

## ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

### FORMATION OF EATING BEHAVIOR MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS

УДК 159.923.33.305  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.48>

**Коренєва Ю.П.**

к.психол.н.,  
викладач кафедри психології, філософії та соціально-гуманітарних дисциплін Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

**Ляшко А.В.**

викладач кафедри психології, філософії та соціально-гуманітарних дисциплін Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

**Маркіна М.С.**

студентка  
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

*У статті проведено докладний аналіз впливу процесу формування психічних розладів харчової поведінки на дівчат юнацького віку. Вона присвячена дослідженню значення та впливу різних аспектів, таких як основні поняття, установки, форми поведінки, звички та емоції, що пов'язані з їжею. Ці аспекти виявляються індивідуально для кожної особи, що підкреслює унікальність відношення людини до їжі.*

*У статті розрізняються три типи порушень харчової поведінки. Перший тип – екстернальна харчова поведінка, пов'язана з зовнішніми факторами, такими як вплив реклами, соціального середовища та групового прийняття рішень про їжу. Другий тип – емоційногенна харчова поведінка, що виникає внаслідок емоційних станів, таких як стрес, тривога або нудьга, коли люди споживають їжу для заспокоєння або втіхи. Третій тип – обмежувальна харчова поведінка, пов'язана з нездоровими дієтами, дієтологічними обмеженнями та переважанням контролю над їжею.*

*Особливу увагу зосереджено на проблемі харчової адикції, яка набуває особливої актуальності серед дівчат, оскільки вона часто пов'язана з процесом самоствердження та бажанням подобатися іншим. Це може призводити до нездорових звичок у споживанні їжі та негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я.*

*Результати дослідження показали, що у дівчат віком від 17 до 23 років поширені психічні розлади харчової поведінки, що вказує на необхідність розробки та впровадження спеціальних заходів для відновлення нормальної харчової поведінки та підтримки психічного здоров'я дівчат у цьому віковому діапазоні.*

**Ключові слова:** психічні розлади, харчова поведінка, дівчата, юнацький вік.

*The article provides a detailed analysis of the influence of the process of developing psychological disorders in the eating behavior of adolescent girls. It is dedicated to examining the significance and impact of various aspects such as fundamental concepts, attitudes, behavior patterns, habits, and emotions related to food, which are individual to each person.*

*The article distinguishes three types of eating behavior disorders. The first type is external eating behavior, which is influenced by external factors such as advertising, social environment, and group decision-making regarding food. The second type is emotion-driven eating behavior, which arises from emotional states such as stress, anxiety, or boredom, where individuals consume food for comfort or solace. The third type is restrictive eating behavior, associated with unhealthy diets, dietary restrictions, and an excessive emphasis on controlling food intake.*

*Particular attention is focused on the problem of food addiction, which is especially relevant for girls, as it is often linked to the process of self-assertion and the desire to conform to others' tastes. This can lead to unhealthy eating habits and have negative consequences for physical and mental health.*

*The research results indicate a prevalence of psychological disorders in eating behavior among girls aged 17 to 23 years, highlighting the need for the development and implementation of specific measures to restore normal eating behavior and support the mental well-being of girls in this age range.*

**Key words:** mental disorders, eating behavior, girls, youth.

**Метою дослідження** було виявлення особливостей формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. Відповідно до цього були поставлені такі завдання дослідження:

1) вивчити стан наукової розробки питань щодо формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку;

2) підібрати адекватні методи дослідження для виявлення психічних розладів;

3) визначити особливості формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку;

4) запропонувати стратегії відновлення харчової поведінки у дівчат юнацького віку.

Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів. Зокрема, застосовувались елементи аналізу та узагальнення. Це дало можливість визначити ступінь розробленості проблеми.

У процесі проведення емпіричного дослідження використовувались такі **методи**:

1) теоретичний аналіз проблеми формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку;

2) дослідження особливостей формування психічних розладів у дівчат юнацького віку за методом ЕАТ-26 (тестом на ставлення до прийоми їжі);

3) методи математичної статистики.

**Вибірку для дослідження** склали дівчата віком від 17 до 23 років загальною кількістю 30 осіб.

**Вступ.** Згідно з висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) близько 70% тривалості життя та стану здоров'я населення залежить від їхнього способу життя, де основним фактором є харчування. Такі умови, як спадковість і стан довкілля, впливають на 15% кожна. Вивчення харчової поведінки як психологіч-

ного аспекту якості життя людини впливає з сучасних потреб.

Поняття «харчова поведінка» охоплює весь спектр аспектів, пов'язаних з прийомом їжі – від пошуку їжі до фізіологічних процесів перетравлення, а також психологічні аспекти, такі як ставлення до їжі, емоції та звички. Оцінка харчової поведінки враховує її гармонійність або девіацію, різні параметри, такі як значущість харчування для особистості та якість їжі. На формування звичок у харчуванні, особливо в стресових ситуаціях, значно впливають етнокультурні та соціальні чинники. Центральне питання полягає у взаємозв'язку між харчуванням та життєвими цілями особистості. Біологічні потреби, а також індивідуальний досвід і умови формують звички, які стають автоматизованими діями.

Харчові звички визначаються різноманітними чинниками, такими як сімейні та соціальні традиції, культурні впливи, релігійні переконання, особистий досвід, поради медичних фахівців, економічні фактори та особисті мотиви. Хоча харчування є фізіологічною потребою, психологічні мотивації також грають значну роль у формуванні харчової поведінки. Наприклад, потреба у прийомі їжі може виникати як наслідок фізіологічних потреб, так і під впливом емоцій, таких як радість або стрес. Внутрішні соціальні норми та очікування також мають велике значення у формуванні звичок стосовно харчування.

Згідно з сучасними дослідженнями проблема харчової адикції особливо актуальна серед молодих жінок віком від 17 до 23 років, коли вони намагаються визначити свою особистість і відповідати стандартам краси, що нав'язуються ЗМІ. Тисячі дівчат стикаються з проблемами переїдання, а деякі з них мають серйозні розлади харчування. Смертність від нервової анорексії та інших розладів харчування досягає високих рівнів, серйозно погіршуючи якість життя тих, хто страждає від цих проблем. Отже, дослідження формування психологічних розладів у харчовій поведінці молодих жінок є надзвичайно важливим у наш час.

**Основна частина.** Розрізняють три типи порушень харчової поведінки – зовнішні, емоційні та обмежувальні порушення.

Зовнішня харчова поведінка проявляється в підвищеній реакції на зовнішні стимули щодо прийому їжі, а не на внутрішні гомеостатичні сигнали. Такі стимули можуть включати наявність їжі, рекламу харчових продуктів тощо. У пацієнтів з ожирінням цей тип харчової поведінки може траплятися у різній мірі. Люди з зовнішньою харчовою поведінкою споживають їжу незалежно від своєї фізіологічної потреби. Ця поведінка може призводити до переїдання в групі, перекусів на вулиці та надмірного прийому їжі в гостях. Люди з цим типом

харчової поведінки їдять завжди, коли бачать їжу і мають до неї доступ. У здорових людей з нормальною масою тіла зовнішні стимули до їжі викликають реакцію лише у стані голоду, а його інтенсивність залежить від інтервалу між прийомами їжі, а також від кількості і складу їжі. У людей з ожирінням ця закономірність відсутня. Підвищена реакція на зовнішні стимули щодо їжі виникає не тільки через збільшений апетит, але також через недостатнє відчуття насичення, яке формується повільно. У повних людей відчуття ситості затримується, викликаючи відчуття переповнення шлунка.

Емоційна харчова поведінка розглядається як надмірне харчування від стресу, емоційне переїдання або «їжте свої проблеми». При емоційній харчовій поведінці стимулом для прийому їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Людина починає їсти не тому, що вона голодна, а тому, що вона неспокійна, тривожна, роздратована, почувається пригніченою, ображеною, розчарованою, нудною, самотньою тощо. Це подібно до того, як людина, звикла до алкоголю, заспокоюється, вживаючи алкоголь, щоб забути про свої проблеми. Емоційна харчова поведінка загострюється в стресових ситуаціях, таких як смерть близьких людей, зрада у відносинах, розлучення, іспити або провали на них, очікування важливих подій при сумнівах у їх успішному результаті, загострення конфліктів у родині або на роботі, відчуття нещастя, непотрібності або непривабливості. Емоційна харчова поведінка може проявлятися у вигляді компульсивного переїдання або неправильного режиму харчування, наприклад синдрому нічного переїдання [3].

У популяції людей з надмірною вагою виявлено, що 8% з них страждають від компульсивної харчової поведінки, тоді як серед хворих на ожиріння цей показник стрімко зростає до 30%. Компульсивна харчова поведінка характеризується явно вираженими нападами переїдання, які тривають не більше двох годин. Під час цих нападів особа споживає більше їжі, ніж зазвичай, і робить це швидше, ніж зазвичай. Втрата контролю над харчуванням є важливим діагностичним критерієм компульсивної харчової поведінки. Булімічні епізоди перериваються автоматично, зазвичай через переповнення шлунка або за наявності сторонніх осіб, оскільки хворі намагаються приховувати ці напади [4].

Критерії діагностики компульсивної харчової поведінки (розладу обжерливості) включені в DSM-IV. Повторні епізоди різкого переїдання характеризуються такими ознаками: переїданням протягом обмеженого (дискретного) періоду, що не перевищує двох годин, із споживанням очевидно більшої кількості їжі, ніж зазвичай; відчуттям втрати контролю над прийомом їжі, яке виникає під час пере-

їдання (неможливість зупинити або зменшити кількість споживаної їжі); епізоди переїдання повинні супроводжуватися принаймні трьома з цих ознак: швидше споживання їжі, ніж зазвичай; споживання їжі до почуття неприємного переповнення шлунка; споживання великої кількості їжі без відчуття голоду; переїдання на самоті через сором перед іншими людьми; відчуття відрази до себе, депресивний настрій або почуття провини через переїдання; виражений стан дистресу через подібні епізоди переїдання; частота епізодів різкого переїдання в середньому не менше двох на тиждень протягом півроку; стан не відповідає критеріям нервової анорексії або нервової булімії [5].

Деякі підлітки, які переживають напади обжерливості, не вдаються до методів розвантаження, але часто борються з надмірною вагою протягом усього життя. Цей синдром відомий під такими назвами: булімія без розвантажень, нервова булімія. Цей стан подібний до класичної булімії, за винятком того, що відсутнє спровоковане блювання. Симптоматика цих двох станів схожа, але люди з компульсивним переїданням зазвичай звертаються за допомогою пізніше, намагаючись схуднути. Вони частіше шукають лікування в загальних медичних установах, а не у психіатричних закладах.

Розповсюдженість компульсивного переїдання оцінюється приблизно в 2%. Але серед осіб з ожирінням приступи обжерливості виявляються в чверті або навіть у третини випадків, причому частота їх виникнення збільшується зі зростанням ступеня ожиріння. Таким чином, можна припустити, що приступи обжерливості є фактором ризику ожиріння і в значній кількості людей з надлишковою вагою спостерігається розлад у харчуванні. Антидепресанти та психотерапія застосовуються для лікування нападів обжерливості у людей з ожирінням як доповнення до терапії ожиріння, але ефективність поєднаної терапії ще не досліджена.

Синдром нічного переїдання менш поширений, ніж компульсивне переїдання, і спостерігається приблизно в 9% осіб з ожирінням. Характерні симптоми цього синдрому включають ранкову анорексію, вечірню і нічну булімію, а також порушення сну. Зазвичай цей синдром виявляють у жінок з ожирінням, які страждають від депресії. Ці пацієнти, як правило, не відчують голоду протягом першої половини дня, але ввечері вони відчувають сильний голод, що спонукає до обжерливості. Є закономірність: чим більш вони страждають від емоційного дискомфорту протягом дня, тим більше їжі вони споживають увечері. Важливо зауважити, що ці пацієнти не можуть заснути, якщо не з'їдять надмірну кількість їжі. Їх сон переривчастий, тривожний, неспокійний, вони можуть кілька разів прокидатися вночі, щоб знову поїсти.

Згідно з проведеними дослідженнями [7] у людей, які мають синдром нічного переїдання, голод та ситість впливають на їхню якість сну. Після їжі вони стають менш продуктивними, відчувають сонливість та зниження робочої ефективності. Це пояснює, чому вони уникають прийому їжі перед робочим днем та протягом нього. Переїдання ввечері може використовуватися ними як засіб для заспокоєння та полегшення сну.

Обмежувальна харчова поведінка є третім типом порушень харчової поведінки. Цей тип поведінки характеризується обмеженням кількості споживаної їжі або обиранням строгих обмежень в їжі з метою зниження ваги або контролю над нею. Люди з обмежувальною харчовою поведінкою часто обмежують калорійність їжі, відмовляються від певних груп продуктів або дотримуються дієти з виключенням конкретних продуктів.

Цей тип поведінки може мати різні мотивації, включаючи бажання досягти ідеальної фізичної форми, прагнення контролювати своє тіло або відчуття власної цінності через контроль над харчуванням. Люди з обмежувальною харчовою поведінкою можуть дотримуватися жорстких дієт або використовувати різні способи контролю за вагою, такі як ваговий контроль, лічення калорій або обмеження порцій.

Цей тип поведінки може призводити до різних проблем зі здоров'ям, таких як дефіцит поживних речовин, психологічні проблеми, а також ризик розвитку їстівних розладів, таких як анорексія чи булімія. Обмежувальна харчова поведінка може також впливати на соціальні та емоційні аспекти життя, зокрема на стосунки з оточуючими та самооцінку [8].

Порушення харчової поведінки може виникати внаслідок неправильного підходу батьків до стилю годування своєї дитини, коли вони реагують на будь-які прояви дитячої потреби в їжі і умовляють дитину їсти, пов'язуючи свою любов з цим. Ці взаємини можуть призвести до втрати особистої сили та ідентичності, що ускладнює вирішення фрустрацій, які замість того, щоб бути обробленими, пригнічуються через «підкріплення» їжею. Часто спостерігається, що мати виступає як домінуюча фігура в сім'ї, а батько виконує вторинну роль, що призводить до нерозвиненості рухового розвитку та соціальної адаптації дитини.

Підвищене споживання калорій може бути спробою захистити себе від негативних емоцій, таких як депресія та страх. Гіперфагія, зниження активності та наслідки ожиріння можуть створювати відчуття захисту від почуття неповноцінності. У деяких випадках може бути чітко видно зв'язок між підсиленням бажання їсти та конкретною фрустрацією. Шляхом регресивного об'єднання значень любові і їжі людина

може заспокоїти себе їжею через відсутність самолюбства.

У багатьох ситуаціях їжа виступає як заміна для отримання задоволення та підтримки емоційного стану. Вона може зміцнювати зв'язки, створювати відчуття безпеки та знімати стрес і негативні емоції. Багато людей навчилося у дитинстві, що харчування може зменшити біль, страх або втрату. Така установка може впливати на їхні стосунки з їжею у дорослому віці.

Важливість їжі в соціальному контексті починається від самого народження людини і пов'язана з міжособистісним спілкуванням. Їжа стає важливою складовою частиною процесу спілкування та соціалізації, включаючи різноманітні заходи та встановлення дружби та бізнесових відносин. Традиції та звички в харчуванні відображають культурний рівень, національну та релігійну ідентичність, а також виховання в родині, що впливає на харчову поведінку.

Порушення харчової поведінки можуть бути викликані такими психологічними причинами, як:

1) психологічна залежність від їжі, коли її використовують для підняття настрою, подібно до алкоголю або наркотиків. Деякі чоловіки можуть «затамувати» свої проблеми алкоголем, тоді як для жінок прийнятніше «заспокоїтися» їжею та набрати зайві кілограми;

2) реакція на стрес через гіперфагію, коли людина звертається до їжі під час або після стресових ситуацій, намагаючись уникнути реальності та отримати задоволення. Проте це може бути лише тимчасовим вирішенням, а проблема залишається;

3) соціальні фактори надмірної ваги, пов'язані зі споживанням їжі з метою покращення спілкування з родиною, друзями або колегами. Наприклад, це може бути результатом виховання в родині, де дуже цінують їжу, або звичкою розслабитися за столом з друзями або на роботі.

Однією з причин поширення розладів харчування є значний вплив суспільства на прийняті норми та цінності. Останнім часом у нашому суспільстві все більше акцентується увага на худорлявості як на ідеалі. В уявленні людей, особливо дівчат, бути худюю означає бути успішною, здоровою, привабливою, дисциплінованою тощо, тоді як повнота асоціюється з непривабливістю, лінощами, некомпетентністю. Поступово у нашому суспільстві укорінюється думка, що жінка повинна мати привабливий зовнішній вигляд для успішного спілкування з чоловіками, тоді як чоловік має бути соціально реалізованим, як на суспільному рівні, так і на роботі.

Ця «соціальна» гіпотеза вказує на те, що розлади харчування переважно виникають

через прийняті ролі і стереотипи в суспільстві, зокрема жінки страждають від цих розладів, тоді як чоловіки частіше схильються до трудоголізму. Дослідження західних психіатрів показують, що 4% жінок віком від 14 до 20 років мають розлади харчування, а в чоловіків такі розлади виявляються значно рідше [11].

У підлітковому віці часто спостерігається підвищена увага до свого зовнішнього вигляду та думок інших про нього. Норми краси, прийняті в суспільстві, часто характеризуються як тендітна, повітряна, граціозна фігура. Хоча піклуватися про власну вагу в цьому віці може бути зрозуміло, деякі люди перебільшують ці стандарти, що може викликати негативні наслідки. Таке перебільшення може призвести до розвитку дисморфофобічного синдрому – болісного переживання своєї фізичної самоневдоволеності. Це зазвичай спонукає людей до пошуків методів схуднення, які можуть призвести до розладів харчування. Проте не для всіх людей ці норми краси стають причиною розладів харчування.

Розлади харчової поведінки включають у себе різні психічні розлади, такі як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання. У хворих на ожиріння спостерігається значна кількість стресів у їх особистих та сімейних відносинах, що свідчить про проблеми у міжособистісній взаємодії. Такі люди мають підвищену чутливість до міжособистісних конфліктів і відчувають стійку особистісну тривожність.

Однією з особливостей психологічного захисту у людей з розладами харчування є переважання механізму психологічного захисту у вигляді реактивних утворень, відомих як гіперкомпенсація. Цей механізм полягає в тому, що особистість уникає свідомого сприйняття неприємних думок або почуттів, перебільшуючи протилежні прагнення. Таким чином, внутрішні імпульси перетворюються на протилежність у своїх думках.

Додатково у таких людей можна спостерігати незрілі проєктивні механізми захисту. Наприклад, агресія може виражатися у перенесенні негативних уявлень на інших людей, а також може спостерігатися перехід до дитячих форм реагування. Люди можуть намагатися схуднути за допомогою інтенсивного фізичного навантаження і обмеженням прийому їжі, незважаючи на відчуття голоду. Розлади харчової поведінки, такі як нервова анорексія, нервова булімія і компульсивне переїдання, можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я. Особливо у випадку нервової анорексії спостерігається постійне й активне обмеження в їжі, що може призвести до значної втрати ваги та дистрофічних змін у найважливіших органах. Це може призвести до кахексії та навіть смерті.

Щоб уникнути конфліктів з батьками чи оточенням через обмеження їжі, деякі пацієнти з розладами харчової поведінки приховують свою їжу або викидають її, створюючи ілюзію нормального харчування. Дехто навіть вдається до використання проносних і сечогінних засобів для схуднення, викликає штучне блювання та вживає різні харчові добавки для зниження ваги.

Психічні порушення, які виникають при нервовій анорексії та нервовій булімії, можуть негативно впливати на фізичне здоров'я пацієнта. Такі порушення відбиваються на роботі серця, стані шкіри, зубів і нігтів, а також на роботі жовчного міхура та кишківника.

Для діагностики розладів харчової поведінки та оцінки ризику таких розладів використовується «Тест на ставлення до прийому їжі» (EAT). Цей тест розроблений для скринінгу та виявлення нервової анорексії і нервової булімії. Початковий варіант тесту складався з 40 запитань, проте згодом була створена більш уніфікована версія – EAT-26, що містить 26 запитань і широко використовується для діагностики різних порушень харчової поведінки. Тест EAT-26 є ефективним інструментом для скринінгу розладів харчування, оскільки він дозволяє виявити нервову анорексію та нервову булімію.

Сам тест EAT-26 складається з 26 основних запитань та 5 додаткових. Щоб пройти тест, обстежуваний повинен вибрати одну із запропонованих відповідей на 26 основних запитань: «завжди» («постійно»), «зазвичай», «досить часто», «іноді», «рідко» або «ніколи». Відповідаючи на 5 додаткових запитань, обстежуваний

вибирає лише один з двох запропонованих варіантів відповіді: «так» або «ні». Шкала заповнюється самим пацієнтом без участі фахівця, тому перед проходженням тесту необхідно детально ознайомитися з методикою тестування. На основі цих запитань визначається рівень вираження ознак від 1 до 100% за такими шкалами: «обмеження», «турбота про їжу», «турбота про вагу», «турбота про фігуру». Аналіз та інтерпретація результатів діагностики психічних розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку за тестом EAT-26 представлені у таблиці 1.

Результати аналізу шкали «обмеження» показують, що 67% дівчат виявили достатній рівень обмеження в харчуванні, дотримуючись діет або відчуваючи вину та звинувачуючи себе. Це переважає над тими, хто проявляє слабкі ознаки обмеження (33%). Сильний рівень ознак не був виявлений.

Що стосується шкали «занепокоєння їжею», то 67% опитаних виявили достатній рівень тривожності та сорому за їжу, якість та процес споживання, а також страх набрати зайву вагу. Ще 27% мали слабкі ознаки таких почуттів. Лише 6% показали виражені ознаки тривожності та сорому.

За шкалою «занепокоєння вагою» більшість (73%) виявила слабку тривогу стосовно власної ваги. Це свідчить про те, що основна увага спрямована не на вагу, а на форму чи харчування. Проте 27% опитаних все ще переживають стосовно своєї ваги.

За результатами аналізу за шкалою «турбота про форму» видно, що 40% проявили слабкі ознаки турботи про фігуру та сорому за

Таблиця 1

**Результати визначення психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку за тестом EAT-26**

Шкала/ Показник (відсотки)	Слабо виражений (0–30)	Достатньо (31–70)	Сильно виражений (71–100)
Обмеження	33%	67%	0%
Занепокоєння їжею	27%	67%	6%
Занепокоєння вагою	73%	27%	0%
Турбота про форму	40%	27%	33%

Таблиця 2

**Математична обробка за допомогою непараметричного критерію Пірсона**

Показник	%	Емпірична частота fe	ft	fe-ft	(fe-ft) <sup>2</sup>	(fe - ft) <sup>2</sup> / ft χ <sup>2</sup> емп
Обмеження	30,00	6	5	1	1	0,20
Занепокоєння їжею	15,00	3	5	-2	4	0,80
Занепокоєння вагою	0,00	0	5	-5	25	5,00
Турбота про форму	55,00	11	5	6	36	7,20
Сума	100,00	20	20			13,20
χ <sup>2</sup> кр = 9,488 (p ≤ 0,05)		χ <sup>2</sup> кр = 13,27 (p ≤ 0,01)				χ <sup>2</sup> емп = 13,2 < χ <sup>2</sup> кр

тіло, 33% – сильні ознаки психічних розладів у відношенні до власного тіла, 27% – достатні ознаки. Ці дані свідчать про загальну тенденцію до переживання через зовнішність та страх зіпсувати свою фігуру, що може бути наслідком нав'язування стандартів краси та низької самооцінки.

На підставі аналізу даних встановлено статистично значущі відмінності у проявах розладів харчової поведінки серед об'єктів дослідження. Це свідчить про різноманітність виявів за різними аспектами цих розладів. Учасники дослідження виявили високий рівень тривожності та сорому щодо форми свого тіла, а також достатній рівень обмеження в харчуванні та занепокоєння щодо прийому їжі. Однак був відзначений низький рівень занепокоєння стосовно ваги.

Розробка практичних методів для відновлення харчової поведінки передбачає кроки, спрямовані на усвідомлення і прийняття проблеми, підтримку від оточуючих і фахівців, а також медичну допомогу у випадку порушень фізичного здоров'я. Визнання проблеми та готовність її вирішувати є важливим кроком у процесі відновлення. Потім необхідно звернутися за допомогою до підтримуючої спільноти або фахівця з психологічної чи медичної сфери. У разі виявлення фізичних проблем рекомендується консультація з лікарем.

Якщо ви маєте намір самостійно коригувати своє харчування, то ось кілька порад, які допоможуть вам у цьому:

- забезпечте собі постійний доступ до їжі. Важливо планувати сніданки, обіди та вечері, особливо якщо ви працюєте вдома. Маючи запас їжі, яка вам подобається і не потребує приготування, ви зможете легко впоратися з голодом. Не забудьте також про снеки для перекусу;

- ретельно аналізуйте ситуації, коли ви відхиляєтесь від нормального режиму харчування. Спостереження за такими моментами допоможе вам зрозуміти, чому вони виникають і як можна знайти альтернативні способи управління стресом або емоційними ситуаціями;

- дозвольте собі виконувати те, що хочете. Не картайте себе за переїдання, уникнення тренувань або неприємних ситуацій. Пам'ятайте, що інколи вам потрібно відпочити і дозволити собі насолодитися моментом без відчуття вини;

- не поспішайте з переїданням. Якщо ви відчуваєте бажання поїсти, дайте собі трохи часу перед тим, як зробити це. Затримайтеся на декілька годин і знайдіть спосіб відволіктися від їжі, наприклад спробуйте робити щось приємне або займіться вправами;

- створіть список приємних справ, які заспокоюють вас. Замість поїдання їжі, спро-

буйте вигадати інші приємні заняття, такі як перегляд цікавих відео, зайняття дихальною гімнастикою або спілкування з друзями. Іноді короткі медитації або візуалізації приємних моментів також можуть допомогти зняти бажання поїсти.

Необхідно пам'ятати, що в різних ситуаціях люди можуть обирати різні способи впоратися з емоціями. Наприклад, деякі можуть вживати алкоголь, інші можуть конфліктувати з близькими, а ще інші можуть звертатися до їжі. Важливо розуміти, що використання їжі як механізму впорядкування емоцій може бути одним зі способів захисту від стресу. Це схоже на прийом таблетки від головного болю для швидкого полегшення симптомів без розуміння кореня проблеми. Це може бути ефективним способом у деяких ситуаціях, але важливо розуміти, що це лише тимчасове рішення.

Навчитися не карати себе за використання їжі як способу впорядкування емоцій може бути складно, але важливо. Розуміння того, що багато людей стикаються зі схожими проблемами, може допомогти зменшити відчуття вини та сорому. Також важливо звертатися за підтримкою до фахівців та знайти способи розібратися у своїй проблемі. У разі клінічного діагностування розладу харчової поведінки необхідно розпочати лікування якнайшвидше, оскільки ці порушення є потенційно небезпечними для життя. Сам процес лікування може проводитися як амбулаторно, так і стаціонарно залежно від стану пацієнта. У важких випадках пацієнти з розладами харчової поведінки можуть потребувати госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Лікування осіб, які страждають на анорексію, потребує комплексного підходу, який включає психоосвіту з метою розуміння розладу, моніторинг ваги та психічних і фізичних ризиків, які можуть виникнути. Важливо також враховувати роль сімейного оточення в цьому процесі. Основна мета лікування полягає у досягненні здорової ваги або нормального середнього ІМТ, що є ключовим для покращення психічного та фізичного стану пацієнта.

Для дорослих існує кілька рекомендованих методів психологічного лікування анорексії. Це індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, психотерапія Маудслі та підтримувальний клінічний менеджмент анорексії. Кожен з цих методів має свої особливості та може бути ефективним у відновленні психічного здоров'я пацієнта.

Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (CBT-ED) зазвичай включає до 40 сесій протягом 40 тижнів. Вона спрямована на зміну харчових звичок, когнітивну перебудову та регулювання емоцій. Психолог повинен докладно пояснити пацієнту ризики, пов'язані з низькою вагою та недостатнім харчуванням,

і сприяти підвищенню самосвідомості та моніторингу споживання їжі. Робота над домашніми завданнями допоможе пацієнту в практичній реалізації набутих навичок у повсякденному житті.

Метод MANTRA зазвичай складається з 20 сесій, які розподіляються на перші 10 тижнів проведення, де сесії відбуваються один раз на тиждень, та наступні сесії, які плануються залежно від потреби пацієнта. Основна мета цього методу полягає в тому, щоб стимулювати мотивацію пацієнта та підтримати його в процесі роботи з психотерапевтом. Під час сесій MANTRA важливо впроваджувати заходи щодо коригування харчових звичок, управління симптомами розладу та зміни поведінки. Крім того, психотерапевт працює над побудовою неанорексичної ідентичності у пацієнта та включає в процес роботи бесіди з родинним оточенням з метою підтримки змін у поведінці.

Метод SSCM передбачає проведення не менше 20 щотижневих сесій. Основна мета цього методу – це оцінка, ідентифікація та регулярний огляд основних проблем пацієнта. У процесі лікування враховується розвиток позитивних взаємин між пацієнтом і терапевтом, а також зрозуміння взаємозв'язку між симптомами розладу та харчовою поведінкою. Терапевт встановлює конкретну мету досягнення певної ваги та активно допомагає її досягнути, проводячи психоосвіту щодо правильного харчування та надаючи підтримку пацієнту на кожному етапі лікування.

Для дітей та підлітків також рекомендується застосовувати сімейну терапію, яка включає проведення 20 сесій протягом року. Цей метод використовує родинні ресурси для підтримки пацієнта в процесі одужання.

У контексті медикаментозного лікування NICE не рекомендує використовувати ліки для лікування нервової анорексії, однак відзначає важливість лікування супутніх станів. Щодо нервової булімії NICE рекомендує першочергово застосовувати психологічне лікування, враховуючи індивідуальні потреби кожного пацієнта.

**Висновки.** Харчова поведінка становить складну систему, що включає біологічні та соціокультурні аспекти. Для багатьох осіб харчування має велике значення як спосіб самовираження, підтримки етнідентичності та взаємодії з суспільством. Особливо гостро проблема харчових розладів проявляється серед молодих жінок віком від 17 до 23 років, коли особливо актуальним стає бажання відповідати суспільним стандартам краси.

Розлади харчової поведінки, такі як анорексія, булімія та компульсивне переїдання, є результатом складної взаємодії психічних, емоційних та соціокультурних факторів. Ці розлади часто супроводжуються високим рівнем

стресу, що може сприяти розвитку тривожних та депресивних станів.

У дослідженні порушень харчової поведінки важливе значення має оцінка різних аспектів ставлення до їжі за допомогою спеціальних інструментів, таких як «Тест ставлення до прийому їжі» (EAT-26). Результати такого тесту можуть вказати на наявність ознак розладів харчування та необхідність вжиття певних заходів для відновлення нормальної харчової поведінки.

Поряд з психологічними методами, які включають консультування психотерапевта, важливо також забезпечити собі підтримку з боку близьких. Застосування практичних стратегій, таких як забезпечення себе доступом до їжі в будь-який час та аналіз ситуацій зриву, може допомогти у подоланні харчових розладів. За наявності клінічно підтвердженого розладу харчової поведінки потрібно негайно почати лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Безшейко В. Рекомендації щодо менеджменту розладів харчової поведінки. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Т. 2. № 3. С. 55–56. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/4-5\(97\)/nn18\\_4-597\\_55-56\\_d286c6ae2cdae1bdf94dbb3b6992f385.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2018/4-5(97)/nn18_4-597_55-56_d286c6ae2cdae1bdf94dbb3b6992f385.pdf) (дата звернення: 19.03.2024).
2. Бондаренко М.В., Ткаченко Л.О. Психічні розлади харчової поведінки та їх вплив на формування психічного стану у дівчат юнацького віку. *Психологія та особистість*. 2018. № 2 (11). С. 112–116.
3. Гаврилюк Н.С., Чернишова І.Ю. Психологічні аспекти розвитку розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2017. Вип. 25. С. 125–131.
4. Григор'єва Ю.С., Кузьміна А.В. Психологічні особливості формування розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Гуманітарні науки»*. 2020. 3 (106). С. 185–191.
5. Гриньова Л.С., Гончар О.В. Психологічні аспекти розвитку розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 33. С. 42–47.
6. Денисенко Г.В., Червонець О.В. Психологічні особливості формування розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 43. С. 18–22.
7. Іванова Н.П., Чернишова Ю.І. Фактори формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Медична психологія*. 2017. Т. 18. № 2. С. 42–46.
8. Касьян М.І., Гончарова О.В. Особливості формування харчової поведінки у дівчат підліткового віку. *Психологія і суспільство*. 2019. Вип. 1 (81). С. 103–106.
9. Корнієнко Т.В., Гладун А.В. Психологічні аспекти формування розладів харчової поведінки у дівчат під-

літкового віку. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2020. Вип. 71. С. 90–97.

10. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Філософія, соціологія, психологія*. 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

11. Литвиненко Н.І., Ковальчук А.В. Психологічні аспекти формування розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку. *Педагогіка і психологія*. 2017. Вип. 41. С. 127–133.

12. Мельник О.В., Сергієнко О.М. Фактори, що впливають на формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. Вип. 4 (80). С. 59–63.

13. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел).

*Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 6. Ч. 2. С. 85–94.

14. Петренко Т.М., Сидоренко О.П. Вплив психосоціальних чинників на формування розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Психіатрія, психотерапія та медична психологія*. 2018. Вип. 4 (27). С. 141–146.

15. Резнікова О.А. Формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Психологічний часопис*. 2018. Т. 24. № 2. С. 57–69.

16. Скугаревський О.А. Порушення харчової поведінки та можливість їх скринінгової оцінки. *Питання організації та інформатизації охорони здоров'я*. 2003. № 3. С. 41–44.

17. Смірнова І.О., Бондар О.М. Психічні розлади харчової поведінки у дівчат юнацького віку: фактори формування та психологічні особливості. *Психологія і суспільство*. 2019. Вип. 2 (82). С. 110–120.