їжі, а складними психічними захворюваннями та потребують серйозної медичної та психологічної уваги. Статистика свідчить, що саме розлади харчової поведінки мають один із найвищих рівнів смертності серед усіх психічних захворювань (10000 смертей в рік або одна смерть кожні 62 хвилини), що підкреслює їхню небезпечність та актуальність як для дослідників, так і для практиків.

Згідно з даними, опублікованими JAMA Network, розлади харчової поведінки мають серйозні довготривалі наслідки для здоров’я та високі ризики смертності.

Статистика свідчить, що лише близько 46% пацієнтів з нервовою анорексією досягають повного одужання. Близько 20% осіб продовжують страждати на хронічні проблеми зі здоров'ям, спричинені цим розладом, які можуть зберігатися впродовж усього життя.

Крім того, до 50% хворих на анорексію з часом можуть перейти до іншої форми РХП - нервової булімії. Окрему тривогу викликає той факт, що приблизно кожна п'ята людина з нервовою анорексією вчиняє суїцид, що робить цей розлад одним із найнебезпечніших у сфері психічного здоров'я [53].

Причини виникнення РХП є багатофакторними й охоплюють як біологічні, так і психологічні, соціальні та культурні чинники. На розвиток таких розладів можуть впливати спадковість, гормональні порушення, негативний досвід у дитинстві, низька самооцінка, емоційна нестабільність, соціальний тиск, ідеалізація «худого» тіла в ЗМІ, булінг через зовнішність, а також труднощі в міжособистісних стосунках.

Особливо вразливими до РХП є підлітки та молодь, оскільки в цей період формуються особистість, система цінностей, самосприйняття й образ тіла. Усе це робить важливим раннє виявлення ознак розладів харчової поведінки, проведення профілактичних заходів та забезпечення своєчасної психологічної допомоги.

Урахування комплексу впливів та глибоке розуміння механізмів розвитку РХП є критично важливими для створення ефективних програм підтримки, реабілітації та профілактики, які здатні реально змінити життя багатьох людей [57].

Одним із ключових особистісних чинників, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки (РХП), є досвід емоційної прив'язаності в дитинстві. Формування надійного стилю прив'язаності забезпечує базове відчуття безпеки, прийняття й довіри до себе та інших. Якщо у дитини цей досвід був негативним - внаслідок емоційного і фізичного нехтування,

насильства або відсутності стабільних стосунків із батьками - це може призвести до розвитку дезадаптивних механізмів саморегуляції через харчову поведінку. У таких випадках їжа або її обмеження стають способом впоратися з внутрішнім напруженням, тривогою, нерозділеними почуттями або потребою у визнанні.

Ще одним особистісним чинником є нездатність ефективно виражати й усвідомлювати власні емоції. Люди, які в дитинстві не отримали досвіду емпатійного прийняття з боку близьких, часто мають труднощі з емоційною регуляцією, низьку самооцінку та переконання у власній незначущості. Вони можуть несвідомо використовувати РХП як інструмент комунікації - спосіб показати свій біль або компенсувати відчуття емоційної порожнечі. Особистісні характеристики, що сформувалися під впливом сімейного середовища та ранніх психоемоційних переживань, відіграють вирішальну роль у виникненні та перебігу розладів харчової поведінки [59].

Наукові дослідження свідчать, що одним із провідних особистісних чинників розвитку розладів харчової поведінки є глибоке незадоволення власним тілом. Саме спотворене сприйняття себе, своєї ваги та фігури, а також залежність самооцінки від зовнішнього вигляду формують основу для низки харчових порушень. Наприклад, при нервовій анорексії людина свідомо обмежує споживання їжі, прагнучи до зниження ваги навіть за умов уже критичної худорлявості. Паралельно посилюється страх набрати вагу, що супроводжується стійкою відмовою приймати власне тіло. Також характерними є тривожність, перфекціонізм, низька самооцінка й підвищена самокритичність.

Нервова булімія пов’язана з надмірною прив’язаністю самооцінки до контролю над вагою та тілом. Її суть полягає в циклічності: людина переїдає внаслідок емоційного стресу, а потім штучно провокує очищення організму (блювання, використання проносних або надмірна фізична активність). Компульсивне переїдання зазвичай виникає як реакція на внутрішню напругу,

коли їжа виконує функцію «емоційної подушки». Серед інших особистісних моделей поведінки, що можуть сприяти розвитку РХП, виділяють: дисоціативні стани (харчування як спосіб уникнення неприємних емоцій), ритуалізацію (жорсткий контроль режиму харчування), соціальну ізоляцію (усамітнення для дотримання контролю над їжею) та емоційне перенесення (переїдання як реакція на емоційні тригери). Ці особистісні особливості свідчать про глибокий внутрішній конфлікт, який реалізується через розлади харчової поведінки як спосіб саморегуляції або самопокарання [10].

Перфекціонізм є важливим фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки, взаємодіючи з іншими біологічними, психологічними та соціокультурними чинниками. Він може проявлятися як в адаптивних, так і в дезадаптивних рисах, що в свою чергу збільшує схильність до розвитку розладів, особливо коли вони супроводжуються низькою самооцінкою, тривожністю та депресією. Особливо небезпечним є клінічний перфекціонізм, який посилює симптоми розладів харчової поведінки через надмірну фокусованість на контролі ваги та харчових звичках, що веде до поглиблення порушень у споживанні їжі [23].

Л. М. Абсалямова у своєму дослідженні виявила значущий зворотний зв’язок між рівнем задоволеності життям та індексом маси тіла, що свідчить про певну взаємозалежність між фізичними параметрами людини та її психологічним благополуччям. Отримані результати вказують на те, що особи з вищим індексом маси тіла, як правило, менш задоволені своїм життям порівняно з тими, хто має нижчий показник ІМТ. Це може бути зумовлено різними факторами, соціальним тиском, станом здоров'я, рівнем фізичної активності та загальним сприйняттям власного тіла. Важливо враховувати, що задоволеність життям є багатовимірним конструктом, на який впливають фізичні характеристики особистості та психологічні, соціальні та економічні чинники [3].

В. В. Огоренко та В. О. Кокашинський стверджують, що тривожність відіграє значну роль у розвитку та перебігу розладів харчової поведінки, виступаючи супутнім симптомом і особистісним чинником, який сприяє формуванню патологічної фіксації на зовнішності, масі тіла та контролі харчування. Високий рівень тривоги часто передує виникненню РХП, провокуючи нав'язливі думки, ритуали, соціальну ізоляцію та емоційну нестабільність. Пацієнти з анорексією або булімією демонструють схильність до перфекціонізму, ригідності мислення та афективної нестабільності, що ускладнює адаптацію та знижує ефективність терапії. Тому тривожні розлади варто розглядати як важливий елемент у системі комплексного підходу до лікування РХП [40].

Розлади харчової поведінки формуються під впливом комплексу особистісних чинників, серед яких провідне місце займають емоційна нестабільність, порушення стилю прив'язаності, спотворене сприйняття тіла, низька самооцінка, тривожність і перфекціонізм. Негативний досвід у дитинстві, відсутність емоційної підтримки та проблеми з емоційною регуляцією можуть призводити до використання їжі як способу самозаспокоєння або самопокарання. Тривожність сприяє нав'язливому контролю за тілом і харчуванням, тоді як перфекціонізм та залежність самооцінки від зовнішності поглиблюють ризик формування патологічних моделей поведінки. Усе це зумовлює потребу в комплексному підході до діагностики й терапії РХП з урахуванням психологічного портрета особистості.

1.3 Психологічні механізми виникнення та розвитку розладів харчової поведінки

Харчова поведінка є складною системою звичок, установок і форм реагування, що охоплює нормативні, сталі моделі споживання їжі та тимчасові

відхилення і патологічні стани. До найбільш поширених форм розладів харчової поведінки належать нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання та інші порушення, що мають виражений психогенний характер. За даними клінічних спостережень, впродовж останніх десятиліть рівень поширеності харчових розладів серед осіб підліткового та юнацького віку значно зростає, що пов’язано з віковою вразливістю, кризою ідентичності та підвищеним впливом соціальних стандартів зовнішності [25].

У психологічній науці розлади харчової поведінки описуються як результат взаємодії різноманітних чинників, серед яких основне місце посідають біологічні, родинні, особистісні та соціокультурні механізми. Згідно з позицією психологів Бауманн У., Перре М. у роботі «Клінічна психологія», біологічні передумови включають генетично детерміновані особливості функціонування мозкових структур та нейрохімічних процесів. Вживання їжі з високим вмістом вуглеводів може спричиняти зниження рівня тривоги, тимчасове покращення емоційного стану та суб’єктивного самопочуття, що закріплює харчову поведінку як спосіб емоційної саморегуляції.

Важливу роль у формуванні дезадаптивних харчових патернів відіграють родинні стратегії виховання. У сім’ях, де їжа використовується як універсальний засіб заспокоєння, заохочення або компенсації емоційного дефіциту, у дитини поступово формується асоціація між прийомом їжі та переживанням безпеки. Якщо материнська опіка зосереджується переважно на фізичному комфорті та харчуванні, а емоційні потреби залишаються недостатньо задоволеними, їжа починає виконувати функцію основного джерела психологічної підтримки, що підвищує ризик розвитку залежної харчової поведінки.

Особистісні характеристики також є значущими детермінантами розвитку розладів харчової поведінки. Високий рівень інтелектуального розвитку, соціальної адаптивності та сформовані навички емоційної регуляції

здебільшого виконують захисну функцію. Натомість підвищена тривожність, емоційна лабільність, низька толерантність до фрустрації та нестабільна самооцінка зумовлюють більшу психологічну вразливість і сприяють використанню їжі як способу подолання внутрішнього напруження [7].

Соціокультурні чинники посилюють зазначені механізми, формуючи зовнішній тиск щодо відповідності ідеалам тілесності. Масова культура, медіа та соціальні мережі транслюють стандартизовані образи «ідеального тіла», що провокує хронічне невдоволення собою, спотворене сприйняття власної зовнішності та прагнення до контролю маси тіла. У цьому контексті харчові обмеження, компульсивне переїдання або очищувальні ритуали виступають як спосіб відновлення суб'єктивного почуття контролю над собою та власним тілом.

Питання маси тіла дітей і підлітків розглядається також крізь призму поєднання спадкових та поведінкових чинників. Як зазначає А. Іден, вага дитини може бути зумовлена генетичною спадковістю та моделями харчової поведінки, що засвоюються у сімейному середовищі, включно з режимом харчування, харчовими звичками та ставленням до їжі [38].

Дослідники зосереджують увагу на феномені психологічної вторинної вигоди ожиріння. Так, А. Сковхолт, М. Рєзнік та О. Дьюи вказують, що надмірна маса тіла може несвідомо виконувати захисну функцію, дозволяючи зберігати залежність від матері, уникати високих соціальних вимог або інтимної близькості. У свою чергу, Сьюзі Орбах інтерпретує переїдання як форму протесту проти гендерно зумовлених соціальних очікувань і жорстких стандартів жіночої привабливості.

Соціально-економічна перспектива доповнює психологічне бачення проблеми. М. Мур, А. Станкард і Л. Стоул пов'язують ожиріння з умовами бідності, що обмежують доступ до якісного та збалансованого харчування. Натомість Д. Боуен підкреслює, що надлишкове споживання їжі є характерною

рисою індустріально розвинених суспільств із малорухомим способом життя та високою доступністю калорійної їжі [38].

Значну увагу в дослідженнях психологічних механізмів розвитку розладів харчової поведінки приділяють аналізу генетичних чинників. Застосування близнюкового методу дозволило встановити, що при нервовій анорексії рівень емоційної або когнітивної узгодженості серед монозиготних близнюків становить 56-68%, тоді як серед дизиготних - лише 7-8%, що свідчить про істотну спадкову схильність. У випадку нервової булімії ці показники є значно нижчими (23-35% і 9-29% відповідно), що вказує на більшу роль психологічних та соціальних чинників у її розвитку [7].

Психологічні механізми виникнення та розвитку розладів харчової поведінки формуються в результаті складної та багаторівневої взаємодії біологічних передумов, особливостей сімейного виховання, індивідуально-психологічних характеристик і соціокультурного контексту. Усвідомлення цієї багатофакторності зумовлює необхідність комплексного, міждисциплінарного підходу до профілактики, раннього виявлення та психологічної корекції розладів харчової поведінки, особливо серед молоді як групи підвищеного ризику.

Високий рівень подібності між монозиготними близнюками, які виховувалися в одній сім’ї, не може бути беззастережним доказом виключно генетичної детермінації розладів харчової поведінки. Значною мірою така схожість зумовлена ідентичним соціальним ставленням з боку батьків та найближчого оточення, що формується на основі зовнішньої фізичної подібності близнюків. Унаслідок цього вони можуть отримувати подібні очікування, вимоги та підкріплення, що ускладнює однозначне розмежування впливу генетичних і середовищних чинників.

Генетичну обумовленість розладів харчової поведінки доцільно розглядати не як прямий причинний фактор, а як опосередковану передумову,

що реалізується через індивідуальні фізіологічні характеристики. До них належать швидкість обміну речовин, особливості гормональної регуляції та статевого дозрівання, тип тілобудови, схильність до накопичення жирової тканини та інші соматичні параметри. Зазначені особливості можуть набувати психологічної значущості в умовах соціального порівняння та культурного тиску, перетворюючись на тригери формування дезадаптивного ставлення до власного тіла й харчової поведінки у молоді [32].

Додатковим психологічним чинником ризику є вплив особливостей гендерної ідентичності на рівень задоволеності власною тілобудовою. Згідно з даними, наведеними у праці Бауманн У., Перре М. «Клінічна психологія», фемінінні та недиференційовані жінки демонструють вищий рівень незадоволеності тілом порівняно з маскулінними та андрогінними. Аналогічна тенденція простежується і серед чоловіків із фемінінною гендерною орієнтацією. Такі особливості гендерної ідентичності часто супроводжуються підвищеною чутливістю до соціальних стандартів зовнішності та асоціюються з вищою ймовірністю розвитку розладів харчової поведінки.

У межах соціокультурного підходу встановлено, що когнітивний контроль харчової поведінки є нестійким і легко порушується під впливом зовнішніх сенсорних стимулів - запаху, смаку, вигляду їжі, а також під впливом стресових факторів незалежно від їхнього емоційного знака [7]. Показовим є той факт, що в умовах стресу саме особи зі стриманим, обмежувальним стилем харчування виявляють більшу схильність до епізодів переїдання, тоді як індивіди без жорстких харчових обмежень нерідко демонструють зниження апетиту. Такий парадоксальний ефект пояснюється моделлю Янсена, відповідно до якої багаторазове поєднання певних зовнішніх або внутрішніх стимулів (телевізійна реклама, втома, депресивні переживання) з прийомом їжі сприяє формуванню умовно-рефлекторних реакцій, що запускають неконтрольоване споживання їжі.

У пацієнтів із нервовою анорексією обмежувального типу такий механізм, як правило, не формується. Незважаючи на тривалий і систематичний вплив харчових стимулів, ці особи зберігають жорсткий свідомий контроль над прийомом їжі, що свідчить про принципово іншу психологічну структуру порушення у порівнянні з нервовою булімією чи компульсивним переїданням.

Розлади харчової поведінки постають як складне багатовимірне психологічне явище, що формується під впливом поєднання біологічних передумов, особистісних характеристик, особливостей сімейного виховання та соціокультурного контексту. Негативний емоційний досвід у сім'ї, деформовані моделі ставлення до тіла, внутрішня конфліктність і зовнішній соціальний тиск створюють умови, за яких харчова поведінка набуває компенсаторної або захисної функції, закріплюючи патологічні механізми її регуляції.

Одним із важливих чинників формування порушень харчової поведінки є якість міжособистісних стосунків у родині. Дослідження свідчать, що в сім'ях із домінуванням емоційного потурання (гіперопіки) або жорсткого авторитарного контролю порушення харчової поведінки у дітей фіксуються значно частіше, ніж у родинах із менш інвазивними стилями виховання за умов емоційної дистанційованості або байдужості до внутрішнього світу дитини [32]. У таких умовах діти зазвичай мають обмежені можливості для відкритого вираження емоцій, переживають труднощі у формуванні автономії та самостійного прийняття рішень, а надмірний контроль з боку батьків сприяє накопиченню внутрішнього напруження.

Вагому роль у становленні дезадаптивних харчових установок відіграє й модель поведінки значущих дорослих, передусім матері. Якщо мати демонструє неадекватне ставлення до їжі, власного тіла або маси тіла, це нерідко інтеріоризується дитиною, особливо у дівчат. У таких випадках уже з раннього віку формується підвищена зосередженість на зовнішності, тілобудові та вазі,

що в подальшому істотно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки [38].

Окремої уваги заслуговує гендерний аспект проблеми. У дівчат самооцінка значно частіше ґрунтується на суб'єктивній оцінці зовнішньої привабливості, тоді як у хлопців - на функціональних можливостях тіла, силі та витривалості. Це зумовлює підвищену вразливість жінок до соціальних стереотипів і культурних стандартів зовнішності, що активно транслюються медіапростором [7]. Поширення образу «ідеального тіла» - худорлявого, крихкого, без вираженої м'язової маси - сприяє формуванню стійкої незадоволеності власною зовнішністю, яка, за даними ВООЗ, у переважній більшості випадків (до 85%) виступає передумовою розвитку розладів харчової поведінки [25].

У психологічному вимірі ключовим механізмом розвитку порушень харчової поведінки є спотворення образу тіла, що проявляється у викривленому сприйнятті власної зовнішності, надмірній фіксації на вазі та формах тіла, а також зосередженості на уявних фізичних «недоліках». За таких умов власна цінність дедалі більше визначається через зовнішній вигляд, що зумовлює жорсткий контроль харчування, обмежувальну поведінку або, навпаки, епізоди компульсивного переїдання.

Тісно пов'язаною з цим є нестабільна самооцінка, для якої характерна залежність самоповаги від зовнішніх оцінок і досягнень. Харчова поведінка в цьому контексті набуває функції інструмента самоствердження та контролю, а будь-які коливання маси тіла безпосередньо впливають на емоційний стан, відчуття власної значущості та психологічного благополуччя.

Суттєвим чинником є також порушення емоційної регуляції, що проявляється труднощами у розпізнаванні, вербалізації та конструктивному проживанні емоційних станів. У таких випадках їжа починає виконувати регуляторну функцію: обмеження харчування може тимчасово знижувати рівень

тривоги, тоді як переїдання використовується як спосіб зняття емоційної напруги, почуття внутрішньої порожнечі або самотності.

Ригідність мислення та міжособистісні труднощі сприяють формуванню чорно-білого стилю оцінювання («ідеально або неприйнятно»), надмірних вимог до себе та зниженій здатності до гнучкого реагування на життєві ситуації. Напружені або конфліктні сімейні стосунки в таких умовах посилюють потребу в контролі, який часто реалізується саме через харчову поведінку.

Окремим чинником ризику виступає травматичний досвід, психологічне, фізичне або сексуальне насильство, втрати чи тривалий хронічний стрес. У таких випадках контроль над тілом і їжею може виконувати захисну функцію, слугуючи способом відновлення суб'єктивного відчуття безпеки та впливу на власне життя.

Важливу роль відіграє і стиль сімейного виховання. Гіперопіка обмежує розвиток автономії та саморегуляції, тоді як жорсткий контроль і завищені вимоги сприяють формуванню внутрішнього напруження, протестних форм поведінки або, навпаки, надмірного самоконтролю. Наявність харчових порушень у батьків, особливо у матері, додатково підсилює ризик засвоєння дитиною дисфункційних моделей ставлення до їжі та тіла через механізми наслідування й ідентифікації.

Занижена самооцінка, підвищена тривожність і перфекціоністські установки створюють психологічне підґрунтя для хронічного незадоволення собою. Прагнення до «ідеального» тіла за умов високої тривожності підтримує жорсткі правила харчування як спосіб зниження внутрішньої напруги, що закріплює патологічні харчові патерни.

Психологічні механізми розладів харчової поведінки формуються під комплексним впливом генетичних передумов, сімейних і міжособистісних взаємин, соціокультурного тиску та індивідуально-психологічних особливостей.

Їхня взаємодія створює багаторівневу систему ризиків, яку необхідно враховувати при розробці ефективних профілактичних і корекційних програм.

Висновки до першого розділу

Сучасні дослідження в сфері харчової поведінки та культури споживання їжі зосереджуються на комплексному підході, що включає нейробіологічні, генетичні та психосоціальні аспекти, що дає можливість глибше зрозуміти механізми розвитку таких харчових розладів, як анорексія, булімія та компульсивне переїдання.

Розлади харчової поведінки пояснювалися різними науковими підходами: З. Фрейд трактував їх у межах психоаналізу, А. Бандура наголошував на ролі соціального научіння, а А. Бек і К. Фейрберн розробляли когнітивно-біхевіоральний підхід. В українській науці Л. Абсалямова розглядає харчову поведінку як систему взаємодій особистості з оточенням, а Т. Кудла, З. Антонова й Н. Ханецька підкреслюють психологічні чинники ризику порушень харчової поведінки. В. Шебанова інтерпретує харчову поведінку як досвід тілесності, тоді як нейробіологічні дослідження Г. Франка доводять ключову роль системи винагороди мозку у розвитку анорексії, булімії та компульсивного переїдання.

Розлади харчової поведінки (РХП) є складним міждисциплінарним феноменом, що вивчається в межах медицини, психології, соціології та нейронаук. Сучасна наука розглядає РХП як психічні порушення, які мають багатофакторну природу: вони виникають у результаті взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників.

До ключових психологічних передумов РХП належать: емоційна нестабільність, негативний досвід у дитинстві, порушення стилю прив’язаності, нездатність до емоційної регуляції, спотворене сприйняття тіла, низька

самооцінка, тривожність та перфекціонізм. Особливо небезпечним є поєднання клінічного перфекціонізму й тривожних розладів, яке посилює фіксацію на вазі, зовнішності та контролі харчування, формуючи патологічну поведінку.

Важливе місце у формуванні РХП посідає досвід дитинства: нехтування, нестача емоційної підтримки, насильство або відсутність стабільних стосунків можуть стати причиною розвитку дезадаптивних механізмів саморегуляції, де харчова поведінка виступає як засіб впоратися з внутрішнім напруженням. Такі особистості схильні до використання їжі або її обмеження як символічного акту емоційної компенсації, контролю або самопокарання.

Поширені моделі РХП - анорексія, булімія, компульсивне переїдання - мають спільну основу в дисфункціональних емоційних і когнітивних процесах, включаючи залежність самооцінки від зовнішності. Це свідчить про глибокий внутрішній конфлікт, який часто має соматичне вираження через харчову поведінку.

На розвиток таких порушень харчової поведінки впливають біологічні (генетична схильність, нейрофізіологічні особливості), психологічні (низька емоційна регуляція, тривожність, перфекціонізм), соціальні (стиль виховання, вплив родинних моделей, міжособистісні стосунки) та культурні чинники (ідеали зовнішності, гендерні очікування, медіа). Значну роль відіграє досвід дитинства, стиль материнської поведінки, а також соціальний контекст - економічна нестабільність, урбанізація, інформаційний тиск.

Описані чинники взаємодіють між собою, створюючи складну систему ризиків, яка визначає вразливість особистості до розладів харчової поведінки. Розуміння психологічних механізмів формування РХП вимагає цілісного, міждисциплінарного підходу, який поєднує профілактику, психотерапію та соціально-культурні інтервенції, орієнтовані на підтримку здорової самооцінки, емоційної стабільності та критичного сприйняття суспільних стандартів краси.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Дослідження розладів харчової поведінки, чинників, що сприяють їх розвитку та наслідків є важливим напрямом в сучасній психологічній науці. Для вивчення емоційного стану осіб, що мають розлади харчової поведінки було проведене емпіричне дослідження.

Емпіричне дослідження було проведено в декілька етапів:

1. Підготовчий етап (визначено мету та завдання дослідження, обрано та описано психодіагностичний інструментарій, сформовано вибірку респондентів в 60 осіб, які відрізнялись за віком та статтю).
2. Діагностичний етап (опитування з використанням обраних методик проводилось онлайн з використанням сервісу Google Forms, опитування було проведено з дотриманням етичних норм, таких як добровільна участь, конфіденційність відповідей, інформована згода на проведення опитування).
3. Аналітичний етап (кількісна та якісна обробка результатів дослідження, порівняльний аналіз показників).
4. Інтерпретаційний етап (узагальнення та опис отриманих даних, формулювання та оформлення висновків проведеного емпіричного дослідження).

У дослідженні взяло участь 60 респондентів віком від 20 до 36 років. Дослідження було проведено в офлайн та онлайн форматах.

Для вивчення емоційного стану осіб, що мають розлади харчової поведінки було обрано та описано наступні методики.

Шкала самооцінки М. Розенберга (Rosenberg’s Self-Esteem Scale) була розроблена американським соціологом Моррісом Розенбергом у 1965 році [54] та є одним із найбільш поширених інструментів для вимірювання індивідуальної самооцінки, або загального почуття особистої цінності Методика активно застосовується у психологічних дослідженнях, соціології, педагогіці та суміжних науках завдяки своїй простоті та високій валідності.

Шкала складається з 10 тверджень, які відображають загальне ставлення людини до себе. Половина з них сформульована у позитивній формі, а інша половина - у негативній, що дає мо уникнути однобічності у відповідях і виявити реальний рівень самоповаги. Відповідь на кожне твердження дається за чотирибальною шкалою Лікерта:

1. «Цілком згоден»
2. «Швидше згоден»
3. «Швидше не згоден»
4. «Цілком не згоден»

Бали підсумовуються, і загальний результат варіюється від 0 до 30, де вищі бали свідчать про вищий рівень самооцінки.

Шкала тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) один із найбільш поширених інструментів для самостійної оцінки рівня тривожності. Вона дає можливість вимірювати як ситуативну (реактивну) тривожність, що відображає стан людини в конкретний момент, так і особистісну тривожність, яка розглядається як відносно стабільна індивідуальна характеристика. Методика була розроблена у 1970 році й адаптована для використання в Україні та країнах пострадянського простору Ю. Л. Ханіним. Саме тому вона часто має назву «Шкала Спілбергера - Ханіна».

У структурі опитувальника виділяють дві підшкали:

Шкала ситуативної тривожності (стану). Вона фіксує, як людина почувається «тут і тепер», оцінюючи інтенсивність переживань, пов’язаних із

страхом, внутрішнім напруженням, нервозністю, неспокоєм та проявами активації вегетативної нервової системи. Такий стан є реакцією на стресову ситуацію й може змінюватися залежно від обставин, емоційного та фізичного стану особистості.

Шкала особистісної тривожності. Вона відображає загальну схильність особистості до занепокоєння та характеризує вразливість до стресових впливів. Особистісна тривожність є стійкою рисою, яка визначає, наскільки широко людина схильна сприймати ситуації як потенційно небезпечні.

Високі показники особистісної тривожності свідчать про те, що навіть звичайні, буденні обставини можуть викликати у людини стан тривоги. Такі особи зазвичай чутливі до загрози для власної самооцінки й реагують на неї підвищеною емоційною напругою. Надмірно високий рівень цієї характеристики може бути предиктором невротичних розладів, емоційних зривів та психосоматичних захворювань.

При аналізі результатів важливо враховувати, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів - низька;
- 31-44 бали - помірна;
- 45 і більше - висока.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS) була розроблена групою британських учених Р. Фростом, П. Мартеном, К. Лахартом та Р. Роземблером у 1990 році з метою

глибшого вивчення феномена перфекціонізму як багатокомпонентного психологічного утворення. На відміну від традиційних уявлень, де перфекціонізм розглядався як одновимірна риса особистості, дослідники запропонували шестикомпонентну модель, що дозволила виокремити як адаптивні, так і дезадаптивні прояви цієї якості. Р. Фрост визначав перфекціонізм як поєднання надмірно високих стандартів і схильності до жорсткої самокритики, що супроводжується тривожністю у зв’язку з можливими помилками та невпевненістю у власних діях і переконаннях.

Методика складається з 35 тверджень, які оцінюються респондентом за шкалою Лайкерта, і відображає шість основних вимірів перфекціонізму:

1. «особисті стандарти» тенденція до встановлення завищених вимог до себе;
2. «організованість» схильність до порядку, структурованості та планування;
3. «занепокоєність помилками» підвищена чутливість до власних помилок і страх невідповідності очікуванням;
4. «сумніви у власних діях» невпевненість у правильності виконання завдань;
5. «батьківські очікування» відчуття високих стандартів, заданих батьками;
6. «батьківська критика» схильність відчувати батьківське невдоволення й осуд.

Під час інтерпретації результатів розраховуються бали за кожною окремою шкалою, а також загальний інтегральний показник перфекціонізму, який обчислюється як сума значень за всіма шкалами, окрім «організованості», що вважається відносно нейтральним виміром [22].

Голландський опитувальник харчової поведінки (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, скор. DEBQ) був розроблений у 1986 році групою голландських психологів на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету Вагенінгена

(Нідерланди). Його метою стало виявлення та систематизація трьох ключових типів харчової поведінки

1. обмежувальної (тенденція до суворого контролю за кількістю їжі з метою регуляції ваги),
2. емоціогенної (схильність до переїдання у відповідь на стрес, тривогу чи інші емоційні стани)
3. екстернальної (залежність від зовнішніх стимулів, таких як запах чи вигляд їжі, незалежно від фізіологічного відчуття голоду).

Авторами було створено простий, надійний та валідний інструмент, придатний як для наукових досліджень, так і для клінічної практики, особливо у випадках переїдання та ожиріння.

Перші психометричні перевірки були проведені на вибірці з 1170 осіб, де респонденти розподілялися за статтю та наявністю чи відсутністю ожиріння, що дозволило підтвердити факторну структуру опитувальника та його діагностичну валідність.

Опитувальник складається з 33 тверджень, які оцінюються респондентами за 5-бальною шкалою Лайкерта - від «ніколи» до «дуже часто». Його можна застосовувати у двох форматах: як індивідуальне самозаповнення пацієнтом або як основу для структурованого інтерв'ю, коли кожне питання обговорюється з терапевтом, що дає можливість оцінити тип харчової поведінки та виявити індивідуальні тригери переїдання, що важливо для вироблення персоналізованої стратегії психологічної чи клінічної корекції.

Шкала труднощів у регуляції емоцій (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) була створена у 2004 році психологами Кім Л. Гратц та Лізабет Ремер (кафедра психології Університету Массачусетсу, Бостон) як інструмент для оцінки різних аспектів порушень емоційної регуляції. Спершу методика була розроблена для дорослих, однак нині активно застосовується і для

підлітків, у тому числі в клінічній, психологічній практиці та наукових дослідженнях.

Опитувальник містить 36 тверджень, згрупованих у шість субшкал, що відображають основні труднощі:

1. неприйняття власних емоцій;
2. проблеми з цілеспрямованою поведінкою;
3. імпульсивність;
4. низька усвідомленість емоцій;
5. обмежений доступ до стратегій регуляції;
6. нечіткість емоцій.

Шкала демонструє високі психометричні показники: внутрішня узгодженість у різних дослідженнях досягає α = 0,93-0,95, а тест-ретест надійність загального балу становить r = 0,88. DERS широко використовується для вивчення афективних розладів, ПТСР, залежностей та особистісних порушень.

Українська версія була перекладена й валідизована командою дослідників НМУ імені О. О. Богомольця (Сак Л. В., Федотова З. В.) у 2023 році в межах дисертаційного проєкту, присвяченого медико-психологічному супроводу пацієнтів із нервовою анорексією. Дослідження, проведене на вибірці підлітків із діагнозом та їхніх батьків/опікунів, підтвердило високу надійність україномовної версії (α Кронбаха ≈ 0,7; внутрішньокласова кореляція > 0,97) [46].

2.2.Результати емпіричного дослідження

Згідно поставлених завдань, було проведено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів емпіричного дослідження.

Для вимірювання загального рівня самосприйняття та ставлення до себе було використано шкалу самооцінки М. Розенберга. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключа методики. Результати дослідження за даною методикою зображені на рис. 2.1.

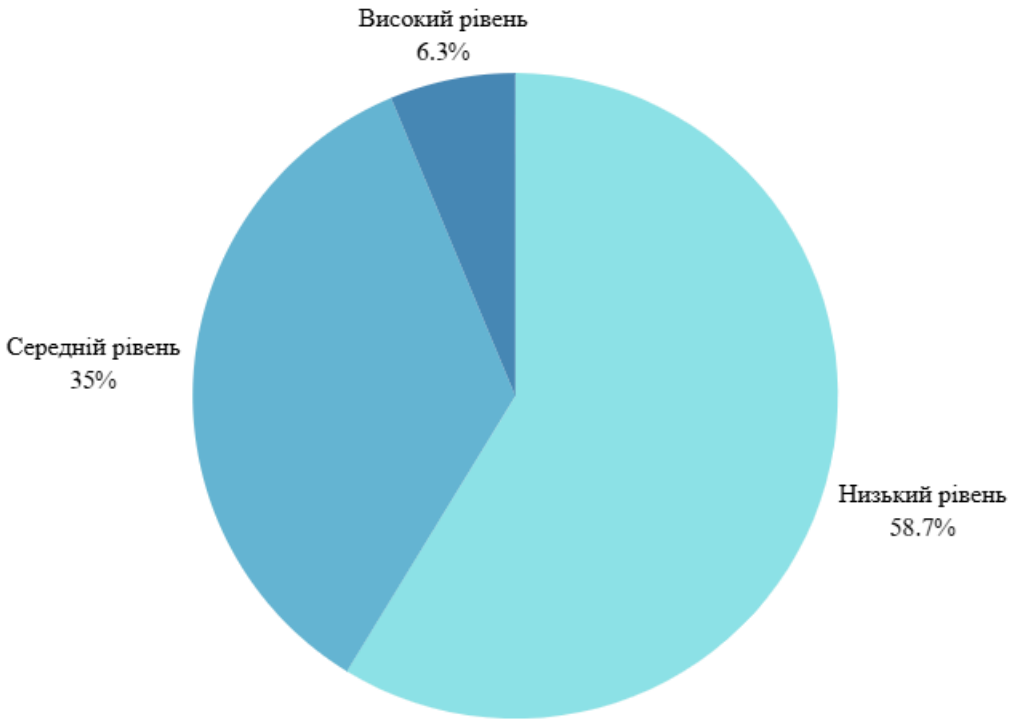


Рис. 2.1 Результати опитування за шкалою самооцінки М. Розенберга

Результати дослідження за шкалою самооцінки М. Розенберга свідчать домінування низького рівня самооцінки - 47 осіб (58,75%). Це свідчить про виражені труднощі у самосприйнятті, невпевненість у собі та власних силах, схильність до негативного ставлення до себе. Низький рівень самоповаги відображає схильність особистості до звинувачення себе, надмірного фокусування на власних недоліках та слабких сторонах. Зосередження на власних невдачах та помилками, що знижує здатність особистості адекватно оцінювати власні ресурси. Низький рівень самооцінки призводить до надмірної рефлексії, яка нерідко має суб'єктивний та деструктивний характер

Середній рівень самооцінки було зафіксовано у 28 респондентів (35%), що вказує на більш збалансоване, проте не завжди стабільне ставлення до власної особистості. Для осіб із середнім рівнем самооцінки характерна нестабільність у ставленні до себе: успіхи здатні підносити їх до відчуття високої власної значущості, проте навіть незначні невдачі часто знижують віру у власні можливості. У результаті формуються коливання між впевненістю та самокритикою. Середній рівень самооцінки не вирізняється крайнощами, але вказує на емоційну чутливість до зовнішніх оцінок. Респонденти з даним показником схильні гостро реагувати на критику, іноді сприймаючи її як несправедливу, що може формувати нестійке почуття цінності.

Лише 5 учасників опитування (5,25%) продемонстрували високий рівень самооцінки, що свідчить про позитивне самоставлення та впевненість у собі. Це свідчить про сформоване позитивне ставлення особистості до себе, здатність цінувати власне «Я» та прагнення підтримувати цей рівень і надалі. Респонденти з високим рівнем самооцінки розглядають помилки як невід'ємний елемент досвіду, сприймаючи їх як шанс для навчання й подальшого вдосконалення у різних сферах життя.

Для вимірювання рівня реактивної та особистісної тривоги було використано шкалу тривоги Ч. Спілбергера. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключа методики. Результати дослідження за даною методикою зображені на рис. 2.2.

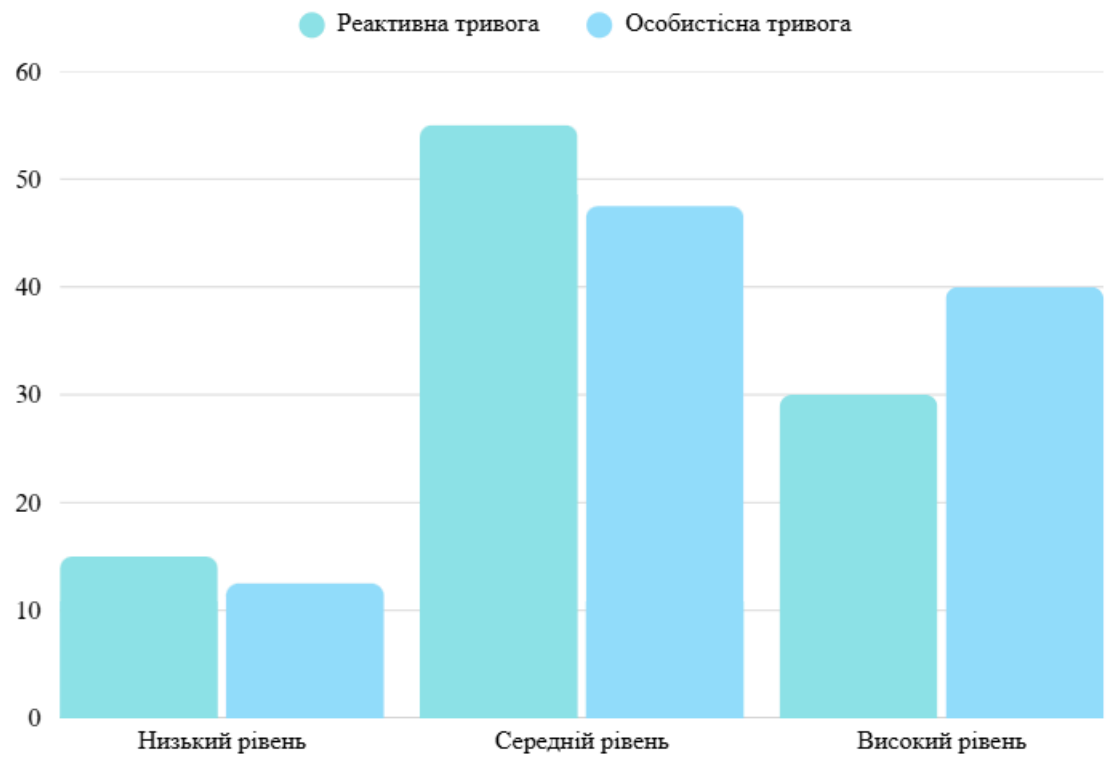


Рис. 2.2 Результати опитування за шкалою Ч. Спілбергера

Результати дослідження за шкалою тривоги Ч. Спілбергера свідчать про переважання середнього та високого рівнів реактивної та особистіної тривоги серед респондентів.

За шкалою «Реактивна тривога» низький рівень тривожності виявлено у 12 опитаних (15%). Респонденти спокійно реагують на стресові ситуації, легко адаптуються до змін та не відчувають сильного емоційного напруження у короткочасних стресових умовах. Середній рівень реактивної тривожності зафіксовано у 44 респондентів (55%). Опитані відчувають певну напругу у складних ситуаціях, проте здатні контролювати емоційні реакції та приймати раціональні рішення. Високий рівень реактивної тривожності спостерігається у 24 опитаних (30%). Особистість з високим рівнем реактивної тривоги може бути схильною до швидких емоційних реакцій, відчувати сильний неспокій та напругу, що може призводити до імпульсивних вчинків у складних обставинах

За шкалою «Особистісна тривога» низький рівень виявлено у 10 респондентів (12,5%). Опитані характеризуються стабільністю емоційного стану, впевненістю у собі та високим рівнем стресостійкості. Середній рівень особистісної тривожності визначено у 38 респондентів (47,5%). Опитані здатні контролювати власні емоції, але за тривалого або інтенсивного стресу можуть відчувати підвищене занепокоєння. Високий рівень особистісної тривожності має 32 опитаних (40%). Респонденти для яких тривога проявляється незалежно від конкретної ситуації та може ускладнювати соціальні контакти, сприйняття критики та адаптацію до навколишніх умов.

Для вимірювання адаптивних та дезадаптивних рис перфекціонізму було використано багатовимірну шкалу перфекціонізму Р. Фроста. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключа методики. Результати дослідження за даною методикою зображені на рис. 2.3 та рис 2.4.

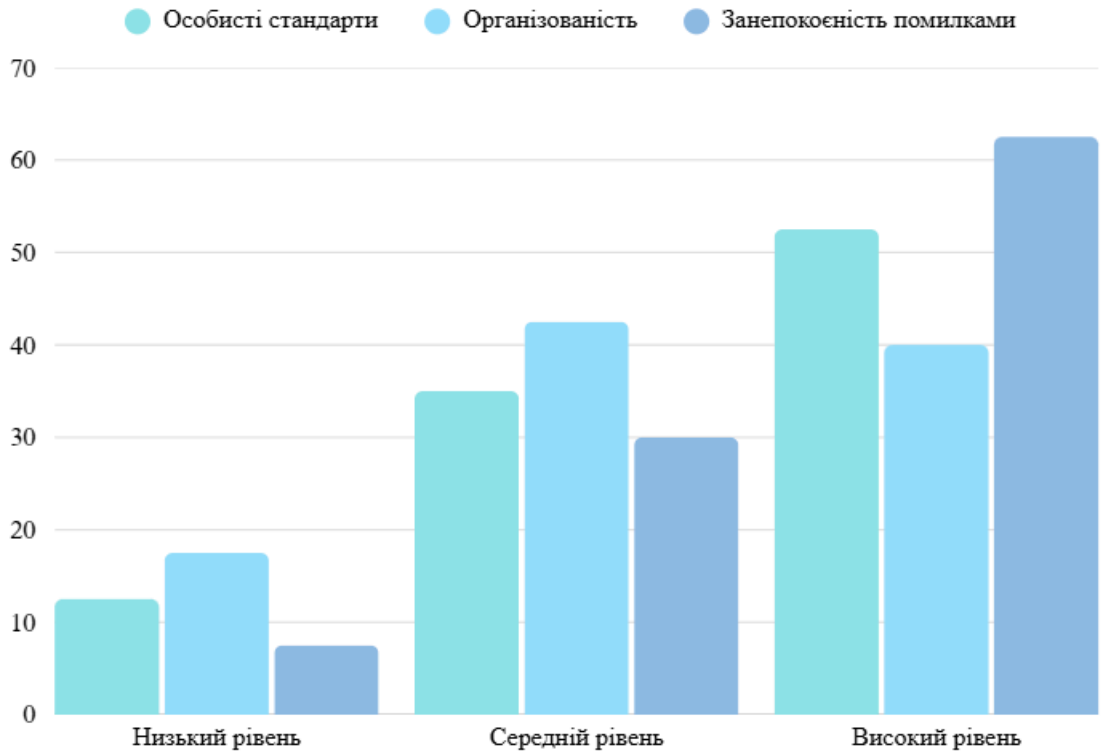


Рис. 2.3 Результати опитування за шкалою Р. Фроста (частина 1)

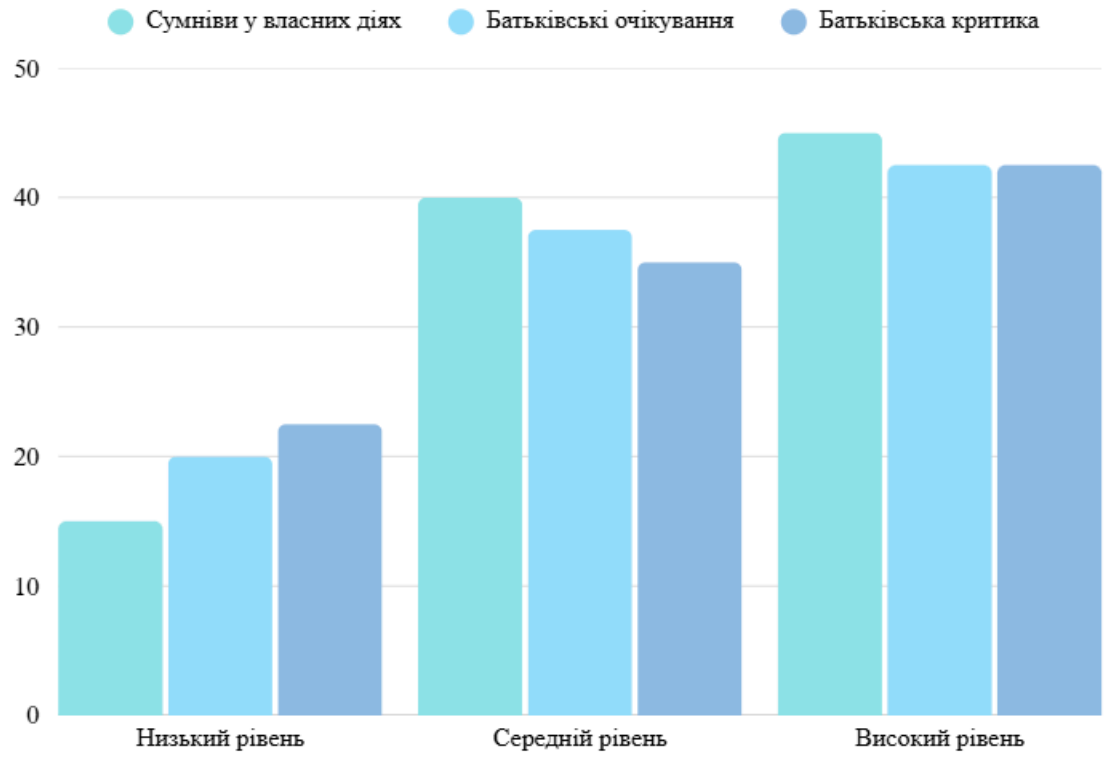


Рис. 2.4 Результати опитування за шкалою Р. Фроста (частина 2)

За шкалою «Особисті стандарти» низький рівень виявлено у 10 опитаних (12,5%). У респондентів відсутні завищені вимоги до себе, здатність приймати власні досягнення без надмірної самокритики. Середній рівень відзначено у 28 респондентів (35%). Учасники демонструють помірну орієнтацію на високі стандарти, але зберігають гнучкість у вирішенні будь-яких завдань. Високий рівень мають 42 особи (52,5%), для яких притаманна схильність до максималізму, надмірної вимогливості та самоконтролю, що може призводити до внутрішньої напруги.

За шкалою «Організованість» низький рівень властивий 14 опитаним (17,5%). Вони схильні до меншої структурованості діяльності, допускають спонтанність у виконанні завдань. Середній рівень зафіксовано у 34 осіб (42,5%), що свідчить про здатність підтримувати порядок у справах, але без надмірного контролю. Високий рівень організованості мають 32 респонденти

(40%), для яких характерна чітка системність, планування та прагнення до ідеального порядку.

За шкалою «Занепокоєність помилками» низький рівень мають 6 опитаних (7,5%). Вони спокійно ставляться до власних недоліків і не схильні до надмірного аналізу помилок. Середній рівень виявлено у 24 респондентів (30%), що свідчить про наявність хвилювання у разі невдачі, що не впливає на продуктивність роботи та результат. Високий рівень занепокоєності притаманний 50 особам (62,5%), для яких характерні надмірна тривога, страх зробити помилку, звинувачення себе у невдачах.

За шкалою «Сумніви у власних діях» низький рівень мають 12 респондентів (15%). Опитані впевнені у своїх рішеннях і рідко відчувають вагання. Середній рівень спостерігається у 32 опитаних (40%). Респонденти здатні до самоконтролю, але сумніви чи невпевненість можуть уповільнювати діяльність чи знижувати продуктивність. Високий рівень виявлено у 36 респондентів (45,0%), для яких характерні часті невпевненість, тривалі роздуми та страх допустити помилку.

За шкалою «Батьківські очікування» низький рівень мають 16 респондентів (20%). Це вказує на відсутність значного впливу батьківських вимог у формуванні самооцінки. Середній рівень характерний для 30 осіб (37,5%). Опитані відчувають помірний тиск очікувань, що може бути як мотивуючим, так і стримуючим фактором. Високий рівень мають 34 опитаних (42,5%), які відчувають сильний вплив батьківських стандартів та сподівання отримати зовнішнє схвалення.

За шкалою «Батьківська критика» низький рівень виявлено у 18 респондентів (22,5%). Вони не відчувають значного негативного впливу критичних оцінок з боку батьків. Середній рівень мають 28 осіб (35%). Респонденти часто знаходяться під впливом критики, який не набуває надмірного характеру. Високий рівень зафіксовано у 34 респондентів (42,5%),

що свідчить про схильність відчувати сильний тиск від оточення, що може впливати на самооцінку та емоційний стан.

Для виявлення типів харчової поведінки було використано голландський опитувальник харчової поведінки. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключа методики. Результати дослідження за даною методикою зображені на рис. 2.5.

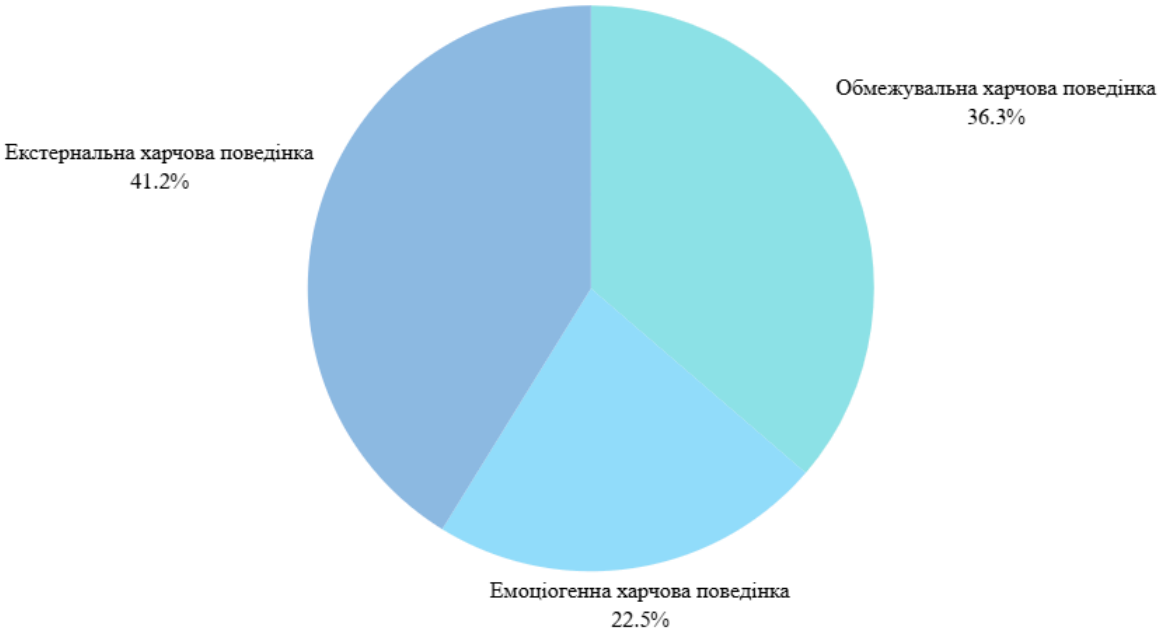


Рис. 2.5 Результати опитування за голландським опитувальником харчової поведінки

Найбільш поширеним типом є екстернальна харчова поведінка, яку демонструють 33 особи (41,2%). Для респондентів з даним типом поведінки бажання їсти виникає під впливом зовнішніх чинників (вигляду їжі, її запаху, текстури або поведінки інших людей під час прийому їжі) незалежно від реального відчуття голоду.

Обмежувальна харчова поведінка спостерігається у 29 осіб (36,3%). Для респондентів з даним типом поведінки характерне навмисне самотійне обмеження у харчуванні, спрямоване на досягнення або підтримку бажаної ваги.

Емоціогенна харчова поведінка зафіксована у 18 респондентів (22,5%). Для респондентів з даним типом поведінки бажання поїсти виникає як реакція на негативні емоційні стани, такі як стрес, роздратування або сум.

Результати опитування вказують на переважання екстернальної та обмежувальної форм харчової поведінки, тоді як емоційний тип зустрічається дещо рідше.

Для вимірювання порушення емоційної регуляції було використано шкалу труднощів у регуляції емоцій. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключа методики. Результати дослідження за даною методикою зображені на рис. 2.6.

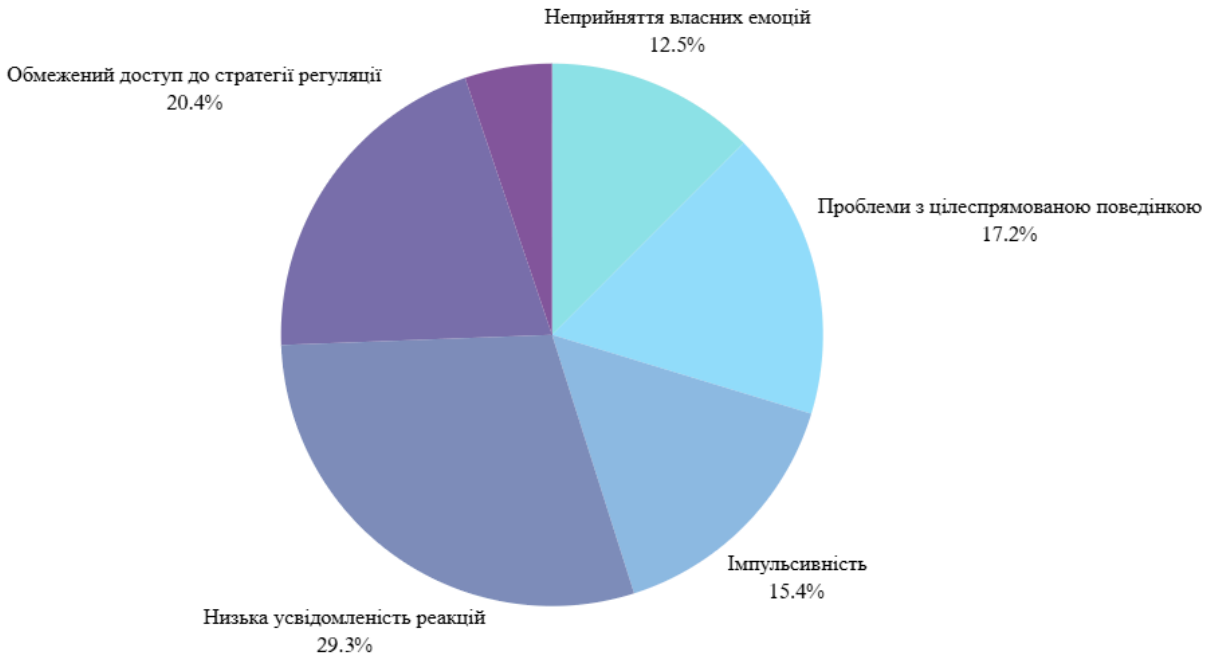


Рис. 2.5 Результати опитування за шкалою труднощів у регуляції емоцій

Результати опитування за шкалою труднощів у регуляції емоцій (DERS) показали, що серед обстежених респондентів найбільш вираженим є показник « Низька усвідомленість реакцій », який спостерігається у 24 осіб (29,3%). Це вказує на наявність труднощів з розумінням та ідентифікацією власних емоційних станів серед респондентів.

Другим за вираженістю показником є «Обмежений доступ до стратегій регуляції», що притаманний 16 особам (20,4%) та вказує на недостатній арсенал ефективних способів подолання негативних емоцій.

Третє за вираженістю місце має показник «Проблеми з цілеспрямованою поведінкою», які виявлені у 14 респондентів (17,5%). Це означає, що для певної частини обстежених ускладнене збереження концентрації та виконання завдань у ситуаціях емоційного напруження.

«Імпульсивність» зафіксовано у 12 респондентів (15,4%), що може вказувати на схильність до імпульсивних реакцій у стресових ситуаціях.

Менш поширеним виявився показник «Неприйняття власних емоцій», який продемонстрували 10 учасників опитування (12,5%). Результат вказує на схильність уникати або відкидати власні емоції.

Найнижчий рівень має шкала «нечіткість емоцій», яка характерна лише для 4 респондентів (5,0%), що говорить про відносно менший вплив цього аспекту на загальний емоційний стан вибірки.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження з метою виявлення психологічних чинників розладів харчової поведінки було проведено серед 60 респондентів. опитування з використанням обраних методик проводилось онлайн з використанням сервісу Google Forms, опитування було проведено з дотриманням етичних норм та вимог. Підрахунок результатів та інтерпретація здійснювались відповідно до ключів обраних методик.

Більшість респондентів характеризуються низькою самооцінкою, що свідчить про труднощі в самосприйнятті, невпевненість у власних силах і схильність до самокритики. Середній рівень самооцінки зустрічається рідше, а

високий є поодиноким, що вказує на недостатньо сформоване позитивне ставлення до себе у більшості досліджуваних.

Респонденти схильні до середнього та високого рівня як реактивної, так і особистісної тривожності. Це свідчить про емоційну чутливість, підвищене напруження й схильність до тривожних переживань, що ускладнює процес адаптації та сприяє виникненню проблем із харчовою поведінкою.

У досліджуваних вираженою є схильність до дезадаптивного перфекціонізму. Найчастіше це проявляється у надмірному занепокоєнні через можливі помилки, сумнівах у правильності власних дій, а також у значному впливі батьківських очікувань і критики. Такі прояви формують внутрішню напругу, самозвинувачення та надмірну вимогливість до себе.

Серед респондентів найбільш поширеним є екстернальний тип харчової поведінки, за якого харчування визначається зовнішніми стимулами (виглядом чи запахом їжі). Дещо рідше зустрічається обмежувальний тип, що передбачає свідомий контроль за кількістю їжі. Емоціогенний тип харчової поведінки виражений меншою мірою.

Серед опитуваних найбільш поширеними є низька усвідомленість власних емоцій та обмежений доступ до ефективних стратегій їх регуляції. Також простежуються труднощі у збереженні цілеспрямованої поведінки та схильність до імпульсивних дій. Це вказує на недостатню здатність досліджуваних ефективно контролювати емоційні стани, що є вагомим чинником у формуванні розладів харчової поведінки.

Ключовими психологічними чинниками, що зумовлюють формування та розвиток розладів харчової поведінки, виступають низька самооцінка, підвищений рівень тривожності та виражений дезадаптивний перфекціонізм. На тлі зазначених особистісних особливостей формуються дезадаптивні поведінкові стратегії, які виявляються у домінуванні екстернального та обмежувального типів харчової поведінки. Важливу роль у цьому процесі

відіграють труднощі емоційної регуляції, що ускладнюють здатність особистості конструктивно долати внутрішнє напруження та адаптуватися до життєвих викликів.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Принципи та організація психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки

Психологічна допомога особам із розладами харчової поведінки вимагає особливої організації та дотримання специфічних принципів, зумовлених високим рівнем психологічної вразливості клієнтів, складністю їхнього емоційного стану та наявністю супутніх психічних чи фізичних захворювань та труднощів. Важливим є підхід, орієнтований на роботу з порушеннями емоційної регуляції, негативним образом тіла, нестабільною самооцінкою, міжособистісними труднощами та наслідками хронічного стресу [20], що визначає необхідність побудови системної психологічної допомоги та спирається на індивідуальний підхід, поетапність терапевтичного процесу, міждисциплінарну взаємодію та врахування психічного стану клієнта [17].

Основним принципом надання психологічної допомоги є безумовна повага й прийняття клієнта як суб’єкта допомоги. Для багатьох людей із РХП характерні сором, самозвинувачення та досвід стигматизації, що знижує готовність звертатися за підтримкою та відкрито обговорювати симптоми [20]. Діяльність психолога має бути спрямована на мінімізацію оцінювальних суджень і підтримання особистісної гідності клієнта за умови недопущення нормалізації поведінкових проявів, що становлять загрозу для його здоров’я. Реалізація такого підходу потребує дотримання професійного балансу між емпатійним ставленням та клінічною уважністю до потенційних ризиків [37].

Важливим принципом організації психологічної допомоги є забезпечення психологічної та соматичної безпеки клієнта. З урахуванням того, що розлади харчової поведінки нерідко супроводжуються станами, які потребують

медичного контролю, психологічна допомога має передбачати наявність чіткого алгоритму оцінки ризиків. До них належать ознаки критичного фізичного виснаження, епізоди непритомності, серцево-судинні симптоми, виражені електролітні порушення, а також суїцидальний ризик чи схильність до самопошкодження. У практичному вимірі це означає, що за наявності загрози життю або тяжких соматичних ускладнень психолог не підміняє функції лікаря, а забезпечує своєчасну координацію направлення клієнта до відповідних медичних служб і міждисциплінарну взаємодію, зберігаючи при цьому стабільний підтримувальний психологічний контакт [17].

Принцип конфіденційності та інформованої згоди є базовим у психологічній допомозі особам із розладами харчової поведінки. Оскільки психологічна робота в цій сфері часто стосується інтимних аспектів тілесності, глибинних особистісних переживань, сімейних конфліктів і травматичного досвіду, клієнт має чітко усвідомлювати межі конфіденційності, можливі винятки у разі загрози життю чи здоров'ю, а також цілі, завдання та формат психологічної взаємодії. Попереднє обговорення й фіксація цих рамок сприяють зниженню рівня тривожності, формуванню відчуття безпеки та передбачуваності терапевтичного процесу, що є особливо значущим для осіб із розладами харчової поведінки, яким притаманна підвищена потреба в контролі та труднощі у встановленні довірливих відносин. [1].

Принцип комплексності та мультидисциплінарності психологічної допомоги зумовлений тим, що розлади харчової поведінки рідко існують самостійно та поєднуються з тривожними й депресивними станами, обсесивно-компульсивними проявами, залежними моделями поведінки, порушеннями сну та психосоматичними симптомами. Психологічна допомога без належного медичного супроводу є недостатньою для забезпечення стабільних позитивних змін. Потреба в міждисциплінарному підході відображається у створенні тематичних мультидисциплінарних робочих груп з

питань розладів харчової поведінки. Реалізація цього принципу передбачає узгодженість дій психолога, лікаря (сімейного лікаря, психіатра, ендокринолога - за клінічними показаннями) та фахівця з харчування у випадках, коли така взаємодія є доцільною та доступною [33].

Принцип індивідуалізації передбачає врахування типу РХП, тривалості перебігу, віку, сімейного контексту, соціальних умов і рівня мотивації до змін. Дослідження підкреслюють, що прояви порушень харчової поведінки можуть мати різну психологічну детермінацію (від перфекціонізму та тривожності до наслідків травматизації та проблем ідентичності), тому уніфіковані «шаблони» допомоги знижують ефективність. Індивідуалізація в організації означає гнучкий план ведення, узгоджений із клієнтом, і корекцію цілей відповідно до динаміки стану [39].

Принцип поступовості та реалістичності цілей має терапевтичний та організаційний харатер. РХП часто виконують функцію психологічної саморегуляції, і швидка «відміна симптомів» без формування безпечніших способів опори може провокувати рецидиви або заміщення симптоматики. Організація допомоги має передбачати етапність, регулярний моніторинг і можливість підтримувального супроводу після стабілізації [1].

Організація психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки є багаторівневою системою, у межах якої інтенсивність і формат втручання визначаються тяжкістю психічного та соматичного стану клієнта, а також наявними ризиками. Сучасні підходи до ведення осіб із РХП наголошують на значенні первинного психологічного скринінгу, диференційної оцінки стану та своєчасного визначення потреби в спеціалізованій медичній допомозі [36].

На первинному рівні (первинна ланка, консультативні звернення) ключовою організаційною задачею є раннє виявлення і коректне скерування. У медичних та популярно-наукових українських матеріалах підкреслюється роль

коротких скринінгових підходів і комплексної оцінки ставлення до їжі, ваги й образу тіла. Для психолога це означає: зібрати первинний анамнез, оцінити «червоні прапорці» (різке схуднення, непритомність, регулярні очищувальні практики, виражена депресивність чи суїцидальні думки), а також визначити, чи потрібне термінове медичне втручання. У межах організації роботи важливо мати перелік контактів/маршрутів направлення (сімейний лікар, психіатр, стаціонар за потреби), а також правила комунікації з родиною в разі неповнолітнього клієнта [20].

Спеціалізований рівень психологічної допомоги, що передбачає надання психологічної або психотерапевтичної підтримки, характеризується тривалішою та більш структурованою взаємодією з клієнтом. Поєднання психологічного втручання з медичним контролем стану, а також урахування особливостей сімейного функціонування у випадках нервової анорексії та інших форм розладів харчової поведінки є важливим компонентом ефективної допомоги. В організаційному вимірі це передбачає регулярну міждисциплінарну взаємодію фахівців, узгодження терапевтичних цілей та обмін релевантною інформацією з дотриманням етичних норм і за умови інформованої згоди клієнта. У роботі з підлітками та молодими людьми доцільним є залучення батьків або законних представників у тій мірі, що сприяє забезпеченню безпеки та не посилює надмірний контроль чи сімейні конфлікти [33].

Кризовий рівень надання допомоги охоплює ситуації гострої соматичної загрози або різкого погіршення психічного стану особи з розладами харчової поведінки. Кклініко-оглядові матеріали підтверджують, що у тяжких випадках першочергового значення набувають заходи з відновлення харчування та маси тіла, медична стабілізація стану, а також скоординована психологічна підтримка як складова комплексного ведення пацієнта. Організаційні завдання психолога зосереджуються на підтриманні комплаєнсу до лікувальних заходів, зниженні рівня тривожності й панічних реакцій, роботі з сімейним оточенням та

забезпеченні ефективної взаємодії з медичними фахівцями, тоді як інтенсивна глибинна психологічна робота на цьому етапі є обмеженою та відтерміновується до стабілізації стану [47].

В організаційному вимірі доцільним є виокремлення кількох взаємопов'язаних етапів, які можуть частково перекриватися між собою, забезпечуючи цілісну логіку психологічного процесу.

Етап первинного контакту та оцінки включає встановлення робочого альянсу, збір скарг і історії розвитку симптомів, оцінку психоемоційного стану й ризиків. В українських джерелах наголошується на широкому спектрі факторів, що супроводжують РХП (тривога, депресивність, перфекціонізм, низька самооцінка, сімейні напруження), що має бути враховано вже на старті взаємодії. Важливо узгодити формат роботи (частота зустрічей, правила скасування, межі конфіденційності), щоб знизити хаотичність і підсилює відчуття опори [34].

Етап планування та координації передбачає формування індивідуального плану допомоги та визначення потреби в медичному супроводі. Без належної оцінки соматичного стану та контролю ускладнень психологічна робота може бути недостатньо безпечною. Організаційний план включає: домовленості про паралельні консультації (за потреби), критерії «ескалації» допомоги (коли потрібне направлення) та узгодження каналів комунікації між фахівцями за згодою клієнта [37].

Етап стабілізації та підтримки функціонування спрямований на зменшення проявів гострої дезорганізації життєдіяльності, відновлення базової здатності до навчання або професійної діяльності та покращення міжособистісної взаємодії. З урахуванням ролі хронічного стресу, тривалого психоемоційного напруження та підвищеної тілесної вразливості осіб із розладами харчової поведінки стабілізаційний компонент психологічної допомоги набуває критично важливого значення. В організаційному аспекті

реалізація цього етапу передбачає регулярність психологічних зустрічей, систематичний моніторинг психічного стану та підтримку комплаєнсу щодо медичних рекомендацій без трансформації терапевтичного контакту в систему контролю чи примусу [60].

Етап супроводу та профілактики загострень у системі організації психологічної допомоги передбачає завчасне формування чіткого алгоритму дій на випадок появи перших ознак погіршення психічного чи соматичного стану. Українські інформаційно-просвітницькі матеріали для населення вказують на те, що звернення по фахову допомогу часто відбувається із запізненням, тоді як практика самолікування або ігнорування симптомів залишається поширеною та потенційно небезпечною. Організація даного етапу має включати наявність доступних і зрозумілих точок повторного входу в систему допомоги, визначених контактів, можливості короткої консультації та механізмів перенаправлення, що знижує бар'єри своєчасного звернення [34].

Важливим компонентом психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки є робота з сім'єю та оточенням клієнта. Особливості сімейної взаємодії, стилі спілкування, наявність хронічних конфліктів або надмірного контролю можуть істотно впливати на перебіг розладу та ефективність психологічного втручання. Надання психологічної допомоги передбачає залучення значущих осіб у формах, що сприяють зниженню напруження, формуванню безпечного середовища та кращому розумінню специфіки розладу.

У формуванні розладів харчової поведінки важливу роль відіграють стандарти зовнішності, оцінювальні форми комунікації, сімейні конфлікти та вплив соціальних мереж. Діяльність психолога має бути спрямована на аналіз індивідуальних симптомів та на оцінку тих умов, у яких вони підтримуються або посилюються, характеру соціальної підтримки, стилю сімейного спілкування, наявності хронічних конфліктів, рівня стигматизації та контролю.

Для підлітків та молоді цей аспект є особливо критичним, оскільки залежність від сімейної системи безпосередньо визначає можливості дотримання рекомендацій, забезпечення безпеки та ефективності психологічної допомоги [58].

Залучення родини ґрунтується на принципах етичності та доцільності: надмірне втручання сім'ї може посилити опір і симптоми, якщо родинна комунікація конфліктна або контрольна. Важливо мати критерії, коли сімейна взаємодія підтримує процес, а коли потребує окремого формату або обмеження інформації, з урахуванням віку клієнта та правових норм [58].

Організація якісної психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки передбачає обов'язкову увагу до дотримання професійних меж і профілактики емоційного вигорання фахівця. Робота з такими клієнтами нерідко супроводжується нестабільністю мотивації, коливаннями прихильності до психологічної допомоги, а також процесами ідеалізації та знецінення спеціаліста, що створює значне емоційне навантаження. Складність психологічного супроводу осіб із РХП зумовлює потребу в постійній професійній рефлексії та усвідомленні власних ресурсів і обмежень фахівця. Важливим стають супервізійна підтримка, регулярний аналіз клінічних і етичних ризиків, дотримання професійних стандартів, а також здатність своєчасно залучати інших спеціалістів без виходу за межі власної компетентності [37].

Клієнт із розладами харчової поведінки не повинен опинятися в ситуації отримання суперечливих або взаємовиключних повідомлень від різних фахівців, залучених до процесу допомоги. Важливим є узгодження спільних цілей психологічної, медичної та дієтологічної підтримки без деталізації конкретних методів у межах заборонених у цій роботі «стратегій». Спільний підхід дає змогу мінімізувати ризик формування протилежних рекомендацій, шо підвищують рівень тривожності, потребу в контролі та дезадаптивні поведінкові

прояви клієнта. Державні ініціативи, спрямовані на створення мультидисциплінарних робочих груп у сфері розладів харчової поведінки, можуть розглядатися як інституційне підґрунтя для уніфікації підходів до надання допомоги та забезпечення чіткої маршрутизації пацієнта в межах системи охорони психічного здоров'я [17].

Підвищений рівень стресу, інтенсивні міграційні процеси та перевантаження системи охорони здоров'я істотно впливають на загальну доступність психічної допомоги та спеціалізованої допомоги особам із розладами харчової поведінки. Організація психологічної підтримки потребує адаптації формату професійного контакту до реальних ресурсних можливостей клієнта. Це передбачає побудови безпечної та передбачуваної атмосфери, формулювання прозорих і зрозумілих правил взаємодії, забезпечення можливості своєчасного виявлення кризи, поєднання очних і дистанційних форм консультування з метою підтримки безперервної психологічної допомоги [37].

Важливим компонентом психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки є врахування соціокультурних чинників, які беруть участь у формуванні та підтриманні дезадаптивних моделей ставлення до їжі й власного тіла. Наукові дослідження свідчать про посилення впливу соціальних мереж та ЗМІ на образ «ідеального тіла» і зростання соціального тиску щодо зовнішності, що є особливо вираженим серед молоді та жінок. При наданні психологічної допомогти має бути врахована симптоматика розладів харчової поведінки та зовнішнє соціальне середовище, яке схильне нормалізувати ненормальну харчову поведінку, надмірний самоконтроль та перфекціоністичні вимоги до тіла, що ускладнює процес психотерапевтичних змін і потребує системної корекційної роботи.

Організація психологічної допомоги вимагає аналізу рівня соціальної підтримки клієнта. Наявність або відсутність підтримки має значний вплив на

перебіг РХП та ефективність психологічної взаємодії. Соціальна ізоляція, емоційна холодність у сім'ї або хронічні міжособистісні конфлікти можуть виступати чинниками, що ускладнюють стабілізацію стану та підвищують ризик рецидивів. Психолог має оцінювати індивідуальні характеристики клієнта, його психоемоційний стан та доступні зовнішні ресурси підтримки.

Організація психологічної допомоги в умовах коморбідності визначається високою частотою поєднання розладів харчової поведінки з тривожними та депресивними розладами, посттравматичними реакціями й обсесивно-компульсивною симптоматикою, що зумовлює необхідність комплексного та інтегративного підходу до оцінки стану клієнта і планування психологічних втручань [36]. Організація допомоги передбачає чітке визначення пріоритетів роботи та узгодження психологічного супроводу з медичними втручаннями. Ігнорування коморбідних психічних станів може призводити до зниження результативності психологічної допомоги, фрагментації втручань або поглиблення дезадаптивних проявів, що ускладнює перебіг розладу та подовжує процес відновлення.

Важливим принципом організації психологічної допомоги є дотримання професійних меж і чіткого розподілу відповідальності між фахівцями. У роботі з особами з розладами харчової поведінки психолог може стикатися з очікуваннями клієнта щодо здійснення «повного контролю» над процесом допомоги або прийняття рішень замість нього, що відображає загальну тенденцію до зовнішньої регуляції поведінки та відповідальності. Професійна позиція психолога має залишатися емпатійною, недирективною та створювати можливості для формування самостійності клієнта, розвитку здатності до саморегуляції та ухвалення рішень без підкріплення залежних форм взаємодії [58].

Організація психологічної допомоги включає питання тривалості та завершення роботи. У випадку РХП завершення психологічної взаємодії не

завжди співпадає з повним зникненням симптомів. Стабілізація стану та зниження ризику рецидивів значною мірою залежать від того, наскільки клієнт готовий до самостійного використання набутих психологічних навичок і підтримання контакту з власним психоемоційним станом. Завершення психологічної допомоги має бути поступовим і структурованим, із чітким узгодженням можливостей повторного звернення у разі погіршення.

Принципи та організація психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки базуються на комплексному підході, який поєднує етичну відповідальність, міждисциплінарну взаємодію та глибоке розуміння психологічних і соціальних чинників порушення. Чітка організація процесу, систематичність і орієнтація на безпеку клієнта створюють умови для стабілізації психоемоційного стану та підвищення якості життя осіб із зазначеними порушеннями в умовах сучасного українського суспільства [20].

3.2. Психологічні стратегії подолання розладів харчової поведінки

Подолання розладів харчової поведінки потребує застосування психологічних стратегій, спрямованих на трансформацію внутрішніх механізмів, що підтримують симптоматику, зміну глибинних когнітивних, емоційних та особистісних процесів спрямованих на зовнішню корекцію харчової поведінки.

Однією з ключових стратегій є робота з мотиваційною сферою клієнта. Для осіб із розладами харчової поведінки характерне одночасне прагнення до змін і страх втрати симптомів, які виконують функцію психологічної стабілізації. Стратегія полягає не у тиску на необхідність «одужання», а у поступовому усвідомленні внутрішніх суперечностей, виявленні особистісної ціни симптомів та формуванні внутрішньої, а не зовнішньо нав’язаної

мотивації, що дає можливість зменшити опір і сприяє більш стійким терапевтичним зрушенням [20].

Важливою стратегією є когнітивна перебудова ірраціональних переконань, що підтримують розлад. У структурі РХП домінують когнітивні схеми, пов’язані з надмірним рівнем контролю, дихотомічним мисленням, умовною самоцінністю та катастрофізацією наслідків порушення харчових правил. Психологічна робота спрямовується на усвідомлення автоматичних думок, поступове зниження їхньої абсолютності та формування більш гнучких і реалістичних способів інтерпретації власного досвіду. Зміна когнітивних схем розглядається як тривалий процес навчання нових способів мислення і самоспостереження [11].

Окрему групу становлять стратегії емоційної регуляції. Розлади харчової поведінки часто виконують функцію емоційного «контейнера», заміщуючи здатність усвідомлювати, витримувати та вербалізувати складні переживання. Стратегія емоційної регуляції полягає у формуванні навичок розпізнавання емоцій, диференціації тілесних відчуттів і афективних станів та розвитку здатності переносити емоційну напругу без залучення дезадаптивної поведінки, що поступово знижує потребу в симптомі як засобі емоційного контролю та сприяє відновленню саморегуляції [Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок].

Важливе місце в подоланні РХП займають стратегії, спрямовані на зміну ставлення до тіла та зменшення тілесно зумовленого сорому. Для багатьох клієнтів характерна фрагментація образу «Я», коли тілесні параметри стають головним критерієм самооцінки. Психологічна робота орієнтується на поступовий перехід від оцінювального ставлення до тіла до більш нейтрального й функціонального сприйняття, а також на зниження інтенсивності самокритики. Формування стабільної самоцінності, не зумовленої зовнішністю

чи вагою, розглядається як одна з базових умов стійких змін [Геращенко І.І. та ін.].

Стратегія роботи з перфекціонізмом і потребою в тотальному контролі є важливим елементо допомоги при розладах харчової поведінки. У структурі РХП контроль часто набуває компенсаторного характеру, заміщаючи переживання безсилля, невизначеності або втрати стабільності. Психологічна стратегія полягає у поступовому розширенні толерантності до помилок, невизначеності та «недосконалості», а також у розвитку більш гнучких стандартів щодо себе. Зменшення перфекціоністичного тиску сприяє зниженню інтенсивності симптомів і підвищує здатність клієнта до адаптивного функціонування [36].

Окремо виділяються стратегії, спрямовані на роботу з міжособистісними чинниками. У багатьох випадках розлади харчової поведінки виконують комунікативну функцію, заміщуючи пряме вираження потреб, протесту або переживання вразливості. Психологічна робота зосереджується на розвитку навичок асертивності, встановлення психологічних меж і формування здатності до відкритої комунікації емоційних станів. Це знижує потребу у використанні симптомів як непрямого способу взаємодії з оточенням [20].

У випадках наявності супутніх психічних розладів важливою є стратегія інтеграції роботи з харчовою симптоматикою та супутніми психоемоційними станами. Тривожні, депресивні, обсесивно-компульсивні та посттравматичні прояви часто супроводжують та підтримують РХП. Психологічні стратегії у таких випадках спрямовуються на зменшення базової тривоги, румінацій і компульсивних механізмів, що дає можливість знизити потребу у харчовому контролі як способі стабілізації [27].

Стратегія формування стійкості до рецидивів передбачає спрямування психологічної роботи на усвідомлення індивідуальних «уразливих точок», своєчасне розпізнавання ранніх ознак повернення симптоматики та розвиток

здатності реагувати на них без посилення самозвинувачення і дезадаптивної самокритики. Реалізація такої стратегії сприяє формуванню у клієнта більш реалістичного уявлення про процес подолання розладу як динамічний і нелінійний, що, своєю чергою, знижує ризик повної психоемоційної дезорганізації у разі виникнення тимчасових труднощів або коливань у стані [9].

Стратегія формування стійкості до рецидивів передбачає спрямування психологічної роботи на усвідомлення індивідуальних «уразливих точок», своєчасне розпізнавання ранніх ознак повернення симптоматики та розвиток здатності реагувати на них без посилення самозвинувачення і дезадаптивної самокритики. Такий підхід сприяє формуванню реалістичного уявлення про процес подолання розладу як динамічний і нелінійний, що знижує ризик психоемоційної дезорганізації у разі тимчасових труднощів [20].

Стратегія інтеграції досвіду симптомів ґрунтується на осмисленні симптоматики розладів харчової поведінки як частини індивідуального життєвого та емоційного досвіду клієнта, а не як ізольованого патологічного явища. Психологічна робота спрямовується на зниження внутрішньої фрагментації та поступове прийняття функціональної ролі симптомів у попередніх умовах життя без їх подальшої ідеалізації або заперечення. Така інтеграція сприяє зменшенню внутрішнього конфлікту та підвищенню цілісності образу «Я» [36].

Стратегія розвитку автономності та внутрішньої відповідальності передбачає поступовий перехід від зовнішньої регуляції поведінки до формування внутрішніх механізмів самоконтролю та самопідтримки. Для осіб із розладами харчової поведінки характерною є залежність від зовнішніх норм, оцінок і жорстких правил, що визначають відчуття безпеки. Психологічна робота орієнтується на розвиток здатності самостійно ухвалювати рішення та

нести відповідальність за власний психоемоційний стан без опори на симптом як стабілізувальний механізм [39].

Стратегія зниження ригідності когнітивних і поведінкових патернів полягає у поступовому розширенні репертуару способів реагування клієнта на стресові та емоційно насичені ситуації. Розлади харчової поведінки підтримуються обмеженими, автоматизованими схемами мислення та дій, що знижують адаптивність. Психологічна робота сприяє формуванню гнучкішого мислення, здатності до альтернативної інтерпретації досвіду та зменшенню залежності від усталених дезадаптивних патернів [11].

Стратегія переорієнтації з контролю на саморегуляцію спрямована на трансформацію потреби в тотальному контролі, яка часто виконує компенсаторну функцію, у більш адаптивні механізми управління власним станом. Психологічна робота полягає у розвитку здатності витримувати напруження, невизначеність і внутрішні коливання без використання жорстких форм харчового контролю, що знижує інтенсивність симптоматики та підвищує рівень психологічної стабільності [36].

Стратегія формування толерантності до невизначеності передбачає розвиток здатності клієнта приймати непередбачуваність внутрішніх станів і зовнішніх обставин без повернення до симптоматичної поведінки як способу зниження тривоги. Для осіб із РХП характерне прагнення до чітких правил і однозначних рішень, що тимчасово зменшують напруження, але підсилюють ригідність. Психологічна робота сприяє поступовому прийняттю невизначеності як невід’ємної частини життєвого досвіду [9].

Стратегія зміцнення ідентичності поза межами симптоматики орієнтована на розширення самосприйняття клієнта та зменшення надцінності харчової поведінки у структурі особистості. У процесі розладу симптоми часто стають центральним елементом ідентичності, підміняючи інші ролі й життєві смисли.

Психологічна робота сприяє актуалізації альтернативних джерел самоцінності, що підвищує стійкість змін і знижує ризик повернення симптомів [20].

3.3. Структура та зміст психологічних рекомендацій щодо профілактики та психологічної підтримки осіб із розладами харчової поведінки

Сучасні психологічні рекомендації щодо профілактики та психологічної підтримки осіб із розладами харчової поведінки мають будуватися як гнучка, багаторівнева система, орієнтована на індивідуальні психологічні механізми формування та підтримання симптоматики. Ефективність роботи значно знижується у випадку стандартизації та відірваності від реального психоемоційного стану особи, її життєвого контексту та ресурсних можливостей [24].

Важливим принципом структурування психологічних рекомендацій є врахування поступовості психологічних змін. На різних етапах перебігу розладів харчової поведінки актуалізуються різні завдання: від первинного усвідомлення проблеми та зниження заперечення до інтеграції досвіду й профілактики повторних дезадаптивних реакцій. Такий підхід відповідає сучасним уявленням про поступовий характер психологічних змін та дає можливість уникати надмірного тиску на клієнта [50].

Рекомендації мають бути спрямований на нормалізацію психологічного та емоційного стану клієнта. Для осіб із розладами харчової поведінки характерним є уникання або пригнічення інтенсивних емоційних станів, що зумовлює використання харчової поведінки як способу регуляції напруги. Психологічні рекомендації в цьому контексті мають підкреслювати допустимість і природність негативних емоцій, а також формувати уявлення про

можливість їх безпечного переживання без залучення дезадаптивних стратегій [16].

В умовах хронічного стресу та психотравматичних подій тіло нерідко сприймається як джерело небезпеки або втрати контролю, що безпосередньо впливає на формування порушень харчової поведінки. Робота має бути спрямована на створення відчуття безпеки, передбачуваності та поступовості змін, уникаючи вимог до швидких або різких трансформацій поведінки [15].

Суттєвим структурним компонентом психологічних рекомендацій є робота зі зменшення самостигматизації. Засвоєння негативних соціальних уявлень про розлади харчової поведінки сприяє посиленню сорому, самозвинувачення та приховування симптомів, що ускладнює звернення по допомогу та підтримання змін. Психологічна робота має сприяти формуванню уявлення психологічний та емоційний стан, що знижує рівень внутрішнього тиску та підвищує відкритість та готовність до співпраці [41].

Орієнтація на ресурси особистості допомагає зменшити фіксацію на дефіцитах і порушеннях та підтримує формування відчуття внутрішньої опори й здатності до змін. Зміщення фокусу на актуалізацію індивідуальних психологічних ресурсів та здатність до саморефлексії, наявність досвіду подолання життєвих труднощів і соціальної підтримки сприяє підвищенню суб’єктивного відчуття контролю над власним життям та зменшенню залежності від дезадаптивних форм поведінки як способу психологічної стабілізації [21].

Формування гнучкої саморегуляції допомагає зменшити надмірну жорсткість самоконтролю, яка в більшості випадків лежить в основі підтримання дезадаптивних поведінкових патернів. Проблема зазвичай полягає не у дефіциті контролю, а в його надмірній жорсткості, що ускладнює адаптацію до змін і підсилює внутрішнє напруження. Психологічні рекомендації в цьому контексті спрямовуються на розвиток здатності до

самоспостереження, корекції власної поведінки без використання самопокарання та прийняття помірних відхилень від жорстких внутрішніх стандартів, що сприяє більш стабільній і адаптивній саморегуляції [56].

Важливим доповненням є орієнтація на формування навичок психологічної саморефлексії. Особам із розладами харчової поведінки часто складно усвідомлювати зв'язок між внутрішніми переживаннями та поведінковими реакціями, що призводить до автоматизованого використання симптомів як способу реагування. Психологічні рекомендації мають сприяти розвитку здатності зупинятися, спостерігати за власним станом і аналізувати мотиви поведінки без негайного переходу до самоконтролю або самопокарання [16].

Формування толерантності до помилок і відхилень від очікувань сприяє зменшенню дезадаптивних реакцій на тимчасові труднощі в процесі подолання розладів харчової поведінки. Для осіб із РХП характерне сприйняття будь-якого порушення внутрішніх правил як «провалу», що запускає цикл самозвинувачення та посилення симптоматики. Психологічні рекомендації мають підкреслювати, що помилки є природною частиною процесу змін і не заперечують досягнутого прогресу, що сприяє зниженню демтруктивного мислення та підвищує стійкість до емоційних коливань [56].

Підтримка розвитку усвідомленого ставлення до власних потреб сприяє зменшенню функціональної значущості симптомів розладів харчової поведінки. У багатьох випадках харчова поведінка виступає замінником незадоволених психологічних потреб у відпочинку, безпеці, підтримці або автономії. Спрямування особи на поступове розпізнавання цих потреб та пошук альтернативних, більш адаптивних способів їх задоволення створює умови для зниження залежності від симптоматичної поведінки та формування більш стабільних механізмів саморегуляції [21].

Формування екологічного життєвого ритму є важливим чинником психологічної стабільності осіб із розладами харчової поведінки. Порушення режиму сну, перевтома та хронічне психоемоційне виснаження виступають фоновими умовами, що підвищують уразливість до загострення симптоматики. Увага зосереджується не на жорстких вимогах, а на поступовому відновленні базової турботи про себе як необхідної умови зниження напруження та підтримання психоемоційної рівноваги [15].

Регуляція інформаційного та соціального середовища має важливе значення у профілактиці та психологічній підтримці осіб із розладами харчової поведінки. Надмірний контакт із контентом, який нормалізує культ худорлявості, дієтичне мислення або тілесні порівняння, сприяє підтриманню дезадаптивних установок і підсиленню симптоматики. Формування критичного ставлення до інформаційних джерел, розвиток навичок обмеження тригерного контенту та усвідомлений вибір соціального середовища, яке не підкріплює симптоми, створюють умови для зниження зовнішнього тиску та стабілізації психоемоційного стану [41].

Підтримка процесу формування цілісної ідентичності є важливим напрямом психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. У перебігу РХП симптоми часто займають центральне місце в самосприйнятті особи, витісняючи інші ролі, цінності та життєві смисли. Орієнація клієнта на поступове розширення уявлень про себе поза межами харчової поведінки сприяє зменшенню надцінності симптомів, відновленню багатовимірності образу «Я» та підвищенню психологічної стійкості [24].

Формування відповідального, але недирективного ставлення до власного процесу відновлення є важливою умовою стійких психологічних змін. Відповідальність за зміни не ототожнюється з жорстким самоконтролем або посиленою самокритикою, а передбачає уважне, гнучке та співчутливе ставлення до себе й власного стану. Така позиція сприяє зниженню ризику

повторної дезадаптації та підтримує довготривалу стабілізацію психоемоційного стану [50].

Профілактика та психологічна підтримка осіб із розладами харчової поведінки мають базуватися на поєднанні психоосвітніх, емоційно-регуляторних, ресурсних і смислових компонентів, що забезпечує їх наукову обґрунтованість і практичну значимість. Поєднання цих компонентів створює умови для цілісного розуміння психологічних механізмів розладу та підтримує формування стійких, адаптивних способів саморегуляції й відновлення.

Висновки до третього розділу

Психологічна профілактика розладів харчової поведінки ґрунтується на уявленні про ці порушення як складні психоемоційні утворення, пов’язані з харчуванням та зі способами регуляції емоцій, формуванням образу тіла, особистісною ідентичністю, міжособистісними відносинами та хронічним стресом. Ефективна психологічна допомога потребує систематичного підходу, етичної виваженості та орієнтації на реальні психологічні потреби особистості та емоційний стан клієнта.

Принципи надання психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки мають забезпечувати поєднання безумовного прийняття клієнта з чіткою увагою до психологічних і соматичних ризиків. Безпека, передбачуваність і професійна послідовність психологічної взаємодії створюють умови для зниження тривожності, формування довіри та підтримання мотивації до змін. Важливим є уникнення як надмірної директивності, так і пасивного потурання симптомам, що дає можливість зберігати терапевтичний баланс між підтримкою й відповідальністю.

Психологічні стратегії подолання розладів харчової поведінки спрямовуються на трансформацію внутрішніх механізмів, які підтримують симптоми. Робота з мотиваційною амбівалентністю, ірраціональними переконаннями, емоційною регуляцією, перфекціонізмом, потребою в тотальному контролі та міжособистісними труднощами сприяє поступовому зниженню функціональної значущості симптоматики, що підтримує формування більш гнучких способів саморегуляції та зменшує залежність від дезадаптивних форм харчової поведінки як засобу психологічної стабілізації.

Психологічні рекомендації щодо профілактики й підтримки мають будуватися як динамічна система, що враховує індивідуальні ресурси, рівень психологічної вразливості та стадію змін. Орієнтація на нормалізацію емоційного досвіду, зменшення самостигматизації, розвиток саморефлексії, толерантності до помилок і невизначеності, а також підтримку цілісної ідентичності поза межами симптомів підвищує стійкість психологічних змін і знижує ризик рецидивів.

Психологічна профілактика розладів харчової поведінки полягає у створенні безпечного простору для поступових змін, де відповідальність за відновлення поєднується зі співчутливим ставленням до себе, що сприяє стабілізації психоемоційного стану, розширенню адаптивних способів саморегуляції та підвищенню якості життя осіб із розладами харчової поведінки.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз проблеми розладів харчової поведінки засвідчив, що ці порушення мають складну психологічну природу та не зводяться лише до особливостей харчових звичок чи контролю маси тіла. Розлади харчової поведінки формуються під впливом взаємодії особистісних, емоційних і соціокультурних чинників та відображають глибші порушення у сфері самосприйняття, емоційної регуляції й міжособистісних відносин. Аналіз сучасних психологічних підходів дає можливість розглядати РХП як багатовимірний феномен, що потребує комплексного пояснення й системного підходу до психологічної допомоги.

Аналіз психологічних механізмів виникнення та розвитку розладів харчової поведінки показав, що визначальну роль у їх формуванні відіграють підвищена тривожність, нестабільна або занижена самооцінка, перфекціоністичні установки та порушення емоційної регуляції. Харчова поведінка в цьому контексті набуває функції психологічного захисту та стає способом зниження внутрішньої напруги, уникнення складних переживань або відновлення відчуття контролю. Закріплення таких механізмів сприяє підтриманню дезадаптивних моделей поведінки та ускладнює процес усвідомлення власного психологічного стану.

Емпіричні результати свідчать про наявність специфічних особливостей психологічного стану в осіб, схильних до розвитку розладів харчової поведінки. Для цієї групи характерні високі показники ситуативної та особистісної тривожності, труднощі в усвідомленні та прийнятті власних емоцій, схильність до надмірного самоконтролю й внутрішньої критичності. Виявлені особливості підтверджують, що їжа використовується не лише для задоволення фізіологічних потреб, а й як інструмент емоційної регуляції, що з часом закріплюється як стійка дезадаптивна стратегія подолання стресу.

Аналіз результатів дослідження підтверджує доцільність застосування психологічних стратегій, спрямованих на подолання розладів харчової поведінки з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості. Ефективна психологічна допомога передбачає розвиток навичок емоційної усвідомленості та регуляції, формування більш стабільної самооцінки, зниження рівня внутрішнього критика та відновлення цілісного образу тіла. Важливим є поєднання психоосвітньої роботи з підтримкою особистісних ресурсів і створенням безпечного терапевтичного простору.

Отримані результати підтверджують необхідність розгляду розладів харчової поведінки як прояву глибинних психологічних труднощів, що потребують комплексного та системного підходу. Практична цінність роботи полягає у можливості використання сформульованих положень і психологічних стратегій у діяльності практичних психологів і психотерапевтів, а також при розробці профілактичних програм, спрямованих на збереження психічного здоров’я та підвищення якості життя осіб із розладами харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. Сєвєродонецьк. 2017. № 3 (44). С. 35-43.
2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. … д-ра псих. наук: 19.00.01 / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2014. № 25. С. 19-33.
4. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. №43. 2019. С. 9-32
5. Антонова З. О., Ханецька Н. В., Кудла Т. В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
6. Арсенюк, А. В., & Найчук, В. В. (2024). Психологічні особливості порушень харчової поведінки у жінок (Doctoral dissertation, КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»).
7. Бауманн У., Перре М. Клінічна психологія. 2-ге вид. Київ, 2003. 944 с.
8. Берген Н.О., Алексєєва С.І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал. 2020. № 34(120). С.56-68.
9. Булденко А. Розлади харчової поведінки як наслідок хронічного стресу в умовах воєнного стану. Актуальні проблеми психології. 2023. Т. 1, Вип. 60. С. 45-53.

10. Ваколюк,Л. М., Сокур,С. О., Секрет,Т. В.(2018)Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти [Електронний ресурс]. Вісник Вінницького національного медичного університету. Т. 19. No 21
11. Геращенко І., Фатєєва М., Миколенко Н., Щелок Н. Психологічні особливості харчової поведінки осіб раннього дорослого віку. Психологічний часопис. 2021. Т. 7, № 3. С. 34-42.
12. Гордієнко І. О. Психологічні чинники харчової поведінки підлітків. Актуальні проблеми життєвого та професійного самоздійснення особистості: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості: теорія, досвід, практика» (19-20 травня 2023 р.). відп. ред. О. П. Саннікова. Одеса: ФОП Бєлий А. Є., 2023. С. 28-36.
13. Гошовська, Д. Гошовський О. Девіантна специфіка самосвідомості людини з харчовою залежністю: теоретичний ракурс проблеми. Psychological Prospects Journal , 2022. №40 , С. 24-37. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-hosh
14. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3-5.
15. Гуменюк Л. Й. Психологічні наслідки психотравмівних подій : монографія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2022. 256 с.
16. Демченко І. І. Емоційна регуляція як чинник психічного здоров’я особистості // Психологічний часопис. 2022. Т. 8, № 2. С. 45-53.
17. Державний експертний центр МОЗ України. Мультидисциплінарні робочі групи та теми (зокрема «Розлади харчової поведінки…») : наказ МОЗ України від 30.03.2023 № 590. - 2023
18. Дуденко Н. В., Павлоцька Л. Ф., Цихановська І. В., Лазарєва Т. А., Александров О. В., Коваленко В. О., Скуріхіна Л. А., Євлаш В. В.

Нутриціологія. Частина 2. Частна нутриціологія: Навчальний посібник. Харків: УІПА, 2012. 246 с.

19. Золотова Г. Д. Сутність і зміст нехімічних адикцій дітей. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки, 2012, №22 (8): С.12-24.
20. Ільницька Т., Ящишина Ю. Комплексне ведення пацієнтів із розладами харчової поведінки. НейроNews. 2020. Т. 10, № 121. С. 26-28.
21. Карамушка Л. М. Психологічні ресурси особистості в умовах кризи : навч.-метод. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 164 с.
22. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості : психол. практикум. Кам'янець-Подільський : Медобори, 2018. 64 с.
23. Карпенко Є. В. Перфекціонізм як джерело невротизації особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2016, 1 (1): С. 30-37.
24. Кісь Н. О. Психологічні аспекти порушень харчової поведінки : монографія. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 212 с.
25. Клініка, діагностика та принципи терапії нейрогенних порушень харчової поведінки. Медична газета «Здоров'я України». 2008. № 23/1. С. 69-71.
26. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт. 2020. Вип.2. С.91-98.
27. Кокашинський В. Лікування та реабілітація хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями харчової поведінки. Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 2 (107). С. 52-57.
28. Кононенко О. І. Гендерні особливості проявів перфекціонізму особистості. Вісник Одеського національного університету. Психологія, 2015, 20.2 (36). С. 99-105.

29. Кононенко О.І. Перфекціонізм особистості [Монографія]. Одеса. ОНУ імені І.І.Мечникова. ТОВ «Удача», 2016. 374с.
30. Кротенко В. І., Міщенко О. Е. Трансформація поняття інтернетзалежності як форми адиктивної поведінки в контексті діджиталізації сучасного суспільства. Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2022, №43: С. 105-115.
31. Кудла Т., Антонова З., Ханецька Н. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведіки в жінок. Габітус. 2021. № 27. С. 125-130.
32. Кузьмінська О. В., Червона М. С. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді. Київ : Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. 18 с.
33. Купко Н. Розлади харчової поведінки: серйозність проблеми та сучасні підходи до її вирішення. НейроNews. 2025. № 159. С. 15-22.
34. Куцова М. Розлади харчової поведінки: що потрібно знати і як вилікувати. Голоси дітей. 2024.
35. Лимар, Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2018 (42), 93-113. https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.93-113
36. Мартинова Л. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. НейроNews. 2021. Т. 10, № 122. С. 46-50.
37. Міщук М., Герасим'юк І. Розлади харчової поведінки: як розпізнати РХП. MH4U. 2022.
38. Нижник А. Є. Передумови та ризики виникнення порушень харчової поведінки молоді. Психологічні та педагогічні науки у XXI столітті: перспективні та пріоритетні дослідження. 2014. С. 112-115.
39. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники формування розладів харчової поведінки у жінок. Проблеми сучасної психології. 2021. Вип. 53. С. 212-225.

40. Огоренко В. В., Кокашинський В. О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. Український вісник психоневрології. 2024. Т. 32, № 1 (118). С. 56-59.
41. Павленко Т. С. Самостигматизація як психологічна проблема // Проблеми сучасної психології. 2021. Вип. 54. С. 173-184.
42. Павлоцька Л. Ф., Дуденко Н. В., Євлаш В. В. Фізіологія харчування. Підручник. Харків: ХДУХТ, Світ книг, 2017. 316 с.
43. Писаренко Д.Д. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки та їх корекція. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня магістра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2022. 81 с.
44. Пінчук І. Розлади харчової поведінки - це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. Режим доступу: https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozladi-kharchovoyipovedinki-tse-seryoznamedichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stilzhittya. P. 112-137.
45. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного 176 університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44. С. 184- 191.
46. Сак Л. В., Федотова З. В. DERS - Шкала труднощів емоційної регуляції Короткий довідник із користування. ім. О.О.Богомольця, 2023. URL: https://start.ua-test.com/pub/files/ders-manual.pdf
47. Сак Л. В. Медико-психологічний супровід пацієнтів з нервовою анорексією в контексті сімейного функціонування та психо-емоційного статусу батьків/опікунів : Дисертація. Київ, 2023. 215 с.
48. Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. Акмеологія. 2015. № 3 (55). С. 213-218

49. Скугаревський О. А. Порушення харчової поведінки та можливість їх скринінгової оцінки. Питання організації та інформатизації охорони здоров'я. 2003. №3. З. 41-44.
50. Слюсар Л. І. Психологічні механізми формування адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : Видавничий дім «Слово», 2021. 198 с.
51. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. No3 С. 32
52. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. No 3-4 2010. С. 16-25. URL: http://www.medved.kiev.ua
53. Статистика розладів харчової поведінки: що показують цифри | Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. Національна асоціація лікарів та психологів | Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. URL: https://ed-ua.com/faq/statistika-rozladiv-harchovoyi-povedinki-shho-pokazuyut-tsifri/#:~:text=Ризики%20для%20здоров'я,%20викликані%20розладами%20харчової%20поведінки&text=На%20жаль,%20РХП%20є%20одними,62%20хвилини%20помирає%20одна%20людина.
54. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ : Агропромвидав, 1998. 348 с.
55. Травенко О.С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової пведінки. Актуальні проблеми психології. Том XI. Випуск 14. С.205-214.
56. Чепелєва Н. В. Саморегуляція особистості: психологічні механізми : монографія. Київ : Академвидав, 2021. 240 с.
57. Чинники, що впливають розвиток розладу харчової поведінки | Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. Національна асоціація лікарів та психологів | Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. URL: https://ed-ua.com/faq/chinniki-shho-vplivayut-rozvitok-rozladu-harchovoyi-povedinki/.

58. Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології. Матеріали V Міжнародної інтернетконференції (20-21 квітня 2021 р.). Київ. 2021.С. 156-160.
59. Шебанова В. І. Харчова поведінка в континуумі норма- патологія. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2017, 6 (1): С.133-138.
60. Юрценюк О. С. Психосоматика розладів харчової поведінки. Психосоматична медицина: наука та практика : IV науково-практ. конф., м. Чернівці, 5-6 листоп. 2025 р.
61. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011. V. 68(7). P. 724-731.
62. Frank G. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. CNS Spectr. 2015. № 20 (4). P. 391-400.
63. Frank G. Neuroimaging and eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2019. № 32 (6). P. 478-483
64. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press
65. Vögele C., Gibson L. Mood, emotions and eating disorders. Oxford Handbook of Eating Disorders. Series: Oxford Library of Psychology. New York: Oxford University Press. 2010. 205 p.
66. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization. 1993.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооцінки М. Розенберга

Інструкція: нижче наведено список тверджень оберіть наскільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь з кожним.

№	Твердження	Цілком згоден	Швидше згоден	Швидше не згоден	Цілком не згоден
1.	Загалом я собою задоволений				
2.	Часом мені здається, що я не зовсім добрий				
3.	Я відчуваю, що маю ряд хороших якостей				
4.	Багато речей я здатний робити не гірше більшості інших людей				
5.	Мені здається, що мені нема чим пишатися.				
6.	Часом я справді відчуваю себе непотрібним				
7.	Я відчуваю себе гідною людиною				
8.	Я хотів би більше поважати себе				
9.	Загалом, я схильний вважати себе невдахою				
10.	Я ставлюся до себе позитивно				

Додаток Б

Шкала тривоги Ч. Спілбергера

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень та оберіть відповідь справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає

№	Твердження	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1.	Я спокійний				
2.	Мені ніщо не загрожує				
3.	Я перебуваю в напруженні				
4.	Я внутрішньо скутий				
5.	Я відчуваю себе вільно				
6.	Я засмучений				
7.	Мене хвилюють можливі невдачі				
8.	Я відчуваю душевний спокій				
9.	Я стривожений				
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11.	Я впевнений в собі				
12.	Я нервуюсь				
13.	Я не знаходжу собі місця				
14.	Я напружений				
15.	Я не відчуваю скутості, напруження				
16.	Я задоволений				
17.	Я стурбований				
18.	Я дуже збуджений і мені не по собі				
19.	Мені радісно				
20.	Мені приємно				
21.	У мене буває піднесений настрій				
22.	Я буваю дратівливим				
23.	Я легко впадаю в розпач				
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				

25.	Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути				
26.	Я відчуваю приплив сил і бажання працювати				
27.	Я спокійний, урівноважений та зібраний				
28.	Мене турбують можливі труднощі				
29.	Я дуже переживаю через дрібниці				
30.	Я буваю цілком щасливий				
31.	Я все приймаю близько до серця				
32.	Мені не вистачає впевненості в собі				
33.	Я відчуваю себе беззахисним				
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів				
35.	У мене буває хандра				
36.	Я буваю задоволений				
37.	Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
38.	Буває, що я відчуваю себе невдахою				
39.	Я врівноважена людина				
40.	Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи				

Додаток В

Багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста

Інструкція: уважно оцініть ступінь Вашої згоди чи незгоди з кожним твердженням.

№	Твердження	Повністю не згоден	Не згоден	Важко визначитися	Згоден	Повністю згоден
1.	Мої батьки дуже вимогливі до мене.					
2.	Мені дуже важливо бути організованим.					
3.	У дитинстві мене карали, якщо я не досягав найкращих результатів.					
4.	Якщо я не буду максимально вимогливим до себе, то в результаті стану посередньою людиною.					
5.	Мої батьки ніколи не намагалися зрозуміти мої помилки					
6.	Для мене дуже важливо бути компетентним у всьому, що я роблю.					
7.	Я акуратна людина.					
8.	Я намагаюся бути організованим(ою).					
9.	Якщо я з чимось не справляюся в роботі або навчанні, то вважаю себе невдахою					
10.	Якщо я роблю помилку, я засмучуюся					

11.	Мої батьки хотіли, щоб я був найкращим у всьому.					
12.	Я ставлю для себе більш складні цілі, ніж більшість людей.					
13.	Якщо хтось виконує завдання на роботі або в школі краще за мене, я відчуваю, що взагалі не впорався із завданням.					
14.	Не впоратися з частиною якоїсь справи для мене рівносильно повному провалу.					
15.	У моїй сім'ї вважається, що потрібно робити все ідеально.					
16.	Я вмію зосередити всі свої зусилля задля досягнення мети.					
17.	Навіть коли я роблю щось дуже старанно, я часто відчуваю, що зробив це недостатньо добре.					
18.	Я ненавиджу бути в чомусь гірше за інших.					
19.	Я прагну до дуже високих та складних цілей.					
20.	Мої батьки очікували від мене досконалості в усьому					
21.	Напевно, люди будуть про мене невисокої думки, якщо я з чимось не впораюся.					

22.	Я завжди відчував, що не можу відповідати очікуванням своїх батьків.					
23.	Якщо я роблю щось гірше за інших людей, це означає, що я неповноцінна людина.					
24.	Здається, що інші люди пред'являють до себе менші вимоги, ніж я.					
25.	Якщо я не буду завжди досягати успіху, люди не будуть поважати мене.					
26.	Мої батьки завжди очікували від мене більшого, ніж я сам.					
27.	Я намагаюся бути акуратною людиною.					
28.	Коли займаюся звичайними повсякденними справами, я досить часто відчуваю невпевненість у власних діях.					
29.	Для мене дуже важливо бути акуратним					
30.	Я повинен досягати кращих результатів у повсякденних справах, ніж інші.					
31.	Я організована людина.					
32.	Я часто не встигаю зробити певну роботу, тому що переробляю її декілька разів					

33.	Мені потрібно багато часу, щоб зробити щось «як має бути»					
34.	Чим менше я робитиму помилок, тим більше буду подобатися людям.					
35.	Я завжди відчував, що не зможу відповідати стандартам своїх батьків Я завжди відчував, що не зможу відповідати стандартам своїх батьків.					

Обробка та інтерпретація результатів

Фактори шкали FMPS, оригінальна версія

Шкала	Номер твердження
«Занепокоєність помилки»	9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, 34
«Особистісні стандарти»	4, 6, 12, 16, 19, 24, 30
«Батьківські очікування»	1, 11, 15, 20, 26,
«Батьківська критика»	3, 5, 22, 35
«Сумніві у власний діях»	17, 28, 32, 33,
«Організованість»	2, 7, 8, 27, 29, 31

Занепокоєність помилками - негативна реакція на помилки, схильність вбачати в помилці невдачу.

Особистісні стандарти - схильність висувати надмірно високі стандарти у поєднанні з надмірною важливістю відповідності цим стандартам, що породжує коливання самооцінки й хронічну незадоволеність діяльністю.

Батьківські очікування - сприйняття батьків як таких, що мають дуже високі очікування.

Батьківська критика - сприйняття батьків як таких, що надмірно критикують. Сумніви у власних діях - перманентні сумніви щодо якості виконання діяльності.

Організованість - відображає важливість порядку й організованості.

Крім того, підраховується загальний показник перфекціонізму, що є сумою показників за всіма шкалами крім шкали «організованість».

Додаток Г

Голландський опитувальник харчової поведінки

Інструкція: оцініть, наскільки часто ви поводитеся так, як описано в кожному твердженні.

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

12.	Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?					
13.	Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?					
14.	Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо?					
15.	Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить?					
16.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху?					
17.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне?					
18.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?					
19.	Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас?					
20.	Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані?					
21.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані?					
22.	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?					
23.	Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно?					
24.	Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай					
25.	Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?					
26.	Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачої їжі, чи є у вас бажання це з’їсти?					

27.	Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?					
28.	Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?					
29.	Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?					
30.	Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?					
31.	Чи можете ви встояти перед смачною їжею?					
32.	Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?					
33.	Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?					

Інтерпретація результатів

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).

Нормальними значеннями обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4, 1. та 2.7 бали відповідно.

Додаток Д

Шкала труднощів у регуляції емоцій

Інструкція: оцініть, наскільки часто ви поводитеся так, як описано в кожному твердженні.

№	Твердження	Майже ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Майже завжди
1.	Я чітко розумію свої почуття					
2.	Я звертаю увагу на те, як почуваюся.					
3.	Я відчуваю свої емоції як неперебoрні та неконтрольовані.					
4.	Я не маю уявлення, як я себе почуваю.					
5.	Мені важко розібратися у своїх почуттях.					
6.	Я уважний до своїх почуттів.					
7.	Я точно знаю, що я відчуваю.					
8.	Мені важливо, що я відчуваю.					
9.	Мене бентежить те, що я відчуваю.					
10.	Коли я засмучений, я усвідомлюю свої емоції.					
11.	Коли я засмучений, я злюся на себе за те, що почуваюся так.					
12.	Коли я засмучений, мені стає ніяково через це почуття.					
13.	Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.					
14.	Коли я засмучений, я втрачаю контроль.					

15.	Коли я засмучений, я вірю, що залишусь таким ще довгий час.					
16.	Коли я засмучений, я вважаю, що зрештою почуватимуся дуже пригніченим.					
17.	Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття дійсні та важливі.					
18.	Коли я засмучений, мені важко зосередитися на чомусь іншому.					
19.	Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.					
20.	Коли я засмучений, я все одно можу довести справу до кінця.					
21.	Коли я засмучений, мені соромно за це.					
22.	Коли я засмучений, я знаю, що зможу знайти спосіб почуватися краще.					
23.	Коли я засмучений, я відчуваю себе слабким.					
24.	Коли я засмучений, я відчуваю, що можу контролювати свою поведінку.					
25.	Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так себе почуваю.					
26.	Коли я засмучений, мені важко зосередитися.					
27.	Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.					
28.	Коли я засмучений, я вважаю, що нічого не можу					

	зробити, щоб почуватися краще.					
29.	Коли я засмучений, я дратуюся на себе через те, що відчуваю себе так.					
30.	Коли я засмучений, я починаю відчувати себе дуже погано.					
31.	Коли я засмучений, я вважаю, що все, що я можу зробити, - це занурюватися в це почуття.					
32.	Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.					
33.	Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.					
34.	Коли я засмучений, мені потрібен час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.					
35.	Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб відчути себе краще.					
36.	Коли я засмучений, мої емоції переповнюють мене.					

Інтерпретація результатів

Шкала розроблена на основі інтегративності теоретичної основи, яка концептуалізує регуляцію емоцій як залучення:

- (a) усвідомлення та розуміння емоції;
- (b) прийняття емоцій;
- (c) здатність брати участь у цілеспрямованій поведінці та контролювати імпульсивну поведінку під час переживання негативних емоцій;
- (d) доступ до ефективних стратегій регулювання емоцій.

Загальний показник емоційної регуляції - це сумарний сирий бал (сума балів за всіма 36 пунктами). В електронному звіті він відображається як шкала «Загальний показник» (діапазон можливих балів від 36 до 180).

Вищі бали свідчать про більші проблеми з регуляцією емоцій. Серед нормотипової вибірки 74 бали (це 50 процентиль, середнє по вибірці) та нижче вважаються нормою, а бали 118 (це 99 процентиль) і вище вказують на серйозну емоційну дисрегуляцію.

Загальний показник - бал	Рівень труднощів емоційної регуляції
36 - 43	Дуже низький
44 - 61	Низький
62 - 87	Середній
88 - 105	Високий
106 - 180	Дуже високий

У складі DERS виділяють шість субшкал:

1. Шкала НЕПРИЙНЯТТЯ - досліджує неприйняття емоційних реакцій: оцінює негативні вторинні емоційні реакції на власні негативні емоції або неприйняття реакцій на власний дистрес.
2. Шкала ЦІЛІ - досліджує наявність труднощів із цілеспрямованою поведінкою: вимірює труднощі з концентрацією та виконанням завдань під час переживання негативних емоцій.
3. Шкала ІМПУЛЬС - досліджує наявність труднощів з контролем імпульсів: розглядає труднощі з контролем власної поведінки під час переживання негативних емоцій.
4. Шкала УСВІДОМЛЕННЯ - досліджує усвідомлення емоцій (високі бали свідчать про відсутність усвідомлення): оцінює труднощі та/або небажання звертати увагу на емоції та визнавати їх.
5. Шкала СТРАТЕГІЇ - досліджує наявність стратегій регулювання емоцій (високі бали свідчать про обмежений доступ до таких стратегій):

стосується переконання, що мало що можна зробити для ефективного регулювання емоцій, коли людина засмучена.

6. Шкала ЧІТКІСТЬ - досліджує наявність емоційної чіткості (високі бали свідчать про її відсутність): показник зосереджується на тому, наскільки респондент знає і чітко розуміє емоції, які він відчуває.

DERS є корисним інструментом для формулювання та планування лікування на початку терапії, а також підходить для повторного застосування з метою моніторингу результатів. Визначаючи конкретні області проблем з регулюванням емоцій, DERS може допомогти клініцистам зосередитися на таких втручаннях, як техніки усвідомленості для поліпшення емоційної обізнаності або формування адаптивних навичок подолання труднощів для регулювання емоційних станів.