

ІНДИВІДУАЛЬНІ ВІДМІННОСТІ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

INDIVIDUAL DIFFERENCES OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS

У статті представлено результати дослідження індивідуальних відмінностей пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням. Виявлено, що найбільші відмінності спостерігаються у пацієнтів за рівнем самоконтролю, довіри-настороженості, наявності булімічних симптомів, м'якості або жорсткості поведінки, недовірою у міжособистісних стосунках, здатністю до саморегуляції, інтеграцією власного «Я», провідним несвідомим конфліктом, типом прихильності та структурним рівнем інтеграції психіки.

Дослідження показало, що у пацієнтів з анорексією найбільш виражена недовіра у міжособистісних стосунках, що підкріплюється егоцентричністю, обережністю, емоційною холодністю та дистантністю з метою відчуття незалежності. У пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням, навпаки, послужливістю, терпимістю, поступливістю і низькою самооцінкою. Пацієнти з анорексією відрізняються найбільш жорстким самоконтролем із садо-мазохістичними тенденціями, на відміну від пацієнтів з булімією на компульсивним переїданням, що схильні піддаватися почуттям, відпускати контроль і діяти із зони миттєвих імпульсів. У респондентів, які мають анорексію переважає верхній межовий рівень інтеграції психіки, натомість як у пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням він тяжіє до нижнього межового та психотичного.

Найбільш вираженими несвідомими конфліктами у пацієнтів з анорексією є індивідуалізація-залежність та контроль-підпорядкування, у пацієнтів з булімією – індивідуалізація-залежність та невираженість конфлікту, через низький структурний рівень психіки, тому на відміну від пацієнтів з анорексією, у пацієнтів з булімією проявився конфлікт ідентичності або «власного Я», у пацієнтів з компульсивним переїданням – провідною є невираженість конфліктів, тобто недостатня сприйнятливості до конфліктів і почуттів, обмежене сприйняття почуттів та конфліктів. Це також пов'язано із низьким рівнем інтеграції психіки особистості. Також проявився конфлікт самооцінки, який не був виражений у пацієнтів перших двох груп.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, індивідуальні відмінності.

The article presents the results of the study of individual differences in patients with anorexia, bulimia and compulsive overeating. It was found that the greatest differences are observed in patients on the level of self-control, trust-vigilance, the presence of bulimic symptoms, mildness or harshness of behavior, mistrust in interpersonal relationships, the ability to self-regulate, integration of one's own "I", leading unconscious conflict, type of attachment and structural the level of integration of the psyche.

The study showed that patients with anorexia have the most pronounced mistrust in interpersonal relationships, which is reinforced by self-centeredness, caution, emotional coldness and distance in order to feel independent. In patients with bulimia and compulsive overeating, on the contrary, helpfulness, tolerance, compliance and low self-esteem. Patients with anorexia are distinguished by the most rigid self-control with sado-masochistic tendencies, in contrast to patients with bulimia on compulsive overeating, who tend to succumb to feelings, let go of control and act from the zone of momentary impulses. In respondents who have anorexia, the upper borderline level of integration of the psyche prevails, whereas in patients with bulimia and compulsive overeating, it tends to the lower borderline level of psychosis.

The most pronounced unconscious conflicts in patients with anorexia are individuation-dependence and control-subordination, in patients with bulimia – individuation-dependence and inexpressiveness of the conflict, due to a low structural level of the psyche, therefore, unlike patients with anorexia, in patients with bulimia an identity conflict was manifested or "one's own self", in patients with compulsive overeating – the leading factor is the lack of expression of conflicts, i.e. insufficient sensitivity to conflicts and feelings, limited perception of feelings and conflicts. It is also connected with a low level of integration of the psyche of the individual. There was also a conflict of self-esteem, which was not expressed in the patients of the first two groups.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating, individual differences.

УДК 159.9:616.89-008.441.42
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.59>

Левченко Д.О.

аспірантка IV курсу
Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних
наук України

Розлади харчової поведінки, що охоплюють такі стани, як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, становлять значну проблему громадського здоров'я, особливо серед жінок. Ці розлади характеризуються серйозними порушеннями харчової поведінки та пов'язані з особистісними особливостями людини [5, 10, 13]. За статистикою Національної асоціації розладів харчової поведінки 15% жінок страждають від розладів харчової поведінки до 40–50 років, але лише 27% отримують будь-яке лікування. При цьому розлади харчової поведінки займають друге

місце у світі за рівнем смертності серед психічних розладів [14, 15, 16]. Розвиток розладів харчування найкраще розуміти через призму взаємодії між нейробіологічними, генетичними та епігенетичними факторами. Цей багатогранний підхід визнає, що харчова залежність є результатом складної взаємодії розвитку мозку, генетичної схильності та впливу навколишнього середовища, що сприяє профілю ризику людини.

Саме тому метою нашого дослідження стало вивчити індивідуально-психологічні відмінності пацієнтів з розладами харчової пове-

дінки. З подальшою метою розробки програми комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю, яка буде базуватися на особистісних профілях пацієнтів із певним розладом харчової поведінки.

Для дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтові з розладами харчової поведінки використовувалися такі методи: спостереження, аналіз медичних карток, шкала оцінки харчової поведінки (Д.М. Гарнер в адапт. О.А. Ільчика), 16 факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла, методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» (К. Бартоломео, Л. Горовітц в адапт. Т.В. Казанцевої), інтерв'ю за OPD-2 для осі структури та осі конфлікту.

Дослідження проводилося на базі медичного центра доктора Кадирова в індивідуальному порядку. У дослідженні брали участь особи жіночої статі, віком від 18-ти років, що мають один з таких діагнозів: нервова анорексія (Anorexia Nervosa), булімія (Bulimia Nervosa) та компульсивне переїдання (Binge eating disorder). Всі респонденти проходили дослідження на початковому етапі реабілітаційного процесу. Емпіричне дослідження складалося з трьох етапів.

Перший етап включав в себе психодіагностичне дослідження за допомогою бланкових методик, а саме шкали оцінки харчової поведінки (Д.М. Гарнер в адапт. О.А. Ільчика), 16 факторного особистісного опитувальника Р.Б. Кеттелла, методики «Самооцінка генералізованого типу прихильності» (К. Бартоломео, Л. Горовітц в адапт. Т.В. Казанцевої). Кожному респонденту було розказано про вимоги та особливості проведення дослідження та пред'явлена інструкція. Отримавши бланки, кожен піддослідний повинен був заповнити свої особисті дані, дати згоду на їх обробку та оцінити твердження. Експеримент вимагав повної тиші та зосередження уваги. Складностей з проведенням методик не виникло. Контроль зовнішніх змінних таких, як мотивація піддослідних і умови тестування, здійснювався

за рахунок створення константних умов. По завершенню дослідження кожному респонденту було обіцяно оповістити про результати досліду за бажанням в індивідуальному порядку.

Другий етап включав в себе до 5 індивідуальних зустрічей для діагностики за системою ОПД-2. Інтерв'ю проводилося у форматі невимушеної бесіди в процесі встановлення психотерапевтичного альянсу. В процесі проведення інтерв'ю нам було важливо встановити структурний рівень інтеграції особистості, наявність провідного несвідомого конфлікту, а також додатково проаналізувати тип прихильності респондента.

Третій етап включав в себе обробку отриманих результатів.

Отримані в ході дослідження первинні дані були піддані кількісному та якісному та статистичному аналізу. Для останнього було використано статистичний пакет SPSS PASW Statistics 18.

Для того, щоб виявити відмінності між групами застосовується критерій Крускала-Уолліса.

За даними таблиці 1 видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Страх худоби», «Булімія», «Неефективність» та «Недовіра в міжособистісних стосунках». Це свідчить про те, що жінки з харчовою залежністю мають, як ми бачимо, різницю проявів захворювання в залежності від виду розладу харчової поведінки. Респонденти із анорексією мають найвищі показники за шкалою «Страх худоби» та «Недовіра у міжособистісних стосунках» та найменші показники за шкалою «Булімія». Це говорить про те, що респонденти цієї групи характеризуються переважанням занепокоєння стосовно власного тіла, дисморфофобічними нахилами, орієнтацією на тілесні ідеали, систематичними спробами впливати на власне тіло і намагання схуднути. При цьому схильність робити це за допомогою спонукання епізодів переїдання та очищення не проявлено.

Таблиця 1

Знаходження відмінностей між показниками за методикою EDI у трьох групах

За критерієм Крускала-Уолліса		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Страх худоби	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	56,43	50,17	29,90
Булімія	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	26,25	71,95	39,30
Неефективність	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	52,45	56,20	27,85
Недовіра в міжособистісних стосунках	Показ. знач.	0,003	0,003	0,003
	Сер.знач.	54,65	48,72	33,13

Знаходження відмінностей між показниками за опитувальником Кеттела у трьох групах

За критерієм Стюдента		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Контроль над «Я»	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	59,78	47,20	29,52
М'якість-жорсткість	Показ. знач.	0,005	0,005	0,005
	Сер.знач.	35,32	56,83	44,35
Довіра-підозрілість	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	64,43	31,77	40,30
Практичність-мрійливість	Показ. знач.	0,001	0,001	0,001
	Сер.знач.	57,07	46,88	32,55
Низька-висока інтеграція «Я»	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	58,17	46,37	31,97
Спокійність-напруженість	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	57,40	52,00	27,10

Прояв недовірливого ставлення до оточуючого середовища, страх у побудові міжособистісних стосунків, замкненість та почуття відстороненості від контактів з оточуючими може концентрували фокус уваги на внутрішніх процесах і намагання здійснювати контроль за допомогою впливу на власне тіло. Респонденти з булімією мають яскраво виражені значення за шкалою «Булімія», що обумовлено вираженістю епізодів переїдання-очищення. Це, в свою чергу, може слугувати швидким наповненням задля позбавлення відчуття порожнечі всередині або неможливості перетравити важкі емоції через труднощі із саморегуляцією. Не менш вираженими є показники за трьома іншими шкалами. Це характеризує респондентів з булімією, як людей з недовірою, відстороненістю, що пов'язане з епізодами булімічних приступів, бо поглинання їжі та очищення зазвичай відбувається наодинці, бо в з іншими людьми це викликає почуття приниженості і сорому або провини. Цей стан може бути пов'язаний не тільки зі спробами саморегуляції афекту, а і з аутоагресивними тенденціями щодо власного тіла і намаганнями втратити вагу. Майже на однаковому рівні проявилися тенденції до неефективності з почуттям самотності, підірваним відчуттям безпеки та неспроможністю впливати на власне життя у респондентів з булімією та респондентів з анорексією. У пацієнтів з компульсивним переїданням показники неефективності значно нижчі. Також спостерігаються менші показники і за іншими шкалами. Слід зауважити, що показники за шкалою «Булімія»

є менш вираженими ніж у респондентів з булімією, але більш вираженими ніж у респондентів з анорексією. Можемо говорити про те, що зі всіх трьох груп респонденти з компульсивним переїданням мають менш виражені прояви за всіма чотирма шкалами, що говорить про меншу схильність контролювати власне тіло, бажати схуднути, страх стосунків та недовіру і відчуття небезпеки у контакті з іншими людьми. Тут може проявлятися більше прийняття, здатності вибудовувати стосунки і бути відкритим та відчувати засоби впливу на власне життя через дії у зовнішньому світі, а не через тіло, більш проявленість проактивності в стратегіях регуляції власного афекту.

За даними таблиці 2 видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Контроль над «Я», «М'якість-жорсткість», «Довіра-підозрілість», «Практичність-мрійливість», «Низька-висока інтеграція «Я» та «Спокійність-напруженість». Значущі відмінності спостерігаються між респондентами з анорексією та компульсивним переїданням за показником здатності контролю над власним «Я». Ми можемо бачити, що пацієнти з анорексією схильні до більш жорсткого контролю власного Я, схильні до моралізаторства та дотримання суспільних правил і вимог, розвинене почуття обов'язку може сприяти виникненню занадто суворих вимог до себе, але при цьому бути у нагоді при посяганні цілей та наполегливості у життєвих виборах. При цьому пацієнти з компульсивним переїданням схильні бути мінливими і піддаватися власним миттєвим бажанням та

потягам, покладатися на долю і випадок, відчувати важкість у дотриманні загальноприйнятих норм, бути імпульсивними та невідповідальними. У пацієнтів з булімією показник «Контролю над Я» має середні значення, що говорить про здатність спиратися на контроль і нормативність поведінки, при цьому без жорстких утисків власного Я та аскетизму, мала вірогідність проявів антисоціальної поведінки. З цього ми можемо продовжити аналіз показників м'якості та жорстокості, що обумовлено тим самим більшим проявом жорстокості і черствості до інших у пацієнтів з анорексією. Ми можемо говорити про цих пацієнтів, як про людей, що можуть проявлятися несентиментальними, раціональними, занадто логічними, вимогливими та практичними. При цьому пацієнти з булімією та пацієнти з компульсивним переїданням характеризуються протилежними особливостями, а саме чутливістю, емпатичністю, схильністю до романтизації та співпереживання. Це більш тонке та вразливе сприйняття світу. Значуща різниця спостерігається за показником «Довіра-підозрілість», що підкреслює настороженість, автономність та незалежність у соціальній поведінці пацієнтів з анорексією та більшу відкритість та терпимість у пацієнтів з компульсивним переїданням. Слід зазначити, що більшість пацієнтів з булімією займають середню положення за межовими показниками тієї чи іншої особистісної властивості. Ми бачимо, що більша швидкість вирішення завдань, практичність та розвиненість конкретної уяви притаманні пацієнтам з анорексією, менше – пацієнтам з булімією, а пацієнти з компульсивним переїданням, взагалі, схильні до мрійливості, наповненості ілюзіями та абстрактного мислення. Схожа динаміка показників спостерігається при аналізі інтеграції Я. Вищою здатні-

стю до самоконтролю та вольовими якостями наділені пацієнти з анорексією. У пацієнтів з булімією спостерігається прояв як цілеспрямованості, так і розслабленості та незворушності. При цьому пацієнти з компульсивним переїданням схильні до залежності від настрою, низької дисциплінованості і зниженої мотивації. Це підтверджується і показниками за шкалою «Спокій-напруженість», де пацієнти з компульсивним переїданням значно відрізняються рівнем апатичності, млявості, низької мотивації та розслабленості. При цьому пацієнти з анорексією та пацієнти з булімією мають схожі прояви напруження, фрустрованості, занепокоєння та роздратованості.

За даними таблиці 3 видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Саморегуляція», «Структурний рівень інтеграції», «Конфлікт провини», «Конфлікт ідентичності», «Провідний конфлікт» та «Тип прихильності». Це свідчить про те, що значущі відмінності між групами респондентів в залежності від виду розладу харчової поведінки проявилися за провідними показниками, спираючись на які будується стратегія психотерапевтичного втручання, а саме структурний рівень інтеграції психіки, провідний несвідомий внутрішньоособистісний конфлікт та тип прихильності, від чого залежить сеттінг та можливість вибудовування стосунків у психотерапевтичному контакті. Також відмінності проявилися у деяких ознаках для аналізу структурного рівня інтеграції та провідного конфлікту, а саме саморегуляція та такі конфлікти, як конфлікт провини та конфлікт ідентичності. За даними таблиці бачимо, що респонденти з анорексією мають нижчі показники за всіма шкалами OPD-II. Це говорить про меншу вираженість конфліктів провини та ідентичності серед респондентів цієї групи,

Таблиця 3

Знаходження відмінностей між показниками за вісями III та IV OPD-II та типом прихильності за методикою «Самооцінка генералізованого типу прихильності» (K. Bartholomew, L. Horowitz в адапт. Т.В. Казанцевої) у трьох групах

За критерієм Стьюдента		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Саморегуляція	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	33,25	59,35	49,90
Структурний рівень інтеграції	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	31,38	48,52	56,60
Конфлікт провини	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	29,97	50,13	56,40
Конфлікт ідентичності	Показ. знач.	0,003	0,003	0,003
	Сер.знач.	31,13	57,75	47,62
Провідний конфлікт	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	35,05	42,90	58,55
Тип прихильності	Показ. знач.	0,006	0,006	0,006
	Сер.знач.	55,45	45,45	35,60

вищу спроможність до саморегуляції, можливо навіть зі схильності до жорсткої зверх-регуляції, більш високий рівень структурної організації особистості, а саме верхній межовий рівень організації психіки, а також більшу можливість проявлення провідного конфлікту особистості. Ця можливість виникає, коли більшість респондентів мають сталий структурний рівень, що допомагає визначити провідний несвідомий конфлікт, а в разі розмиття кордонів особистості і наявності нижчого структурного рівня провідний конфлікт особистості визначити складніше або взагалі неможливо. При цьому напруження у внутрішньопсихічному просторі такого пацієнта виникає саме через наджорстке Супер-его, неможливість розслабитися, відпустити контроль. Якщо ми говоримо про тип прихильності, то тут ми бачимо, що у респондентів з булімією у більшому відсотковому значенні проявився надійний тип прихильності і у меншому – дезорганізаційний тип, що є найскладнішим у психокорекції. У пацієнтів з булімією нижчою є здатність до саморегуляції та вищим прояв конфлікту ідентичності серед респондентів усіх груп. Це говорить про те, що більшість пацієнтів цієї групи мають конфлікт, що виникає від суперечливих самопрезентацій, пов'язаних із почуттям небезпеки та невдоволення. Цей конфліктний дисонанс сфер «Я» є порушенням у сфері часткової ідентифікації: тіло, стать, сімейна ідентичність, етнічна, релігійна соціальна політична, емоційна та професійна ідентичність. Таким чином, конфлікти можуть виникнути, наприклад, між ідентичністю батька дитини і сином батька, або між іноземною батьківською сім'єю і бажанням інтегруватися (національна приналежність), або між бажанням бути успішним як чоловік, але дотримуватися жіночності, або між соціальною мобільністю, що підвищується, вимагає прийняття нової ідентичності та почуттям лояльності власному соціальному середовищу. Додаткові конфлікти ідентичності включають конфлікти між різними ідентичностями образу тіла. Це підкріплюється і низько рівнем структурної інтеграції у пацієнтів даної групи. Свою роль для респондентів з булімією відіграє низька саморегуляція, що проявляється у відсутності відчуття у власних компетентних діях, низьку впевненість у свого досвіді власної афективної компетентності і можливості регулювати власні стани. Можемо припускати, що інтеграція афектів та імпульсів пригнічена, результатом чого є ненавмисні або імпульсно відреаговані афекти та інстинктивні імпульси у вигляді булімічних приступів. Щодо респондентів з компульсивним переїданням значущі відмінності ми спотерігаємо у нижчому рівні інтеграції психіки, частіше нижній межовий рівень інтеграції та психотичний, а також меншу можливість виявлення

провідного конфлікту особистості через розмиті кордони власного Я. Вищою є здатність до саморегуляції у пацієнтів з компульсивним переїданням ніж у пацієнтів з булімією, але нижчою ніж у пацієнтів з анорексією. Найбільш проявленим серед респондентів даної групи є конфлікт провини, що говорить про наявність гіперболізованого почуття провини або повного його заперечення. У контексті цього конфлікту почуття провини, як правило, виникає між егоїстичними та соціальними тенденціями. Це стосується задоволення мотивацій, що обертаються навколо потреби у турботі чи стабілізації самооцінки, а скоріш навантаження на «Я» щодо «Інших», коли виникає конфлікт совісті. Нереалістичні фіксації та зобов'язання, у сенсі постійної тенденції ухилитися від провини, чи навпаки, тенденції постійно і покійно приймати провину. Гіпер-альтруїстичне відношення може виникнути у контексті формування реакції проти агресивних та антисоціальних тенденцій. Провідним афектом є почуття провини витіснене чи перебільшене. Щоб бути здатним переживати почуття провини, необхідний певний рівень структурної інтеграції, який у пацієнтів з булімією є низьким, тому маємо припущення про пасивний модус прояву даного конфлікту. Має свій прояв і конфлікт ідентичності, але в меншості ніж у пацієнтів з булімією. Тип прихильності пацієнтів з компульсивним переїданням в меншості можна віднести до межових значень, або до надійного, або до дезорганізаційного.

Таким чином, бачимо, що значущої різниці набувають показники за шкалою «Контроль над-Я». Пацієнти із анорексією більш схильні до жорсткого самоконтролю, аніж пацієнти інших груп. Респонденти із компульсивним переїданням мають найнижчий показник за цією шкалою, що говорить про непостійність почуттів, станів, думок, схильність до мінливості. Складність у дотриманні групових та етичних норм, небажання приймати групові правила взаємодії. Неорганізованість, складність з відповідальністю, імпульсивність, анархічність щодо моральних правил та стандартів, гнучкість дотримання соціальних норм, безпринципність, схильність до асоціальної поведінки та зневажання будь-яких обмежень. У результатах дослідження можна також побачити, що пацієнти із анорексією мають більш високий рівень підозрливості, аніж респонденти інших груп. Пацієнтам із анорексією і булімією у цьому разі притаманні розвинена уява, символічне мислення, поглиненість власними образами і фантазіями, легкість в сумнівах щодо практичності рішень, абстрактне оперування поняттями, схильність до занурення у фантазії. Пацієнти із анорексією мають високу інтегрованість «Я» на відміну від пацієнтів із інших груп. Їм притаманна цілеспрямова-

ність, сильна воля, вміння контролювати свої емоції та поведінку. Пацієнти з компульсивним переїданням тут відрізняються низькою дисциплінованістю, слідуванням своїм бажанням, залежністю від настроїв, невмінням контролювати свої емоції та поведінку. І якщо говорити про шкалу «Спокійність – напруженість», можна побачити, що пацієнти із анорексією і булімією мають більш високий рівень напруження, що характеризується зібраністю, енергійністю, фрустрованістю, підвищеною мотивацією, занепокоєнням, збудженістю, дратівливістю. Натомість пацієнти із компульсивним переїданням проявили розслабленість, млявість, апатичність, спокій, низьку мотивацію, зайву задоволеність, незворушність. У пацієнтів з анорексією недовіра у міжособистісних стосунках підкріплюється егоцентричністю, обережністю, емоційною холодністю та дистантністю з метою відчуття незалежності. У пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням, навпаки, послужливістю, терпимістю, поступливістю і низькою самооцінкою.

Перспектива подальших досліджень пов'язана із розробкою комплексної програми реабілітації пацієнтів з різними видами розладів харчової поведінки, спираюсь на типологічні особливості та індивідуальні відмінності особистості з певним видом розладу харчової поведінки, враховуючи сучасні розробки в рамках асимільованої моделі когнітивно-поведінкового та психодинамічного підходів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Aldridge V., Clark E. M., Micali N., Misra M., Robinson L. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association between Eating Disorders and Bone Density. *Osteoporos. Int.* 2020, 31, 1169–1185.
2. Ali S. I., Bartel S., Boudreau C., Davis C., Dixon L., Farrell N. R., Gamberg S., Keshen A., Matheson K. Understanding the Effects of Reductionist Biological Views of Eating Disorder Etiology on Patient Attitudes and Behavior. *Int. J. Eat. Disord.* 2021, 54, 488–491.
3. Bakalar J., Radin R. M., Shank L., Tanofsky-Kraff M., Vannucci A. Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015, 17, 42.
4. Bergh C., Brodin U., Södersten P., Zandian M. Verifying Feighner's Hypothesis; Anorexia Nervosa Is Not a Psychiatric Disorder. *Front. Psychol.* 2019, 10, 2110.
5. Cnattingius S., Liang H., Li, J., Olsen J., Su X., Yuan W. Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2016, 25, 1245–1253.
6. Culbert K. M., Klump K. L., Racine S. E. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2015, 56, 1141–1164.
7. Culbert K. M., Klump K. Molecular Genetic Studies of Eating Disorders. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2007, 16, 37–41.
8. Deloitte Access Economics. (2020, June). The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. Retrieved from <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
9. Fletcher P. C., Westwater M. L., Ziauddeen, H. The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model. *Biol. Psychiatry* 2022, 81, 798–806.
10. Fulkerson J., Leon G. R., Perry C. Cudeck, R. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *J. Abnorm. Psychol.* 1993, 102, 438–444.
11. Hambleton A., Pepin G., Le A., et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid literature review. *Journal of Eating Disorders*, 10, 132. 2022. doi:10.1186/s40337-022-00654-
12. Jansen A. Eating Disorders Need More Experimental Psychopathology. *Behav. Res. Ther.* 2016, 86, 2–10.
13. Lewinsohn P., Seeley J., Striegel-Moore R. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000, 39, 1284–1292.
14. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (n.d.). Eating Disorder Statistics. Retrieved from <https://anad.org/eating-disorders-statistics/>
15. National Eating Disorders Association. (n.d.). Media & Eating Disorders. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org/media-eating-disorders>
16. National Institute of Mental Health. (n.d.). Eating disorders. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders>