

## ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЖІНОК

### RISK FACTORS FOR EATING DISORDERS IN WOMEN

У статті представлені результати дослідження особистісних особливостей як психологічних чинників ризику виникнення порушень харчової поведінки у дівчат-підлітків та молодих жінок.

Метою нашого дослідження було виявлення чинників ризику порушень харчової поведінки у жінок різних вікових категорій (дві групи жінок від 15 до 32 років). У дослідженні в онлайн-форматі взяли участь 55 дівчат і жінок. Проводилась оцінка характерних ознак харчових порушень, ступеня незадоволення своєю зовнішністю, рівня самооцінки, різних аспектів самоставлення, проявів перфекціонізму та рівня тривожності. За допомогою факторного аналізу були виділені основні чинники, що визначають взаємозв'язок особливостей харчової поведінки і особистісних характеристик. За допомогою регресійного аналізу була проведена оцінка чинників ризику для розвитку основних ознак порушень харчової поведінки (прагнення до худорби і булімія) у жінок різного віку.

За результатами дослідження було виявлено, що у дівчат віком 15–23 р. відзначається більша схильність до виникнення епізодів переїдання і використання очисних шлунково-кишкових процедур, у них частіше фіксується низька самооцінка і негативне самоставлення. Не було виявлено значимих відмінностей в оцінці жінками образу свого тіла відповідно до віку. Дана оцінка в усіх випадках мала тенденцію до негативного сприйняття різного ступеня прояву. Факторний аналіз показників порушень харчової поведінки і особистісних особливостей в досліджуваних групах показав, що порушення харчової поведінки у жінок тісно пов'язані з негативним ставленням до свого тіла і з показниками тривожності. За допомогою регресійного аналізу були виявлені показники, що впливають на прагнення до худорби і булімічної поведінки, які відрізнялися між групами респонденток за віком. Отже, порушення харчової поведінки у жінок молодого віку зумовлюються різними психологічними характеристиками – особистісними особливостями, що потребують психопрофілактики як превентивної роботи щодо виникнення даних розладів.

**Ключові слова:** нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, перфекціонізм, самооцінка, харчова поведінка, порушення харчової поведінки, психологічні чинники.

The article presents the results of a study of personality traits as psychological risk factors for eating disorders in adolescent girls and young women. The aim of our study was to identify risk factors for eating disorders in women of different ages (two groups of women from 15 to 32 years). The study involved 55 (girls) women online. The characteristics of eating disorders, the level of self-esteem, various aspects of self-esteem, the degree of dissatisfaction with their appearance, manifestations of perfectionism and the level of anxiety were assessed. With the help of factor analysis, the main factors that determine the relationship between eating behavior and personal characteristics were identified. Using regression analysis, risk factors for the development of the main signs of eating disorders (bulimia and cravings for leanness) in women of different ages were assessed.

According to the results, it was found that girls aged 15–23 years, there is a high tendency to episodes of overeating and the use of cleansing gastrointestinal procedures, they are more likely to have low self-esteem and more negative self-esteem. There were no significant differences in women's assessment of their body image depending on age. This assessment in all cases tended to have a negative perception of varying degrees of manifestation. The analysis of indicators of eating disorders and personality traits in the studied groups showed that eating disorders in women are closely related to the negative attitude towards their body and with indicators of anxiety. The regression analysis revealed indicators influencing the desire for thinness and bulimic behavior, which differed between groups of respondents by age. Thus, eating disorders in young women are determined by various psychological characteristics – personality traits that require psycho prophylaxis as a preventive measure against these disorders.

**Key words:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating, perfectionism, self-esteem, eating behavior, eating disorder, psychological factors.

УДК 159.9:442.98  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.27.21>

**Кудла Т.В.**  
магістрантка кафедри психології та педагогіки  
Хмельницький національний університет

**Антонова З.О.**  
к.психол.н.,  
доцент кафедри психології та педагогіки  
Хмельницький національний університет

**Ханецька Н.В.**  
к.психол.н.,  
доцент кафедри психології та педагогіки  
Хмельницький національний університет

На сучасному етапі розлади харчової поведінки залишаються складною і багатоаспектною проблемою, яка потребує подальших пошуків шляхів вирішення. У виданнях Міжнародної класифікації хвороб (МКХ: 10, 11) [10] з'явилися діагностичні рубрики, що описують нові для клініцистів різновиди розладів харчової поведінки. Це такі розлади: унікаючий обмежувальний розлад харчової поведінки, розлад румінації, компульсивне переїдання. Переосмислюються критерії раніше описаних і широко відомих захворювань – нервової анорексії та нервової булімії. Також завдяки розвитку нейробіологічних наук змінюються погляди на основні етіо-

патогенетичні чинники в розвитку різних харчових порушень. Наприклад, на думку С.М. Bulik [18, с. 65], тривалий час зосередження на соціокультурних і сімейних чинниках перешкоджало справжньому розумінню причин і підтримуючих факторів в генезі нервової анорексії. Сьогодні дослідження порушень харчової поведінки більшою мірою зосереджені на таких феноменах, як нейрокогнітивне порушення [2, с. 4], інтерцепція [6; 15], генетика [7, с. 36], ендокринна дисфункція [7, с. 11], структурні зміни і функціональні порушення в роботі центральної нервової системи [1, с. 12–35], вплив мікробіома [13, с. 32] тощо.

Найчастішими ознаками розладів харчової поведінки в підлітковому та молодому віці є такі: обмежувальні дієти, переїдання і булімічні епізоди (суб'єктивні та об'єктивні), очисні процедури шлунково-кишкового тракту, компульсивні фізичні вправи, а також значний вплив на самооцінку форми тіла і ваги. Як правило, нервова анорексія маніфестує в середньому підлітковому віці, а нервова булімія в старшому підлітковому віці [4, с. 34–39]. Деякі ознаки розладів харчової поведінки тісно пов'язані з власне підлітковим періодом, зумовлюючись не стільки спотворенням образу тіла, а радше його загальною незадоволеністю [9, с. 45]. Часто це пов'язано з постійним порівнянням себе з ідеалізованими медіаідеалами та відфотошопленими зображеннями однолітків у соціальних мережах. Нав'язливе порівняння досягає безпрецедентних масштабів завдяки Інтернету та технічним засобам доступу до нього [3, с. 69]. Через це може спостерігатися більше поширення атипичних різновидів порушень харчової поведінки, коли відсутній один або кілька ознак розладу. У дослідженні Portela de Santana M.L., da Costa Ribeiro H.J., Giral M. та Raich R.M., в якому брала участь група молодих людей у віці від 12 до 23 років, кількість осіб з атипичними формами становила 77,4% від загальної кількості діагностованих розладів харчової поведінки. Крім того, в межах цього дослідження було встановлено, що показники поширення нервової анорексії та нервової булімії у вибірці осіб підліткового та молодого віку становили 0,3–2,2% і 0,1–2% [19]. Дане дослідження підтвердило тенденцію загальних популяційних досліджень порушень харчової поведінки.

Особливе значення набуває і низка особистісних характеристик. Наприклад, самооцінка, особливо в підлітковому та юнацькому віці, може бути тісно пов'язана з формуванням власного образу тіла і схильністю до перфекціонізму. Часто низький рівень самооцінки впливає на задоволеність формою і розміром тіла та корелює з високим рівнем патологічної харчової поведінки, яка пов'язана з контролем ваги [6]. Досі існує невелика кількість досліджень, що дозволяють оцінити взаємозв'язок порушень харчової поведінки та особливостей особистості у жінок від підліткового до молодого віку.

Варто зазначити, що підлітковий та юнацький вік є складним періодом фізичного і психічного росту та розвитку, а розлади харчової поведінки можуть бути безпосередньо пов'язані з різними переживаннями дистресів у цей період [7, с. 23]. Отже, якщо здійснити дослідження особистісних чинників, що сприяють формуванню порушень харчової поведінки у дівчат-підлітків та молодих жінок, можна розробити диференційовані підходи до психопрофілактичних заходів щодо попередження даних розладів.

Метою нашого дослідження було виявлення психологічних чинників ризику порушень харчової поведінки у дівчат-підлітків та молодих жінок.

У нашому дослідженні взяло участь 55 дівчат-підлітків та жінок молодого віку. Дослідження проводилось в онлайн-форматі. Середній вік вибірки респонденток становить 24,5 р. (від 15 до 32 років). Під час аналізу соціально-демографічних характеристик (рівень освіти, виховання та зростання в повній/неповній сім'ї, соціально-економічний статус) у досліджуваних жінок значних відмінностей не було знайдено. Середні значення індексів маси тіла також не мали значних відмінностей. Відповідність віковим нормам визначалась на основі аналізу перцентильних таблиць. Варто відмітити, що досліджувана вибірка жінок знаходилась в межах 5–50 перцентилів, що могло свідчити про мінімізацію в групі респонденток з надлишковою масою тіла та відсутність осіб з критично низькою вагою, яка могла бути пов'язана з вираженою обмежувальною харчовою поведінкою. Основним нашим завданням було проведення порівняльного аналізу харчової поведінки та особистісних особливостей досліджуваних жінок. За допомогою регресійного аналізу визначались чинники, що пов'язані з генеральними ознаками розладів харчової поведінки – прагненням бути худю та булімією.

З метою діагностики та оцінки характерних ознак харчових розладів використовувалася «Шкала оцінки харчової поведінки» (ШОХП / О.А. Ільчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревський, С. Сіхі) [14]. Факторна структура опитувальника дозволяла виділити 7 параметрів. Перелічимо їх:

- 1) прагнення до худорби;
- 2) булімія;
- 3) незадоволеність власним тілом;
- 4) неефективність;
- 5) перфекціонізм;
- 6) недовіра в міжособистісних стосунках;
- 7) інтероцептивна некомпетентність.

Дана шкала дала можливість оцінити ступінь прояву різних ознак, характерних для розладів харчової поведінки, визначаючи їх на рівні тенденцій без клінічно окреслених феноменів, що дозволяють встановити той чи інший діагноз. Таким чином, можна говорити про ширший континуум відхилень від нормальної харчової поведінки, що містить ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування в звичайних умовах і в ситуації стресу, поведінку, орієнтовану на образ свого тіла і діяльність, спрямовану на формування цього образу [3, с. 47–49]. У такому контексті ідеться не про розлади, а саме про порушення харчової поведінки.

Для оцінки ступеня незадоволеності своєю зовнішністю як складовою частиною образу тіла ми використовували «Опитувальник образу власного тіла» (ООВТ / О.А. Скугарев-

ський, С.В. Сивуха) [13]. Згідно з когнітивною теорією психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти – оцінний (заснований на мисленні) і перцептивний (заснований на сприйнятті). На думку авторів, оцінний компонент ставлення до тіла, що вимірюється зазначеною методикою, відображає глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, формою (фігурою) тіла, певними його частинами), а також емоції і почуття з приводу зовнішності. Когнітивний аспект як переконання щодо зовнішності і фігури передбачає певну поведінку (наприклад, уникнення споглядати себе в дзеркалі, постійно зважуватися, відвідувати тренажерні зали). Дана шкала є зворотною, тобто високий бал свідчить про негативну оцінку образу тіла, а низький бал – про позитивну оцінку образу тіла. Значення балів від 13 і вище говорить про виражене незадоволення власним тілом (максимальний бал за шкалою – 48).

З огляду на важливу роль самооцінки, особливо в підлітковому та юнацькому віці при порушеннях сприйняття образу тіла і в розвитку порушень харчової поведінки [6, с. 10], було проведено дослідження за допомогою опитувальника «Визначення рівня самооцінки» за С.В. Ковальовим. Згідно з інструкцією у даній методиці потрібно висловити своє ставлення до 32 суджень, що стосуються самооцінки особистості. Обробка результатів проводиться підсумовуванням балів за всіма 32 судженнями з виставленням загального бала, що визначає високий (0–25 балів), середній (26–45 балів) або низький (46–128 балів) рівень самооцінки. У зв'язку з відмінностями наповнення Я-образу (пов'язаного не лише з образом тіла), що формується на основі знань і уявлень про себе, в тому числі і у формі оцінки прояву тих чи інших власних рис, проводився опитувальник самоставлення (В.В. Столін, С.Р. Пантелєєва). Цей опитувальник складається з 57 тверджень, на кожне з яких досліджуваний повинен відповісти «так» або «ні». Методика дозволяє виявити три рівні самоставлення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоставлення; самоставлення, диференційоване на самоповагу, аутосимпатію, очікуване відношення від інших та самоінтерес; рівень конкретних дій (готовності до них) стосовно свого «Я».

За даними багатьох досліджень було виявлено, що перфекціонізм значною мірою пов'язаний з симптомами порушень харчової поведінки у підлітків та юнаків [2, с. 25–33]. У зв'язку з цим в нашому дослідженні проводилася оцінка рівня перфекціонізму за багатовимірною шкалою перфекціонізму Хьюїтта-Флетта (в адаптації І.І. Грачової). Методика складається з трьох субшкал, кожна з яких вимірює ступінь прояву одного з таких складників перфекціонізму

у досліджуваного: перфекціонізму, орієнтованого на себе; перфекціонізму, орієнтованого на інших; соціально приписаного перфекціонізму. Сума балів, набрана респондентом за всіма субшкалами, відображає загальний рівень перфекціонізму (інтегральна шкала).

Також зустрічаються деякі дослідження стосовно 50%-ї коморбідності розладів харчової поведінки з тривожними розладами [12], при цьому рівень тривоги може визначати ступінь прояву симптомів харчових порушень [11, с. 24–28]. У нашому дослідженні даний параметр вимірювався за допомогою багатовимірної оцінки тривожності (Є.Є. Малкова). Методика містить 100 питань, на які респондентам пропонується відповісти «так» або «ні» і які формують 10 шкал. Використання даного інструменту дозволило провести індивідуальний аналіз структури тривожності у дівчат та жінок в поєднанні з проблемами, що виникають у них вдома, на роботі, під час навчання, у відносинах з оточуючими (однолітками, вчителями, батьками, партнерами тощо).

Математико-статистичний метод застосовувався для обробки отриманого емпіричного матеріалу і математичної верифікації виявлених закономірностей. Відповідно до поставлених завдань дослідження проводилася статистична обробка за допомогою пакета програм SPSS Statistics 20.0, а також використовувалася описова статистика (частота, аналіз середніх значень) і критерій Пірсона для аналізу взаємозв'язку номінальних змінних.

Ми проаналізували особливості харчової поведінки за допомогою ШОХП у дівчат в 1 групі (від 15 до 23 років) та в 2 групі (від 24 до 32 років) (див. табл. 1). Порівняльний аналіз першої та другої груп виявив статистично значущі відмінності за шкалами «Булімія» ( $p < 0,01$ ) і «Перфекціонізм» ( $p < 0,05$ ), а також тенденцію до більш високих показників у дівчат від 15 до 23 років за шкалою «Незадоволеність тілом» ( $p = 0,085$ ).

За результатами проведення методики ООВТ (зворотна шкала) було виявлено, що в першій групі дівчат оцінка образу тіла є негативною ( $16,40 \pm 10,45$ ), водночас у другій групі цей показник знаходиться на межі нормальної і негативної оцінки ( $13,84 \pm 11,60$ ). Значущих відмінностей між жінками з першої та другої груп виявлено не було.

За даними методики «Тест-опитувальник визначення рівня самооцінки» (зворотна шкала) був виявлений низький рівень самооцінки в обох групах ( $68,63 \pm 20,68$  – в першій групі;  $58,68 \pm 20,02$  – в другій групі), при цьому спостерігалася статистично значуща відмінність за даною шкалою ( $p < 0,05$ ).

Порівняльний аналіз самоставлення у дівчат першої групи (15–23 роки) і в жінок другої групи (24–32 роки) (див. табл. 2) показав

**Порівняльний аналіз харчової поведінки у жінок різного віку**

Показник	1 група (15–23 роки)	2 група (24–32 роки)
Прагнення до худорби	5,63±2,89	5,72±1,84
Булімія	3,41±2,11*	1,48±0,47*
Незадоволення власним тілом	7,59±6,69	5,40±2,87
Неефективність	6,09±2,80	5,72±2,84
Перфекціонізм	5,05±1,71**	4,24±1,36**
Недовіра в міжособистісних стосунках	5,68±2,57	4,92±2,53
Інтероцептивна некомпетентність	6,56±2,14	6,04±2,48

Примітка\*: (\* –  $p < 0,01$ , \*\* –  $p < 0,05$ )

наявність суттєвих статистичних відмінностей за такими шкалами: «Глобальне самоставлення» ( $p < 0,05$ ), «Самоповага» ( $p < 0,001$ ), «Самовпевненість» ( $p < 0,05$ ), «Самокерування» ( $p < 0,01$ ) і «Саморозуміння» ( $p < 0,01$ ). Усі показники були вищими у жінок другої групи (віком від 24 до 32 років).

Порівняльний аналіз даних, отриманих за допомогою «Багатовимірної шкали перфекціонізму Хьюїтта-Флетта», виявив статистично значущі відмінності за шкалою «Соціально запропонований перфекціонізм» ( $p < 0,05$ ), а також за інтегральною шкалою перфекціонізму ( $p < 0,05$ ). Обидва показники виявилися вищими в першій групі дівчат (15–23 роки) ( $62,97 \pm 15,86$  і  $181,81 \pm 27,62$ ) порівняно з другою групою ( $54,72 \pm 9,70$  і  $161,08 \pm 23,69$ ).

Далі проводився порівняльний аналіз даних, отриманих за допомогою «Методики багатовимірної оцінки тривожності». Були отримані статистично значущі відмінності за такими шкалами: «Тривога, пов'язана з оцінкою оточуючих» ( $p < 0,05$ ), «Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження» ( $p < 0,05$ ). Була виявлена тенденція до відмінностей за шкалами «Загальна тривожність» ( $p = 0,085$ ) і «Тривога в стосунках з батьками» ( $p = 0,075$ ). Усі зазначені показники

були вищими у дівчат першої вікової групи. Однофакторний дисперсійний аналіз виявив статистично значущі відмінності за такими шкалами: «Загальна тривожність» ( $p < 0,05$ ), «Тривога в стосунках з батьками» ( $p < 0,05$ ) і «Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження» ( $p < 0,05$ ). Була визначена тенденція до відмінностей за шкалою «Тривога, пов'язана з оцінкою оточуючих» ( $p = 0,072$ ).

Таким чином, нами було виділено 6 чинників, які впливають на розвиток порушень харчової поведінки у молодих жінок. Це такі чинники: позитивне самоставлення, негативна оцінка тіла, сором'язливість, уникнення, перфекціонізм, соціальна тривога. Дані чинники відображають взаємозв'язок самовідносин з самооцінкою, негативною оцінкою власного тіла з почуттям некомпетентності, недовіри до оточуючих з бажанням бути ідеальною і з низькою ефективністю, високої тривожності зі звинуваченнями себе, перфекціонізму, спрямованого на себе і на оточуючих, з тривогою, пов'язаною з ситуаціями навчання, роботи з тривогою, пов'язаною з ситуаціями самовираження. Порушення харчової поведінки у дівчат першої вікової групи (15–23 роки) тісно пов'язані з негативним ставленням до свого тіла і триво-

Таблиця 2

**Порівняльний аналіз самоставлення у жінок різного віку**

Показник	1 група (15–23 роки)	2 група (24–32 роки)
Глобальне самоставлення	13,83±5,52***	17,20±5,68***
Самоповага	6,89±3,10*	9,36±2,38*
Аутосимпатія	7,11±3,93	8,44±3,75
Очікуване ставлення інших	8,29±2,76	8,92±1,99
Самоінтерес	5,68±1,83	6,20±1,92
Самовпевненість	3,71±1,84***	4,80±2,10***
Ставлення інших	4,89±1,66	5,04±1,27
Самоприйняття	4,47±2,00	4,96±1,81
Самокерування	4,16±1,43**	5,08±1,08**
Самозвинувачення	4,80±1,69	5,44±2,24
Саморозуміння	2,36±1,44**	3,16±1,66**

Примітка\*: (\* –  $p < 0,01$ , \*\* –  $p < 0,05$ )

гою в ситуаціях перевірки знань в освітньому процесі. Крім цього, порушення харчової поведінки пов'язані з тривогою у стосунках з батьками і схильністю до вегетативного реагування, а також з очікуванням негативної оцінки від оточуючих в разі невідповідності їх очікуванням.

З метою дослідження чинників ризику порушень харчової поведінки серед досліджуваних жінок різного віку проводився регресійний аналіз. Залежними змінними були визначені такі показники ШОХП: «Прагнення до худорби», «Булімія» (як критерії, що найяскравіше відображають суть клінічно оформлених розладів харчової поведінки). Регресійний аналіз проводився в кожній групі двічі з кожним з даних показників. Незалежними змінними визначили показники оцінки образу тіла, самооцінки, самоставлення, перфекціонізму і тривожності. Спочатку для першої групи дівчат залежною змінною була обрана шкала «Прагнення до худорби». У результаті проведення аналізу була отримана регресійна модель, яка є статистично достовірною ( $p < 0,01$ ). Дана модель включає в себе такі показники, як очікуване ставлення інших, оцінка образу власного тіла, саморозуміння, тривога у стосунках з батьками, при цьому вона пояснює 62% дисперсії.

Отже, на схильність до худорби у дівчат віком 15–23 роки впливають такі чинники, як очікуване позитивне ставлення інших, негативна оцінка образу власного тіла, низьке саморозуміння, висока тривога у взаєминах з батьками.

Далі проводився регресійний аналіз, в якому залежною змінною була обрана шкала «Булімія». У результаті проведення аналізу була отримана регресійна модель, яка також є статистично достовірною ( $p < 0,01$ ). Дана модель включає в себе такі показники, як самозвинувачення, оцінка образу власного тіла, тривога в ситуаціях самовираження, при цьому вона пояснює 59% дисперсії. Таким чином, на ступінь прояву булімічних тенденцій в групі дівчат 15–23 р. впливають такі показники, як негативна оцінка образу власного тіла, підвищена вегетативна реактивність і низька аутосимпатія.

Регресійний аналіз проводився для групи жінок віком 24–32 р. Спочатку залежною змінною була обрана шкала «Прагнення до худорби». У результаті проведення аналізу була отримана регресійна модель, яка є статистично достовірною ( $p < 0,01$ ). Дана модель включає в себе такі показники, як самозвинувачення, оцінка образу власного тіла, тривога в ситуаціях самовираження, при цьому вона пояснює 66% дисперсії. Таким чином, на схильність до худорби у жінок віком 24–32 р. впливають такі чинники, як самозвинувачення, негативна оцінка образу власного тіла, висока тривога в ситуаціях самовираження.

Далі залежною змінною була обрана шкала «Булімія». У результаті проведення аналізу

була отримана регресійна модель, яка включає в себе такі показники, як оцінка образу власного тіла і самоповага, при цьому вона пояснює 81% дисперсії. На ступінь прояву булімічних тенденцій в групі жінок 24–32 р. впливають такі показники, як негативна оцінка образу власного тіла і низька самоповага.

Порівняльний аналіз двох вікових категорій досліджуваних жінок дозволив виявити низку статистично значущих відмінностей. Було виявлено, що у дівчат першої вікової групи відзначається велика схильність до виникнення епізодів переїдання і використання очисних шлунково-кишкових процедур. Дівчата віком 15–23 р. мають вищі очікування щодо досягнень і менше схильні пробачати собі недоліки порівняно з жінками віком 24–32 роки. У дівчат першої вікової групи нижча самооцінка і більш негативне самоставлення: вони меншою мірою поважають себе, невпевнені в собі, менш послідовні і гірше розуміють себе, а також менше очікують від оточуючих інтерес до себе порівняно із жінками другої вікової групи.

Також було встановлено, що дівчата 15–23 р. більш тривожні, особливо в ситуаціях соціальної взаємодії, схильні пред'являти надзвичайно високі вимоги до себе і чекати того ж від оточуючих. У зв'язку з цим може виникати посилення тривоги, оскільки цим вимогам складно (а іноді і неможливо) відповідати. При цьому досягнення ідеалу для таких дівчат є вкрай необхідним, щоб заслужити схвалення і прийняття оточуючих. Виникає своєрідне замкнене патологічне коло, що включає в себе тривогу, патологічний перфекціонізм і низьку самооцінку.

Проведене дослідження дозволило окреслити низку психологічних чинників, що сприяють розвитку порушень харчової поведінки у жінок різного віку. Отримана інформація дозволила розробити рекомендації та алгоритми превентивної роботи для фахівців, які працюють у сфері психопрофілактики розладів харчової поведінки. На нашу думку, незалежно від віку респонденток необхідне проведення психотерапевтичної роботи в індивідуальному і/або груповому форматі з метою формування у жінок позитивного образу тіла і позитивного самоставлення, особливо пов'язаного з підвищенням аутосимпатії і зниженням самозвинувачення. Групова форма роботи переважно є ефективнішою, оскільки дозволяє працювати труднощі у соціальній взаємодії, допомагає знизити тривогу в ситуаціях оцінки оточуючими і самовираження, а також в спілкуванні з батьками, колеги, партнерами тощо. Додатково може бути рекомендована психопрофілактична і психокорекційна робота з членами родини, батьками жінок з метою вибудовування позитивних взаємин в сім'ях, а також навчання батьків та партнерів налагодженню

емоційного контакту і наданню емоційної підтримки своїм донькам, дружинам. При зверненні дівчат та жінок до клінічних спеціалістів з подібними проблемами разом із основними діагностико-лікувальними заходами рекомендується направляти їх на консультацію до психолога з метою виявлення схильності до виникнення розладів харчової поведінки, коморбідних депресивних і тривожних розладів, а також проведення супутньої психокорекції. Практичним психологам навчальних закладів необхідно проводити профілактичні та просвітні заняття з питань порушень харчової поведінки серед учнів шкіл, студентів професійних та вищих навчальних закладів, а також використовувати діагностичні методики з метою виявлення чинників ризику (перфекціонізму, підвищеної тривожності, низької самооцінки тощо) з метою їх своєчасного попередження.

Подальші дослідження можуть допомогти вдосконалити профілактичні заходи для контингенту, що знаходиться в групі ризику розвитку розладів харчової поведінки, тобто дівчат підліткового та юнацького віку. На нашу думку, виявлення додаткових клінічно корисних маркерів, в тому числі в сфері особистісного функціонування, може мати важливі наслідки для терапії і позитивного прогнозу розладів харчової поведінки з можливістю визначення психосоматичного благополуччя дівчат-підлітків та молодих жінок. Попри ймовірність нейробіологічного генезу формування клінічно оформлених харчових розладів в даній групі респонденток, можна сказати, що на початкових етапах змін в харчуванні важливу роль відіграють саме психологічні особливості особистості. З огляду на це необхідні подальші лонгитюдні дослідження на великих вибірках з оцінкою низки супутніх клінічних показників із залученням в дослідження групи жінок, що мають клінічно виражені розлади харчової поведінки.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Абсаямова Л.М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 3. С. 35–43.
2. Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Попов Ю.В., Пичиков А.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. фМРТ состояния покоя и воксель-базированная морфометрия пациентов с нервной анорексией. *Лучевая диагностика и терапия*. 2019. № 1. С. 26–27.
3. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Особенности нейрокогнитивного дефицита у больных нервной анорексией (критический обзор). *Неврологический вестник*. 2016. № 48 (1). С. 69–76.
4. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. 2019. № 5. С. 46.

5. Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: Психологічні виміри суспільства*. 2019. № 2. С. 91–98.
6. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178–191.
7. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. 2000. № 5 (1). С. 160–165.
8. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Москва, 2007. 1040 с.
9. Матвеев А.А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией. *Вестник Московского университета*. 2008. № 4. С. 38–53.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. 2004. 300 с.
11. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии : монография. СПб : Речь, 2007. 129 с.
12. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Збірник наукових праць К.-Подільського національного університету ім. І. Огієнка Серія «Проблеми сучасної психології»*. 2009. № 6 (2).
13. Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. Динамика нарушенной interoцепции у пациенток с нервной анорексией в процессе лечения. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019. № 4 (2). С. 68–77.
14. Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушения пищевого поведения. *Инструкции по применению*. Регистрационный № 28-0206 от 21.06.2005 г. Белорусский государственный медицинский университет.
15. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2003. № 3. С. 41–44.
16. Шебанова В.І. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2013. № 2. С. 48–51.
17. Bannink R, Pearce A, Hope S. Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK millennium cohort study. *Arch Dis Child*. 2016; 101(10). Pp. 917–921.
18. Bulik C.M., Blake L., Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am*. 2019. № 42(1) Pp. 59–73.
19. Bulik C.M, Flatt R., Abbaspour A., Carroll I. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019. № 73 (9). Pp. 518–525.
20. Ely A.V., Wierenga C.E., Kaye W.H. Anxiety Impacts Cognitive Inhibition in Remitted Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2016. № 24 (4). Pp. 347–51.
21. Frank G.K.W. Neuroimaging and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019. № 32 (6). Pp. 478–483.