

DOI [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-100-124](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-100-124)
УДК 616.89:159.9

Смутчак Софія Богданівна,
магістрантка групи 1 МПСКП
факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету ім. М. Драгоманова.
Київ, Україна.

 <https://orcid.org/0009-0007-4087-9338>
smutchaksophie@gmail.com

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Анотація. У статті проаналізовано психологічні особливості молоді з порушеннями харчової поведінки. Виявлено, що такі особи відзначаються вищим рівнем стресу порівняно зі здоровою молоддю. Цей стрес може бути спричинений різними чинниками, включаючи внутрішні психологічні конфлікти та зовнішні негативні впливи. У дослідженні використано різні методики, зокрема такі як Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), Шкала оцінки харчової поведінки (EDI), Опитувальник образу власного тіла (ООБТ). Це надало можливість детально проаналізувати різні аспекти харчової поведінки та її зв'язок з психологічним стресом. У деяких учасників дослідження виявлено перевищення показників за двома (а іноді навіть і трьома) шкалами, що вказує на наявність змішаного типу розладу харчової поведінки. Це свідчить про те, що різні види порушень харчової поведінки можуть взаємодіяти між собою і посилювати один одного. Варто зауважити, що такий феномен відображає складність і мультифакторність харчових розладів, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до їх діагностики та лікування. Підтверджено існування прямої взаємодії між розладами харчової поведінки та рівнем психологічного стресу, саме: особи, які стикаються з розладами харчування, мають вищий ризик розвитку стресу, а також зворотно – вищий рівень стресу може сприяти появі або загостренню розладів харчування. Ця взаємодія має значний вплив на суб'єктивне благополуччя особистості. Особи з розладами харчової поведінки та високим рівнем стресу частіше відчують погіршення якості життя, відчуття незадоволеності та депресію. З іншого боку, ті, хто здатні ефективно управляти стресом та підтримувати здоровий стиль життя, схильні до вищого рівня задоволеності власним життям та загального благополуччя. Розуміння внутрішніх механізмів, які

лежать в основі цих порушень, може сприяти розробці ефективних та інноваційних підходів до лікування.

Ключові слова: харчова поведінка; розлади харчової поведінки; образ тіла; молодь; обмеження споживання їжі; переїдання; нервова анорексія; нервова булімія

ВСТУП / INTRODUCTION

Постановка проблеми / Statement of the problem. Сучасне суспільство, з його стандартами краси та сприйняттям тіла, може створювати вплив на молодь щодо їхнього зовнішнього вигляду та ваги. Розлади харчової поведінки, такі як анорексія, булімія, або компульсивне переїдання, можуть серйозно підірвати фізичне та психічне здоров'я молоді. Акцент на психологічних аспектах може допомогти в розумінні коренів цих проблем і розробці ефективних психотерапевтичних стратегій. Багато випадків порушень харчової поведінки пов'язані з проблемами самооцінки, самоприйняття та самоцінності. Ґрунтовне дослідження впливу соціального тиску на психологічний стан молоді допоможе розробити інтервенції для зменшення негативних наслідків, а розуміння, як самопочуття та ставлення до себе впливають на харчову поведінку, дозволить розробити індивідуалізовані стратегії підтримки. Аналіз психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки також може сприяти розробці ефективних превентивних програм. Вчасна ідентифікація та втручання на ранніх етапах можуть допомогти уникнути подальших ускладнень. У контексті зазначеного, варто наголосити, що вивчення психологічних аспектів порушень харчової поведінки робить суттєвий внесок у науку та розвиток психотерапевтичних методик.

Аналіз (основних) останніх досліджень і публікацій / Analysis of (major) recent research and publications. Харчову поведінку та розлади харчової поведінки вивчають на перетині декількох наукових дисциплін, включаючи психологію, медицину, дієтологію, соціологію та нейронауку. Така інтердисциплінарність дозволяє отримати більш повне розуміння того, як і чому люди обирають та споживають їжу, а також яким чином виникають і можуть бути вилікувані розлади харчової поведінки.

Донедавна проблеми харчової поведінки розглядалися переважно лише як медичний діагноз або генетична особливість, але наразі вони досліджуються також як психологічні розлади. У цьому напрямку активно працюють відомі медики і психологи, зокрема: К. Гарнкетт, Т. Ле Ру, А. Тукачинський, Д. Мітчелл, Г. Фостер, Г. Медлі. У сучасних дослідженнях

харчової поведінки є праці й українських вчених. Зокрема, Л. Бурлачук, А. Нижник, О. Мойзріст та інші займалися розробленням психодіагностичного інструментарію для аналізу проблем харчової поведінки. Л. Абсалямова, О. Вальдамірова, З. Ковальчук, Г. Ілемкова та інші вивчали психологічні аспекти порушень харчової поведінки в жінок. А. Ворошилїна, Н. Капталан, Д. Кононенко, В. Шебанова та багато інших досліджували формування індивідуальної концепції себе та розвиток проблем харчової поведінки [1], [2], [3], [4].

Разом з тим, додаткового дослідження потребує проблема формування розладів харчової поведінки у молодих людей, враховуючи і вплив соціального тиску на них, і зміни в суспільній думці.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS

Мета статті полягає у дослідженні психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки.

Відповідно до зазначеної мети у статті поставлено такі **завдання**: проаналізувати психологічні особливості харчової поведінки та причини порушень у сучасної молоді; визначити наявність зв'язку між оцінкою образу власного тіла та показником психологічної напруги.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ / THEORETICAL FRAMEWORK

Харчова поведінка – це спосіб, яким людина обирає, споживає і регулює своє харчування; він охоплює не лише вибір продуктів і порцій, а й різні аспекти зв'язані з харчуванням, такі як мотивація, емоції, звички, культурні та соціальні впливи, а також фізіологічні потреби. На харчову поведінку впливають чимало чинників, включаючи психологічні, екологічні, економічні та генетичні. Вивчення харчової поведінки допомагає краще зрозуміти причини, які стоять за нашими харчовими виборами, а також розробляти стратегії для здорового харчування і попередження харчових розладів. Донедавна проблеми харчової поведінки розглядалися переважно лише як медичний діагноз або генетична особливість, але наразі вони досліджуються також як психологічні розлади.

У сучасному суспільстві струнке, підтягнуте тіло є символом не тільки соціального успіху, а й критерієм певних особистісних якостей, таких як: сила волі, самоконтроль тощо. Зовнішність сприймається як щось, що можна не лише змінювати, а й конструювати [5], [6]. У соціальних мережах популярності набувають додатки, що дозволяють модифікувати зображення тіла таким чином, щоб вони відповідали ідеалу, який дуже відрізняється від реальної форми тіла людини. Люди, чия вага і форма тіла не відповідають

суспільно прийнятому стандарту, сприймаються як ліниві або як ті, що не мають сили волі, слабкі. Крім того, вони самі часто схильні відчувати інтенсивне почуття сорому через невідповідність загальноприйнятому ідеалу. Водночас, дослідження свідчать про те, що здатність до самоспівчуття знижує вираженість почуття сорому, а також симптоматику у пацієнтів, які страждають на розлади харчової поведінки [8], [10]. І не дивлячись на це, незадоволеність власним тілом є певною мірою нормальною; її називають «нормативною незадоволеністю тілом» [7].

Найбільш уразливим до розвитку РХП є підлітковий вік, проте вони можуть розвиватися і у жінок у післяпологовому періоді, а також в інволюційному віці. Розлади харчової поведінки – це надзвичайно важлива проблема, яка несе в собі серйозні ризики для життя та здоров'я пацієнтів, а також негативно впливає на їхній емоційний стан, знижує їхню якість життя. Важливо підкреслити, що ці порушення є не лише медичною проблемою, але й соціокультурним явищем, що відображає складну взаємодію між різними аспектами життя сучасної людини. Зростаючий рівень стигми стосовно зовнішнього вигляду, ідеалізація певних стандартів краси та безперервний потік інформації від медіа ресурсів сприяють формуванню складних відносин з їжею та тілом. Ці впливи можуть призвести до розвитку різних порушень харчування, що мають як психологічні, так і фізичні наслідки для тих, хто стикається з ними.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS

Для вирішення поставлених завдань, та реалізації мети дослідження було використано комплекс *теоретичних* (аналіз, вивчення літературних джерел та психологічної літератури з проблеми дослідження) та *емпіричних методів дослідження*, зокрема: Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ); шкала оцінки харчової поведінки (EDI); шкала психологічного стресу PSM-25; опитувальник образу власного тіла О. Скугаревського, С. Сивухи; модифікована шкала суб'єктивного благополуччя (BBC-SWB), а також *методи математичної статистики*, а саме: метод рангової кореляції Спірмена. Для формулювання висновків за результатами досліджень використано метод узагальнення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

У сучасному світі проблеми з харчуванням стають все більш актуальними, відображаючи складний взаємозв'язок між фізичним здоров'ям, психічним станом та соціокультурними факторами. Основні види порушень харчової поведінки, такі як анорексія, булімія,

компульсивне переїдання, а також різні варіації несприйняття власного тіла, стають все більш поширеними та складними для лікування.

Ці порушення можуть мати серйозні наслідки для фізичного здоров'я, включаючи недостатнє живлення організму, дефіцит поживних речовин та ризик розвитку різних захворювань. Психологічні наслідки також значні, оскільки порушення харчової поведінки часто пов'язані з низьким самопочуттям, депресією та тривогою. Тому важливо розуміти та вивчати ці порушення для розробки ефективних методів лікування та підтримки людей, що стикаються з ними.

Для діагностики харчових порушень використовують ряд опитувальників, що виявляють окремі симптоми, особливості харчової поведінки та клінічні форми розладів. Найбільш відомі опитувальники:

А. Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) це стандартизований метод самооцінки, який вимірює ставлення та думки щодо форми тіла та ваги, а також характерні психологічні особливості, з якими стикаються люди з розладами харчової поведінки [16].

Б. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) використовується для діагностики порушень харчової поведінки різних типів: обмежувального, емоційного та екстернального [14].

В. Опитувальник SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) це швидкий самозвіт пацієнта, що складається з п'яти питань для виявлення розладів харчової поведінки [12].

Г. «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE) дозволяє оцінити когнітивні субшкали, пов'язані з розладами харчової поведінки: обмежуючу харчову поведінку, заклопотаність харчовою поведінкою, формою тіла та вагою, а також поведінкові симптоми, пов'язані з цим занепокоєнням (наприклад, частота переїдань, самоіндуковане блювання, використання проносних або діуретиків та надмірне фізичне навантаження) [13].

Д. 3-фазний опитувальник (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ), включає 3 різні шкали, що відповідають когнітивній стриманості, емоційному харчуванню та неконтрольованому прийому їжі [11].

Е. Тест ставлення до їжі (The Eating Attitudes Test, EAT-26) – це самооцінка харчових настроїв, включаючи шкалу з 26 пунктів, яка вимірює симптоми та занепокоєння щодо розладів харчової поведінки. EAT-26 складається з трьох розділів: зріст і вага, визначені власноруч, для створення індексу маси тіла (ІМТ), 26 пунктів, пов'язаними з тим, як часто людина вчиняє певну поведінку і 5 поведінкових пунктів, які досліджують,

як часто людина вдавалася до неупорядкованої харчової поведінки протягом останніх 6 місяців [9], [15].

Для нашого дослідження було обрано Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), що дозволяє діагностувати порушення харчової поведінки, а саме: екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип, а також Шкалу оцінки харчової поведінки (EDI). Для встановлення психологічних чинників порушень харчової поведінки було обрано наступні психодіагностичні методики:

- Опитувальник образу власного тіла О. Скугаревського, С. Сивухи (ООБТ);
- Шкала психологічного стресу (PSM-25);
- Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя (BBC-SWB).

З метою виявлення психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки автором було проведено емпіричне дослідження у формі опитування протягом березня 2024 року на базі Центру реабілітації розладів харчової поведінки «Redefine», кількість респондентів становила 60 осіб, у тому числі 43 жінки (71,7 %) та 17 чоловіків (28,3 %), віком від 16 до 24 років. Серед респондентів діагностований розлад харчової поведінки (РХП) мають 12 жінок (20 %); 16 осіб (26,7 %) підозрюють у себе РХП – серед них 14 жінок (87,5 %) та 2 чоловіків (12,5 %); у ремісії перебувають 7 опитаних (11,7 %) – з них 5 осіб (71,4 %) жіночої статі та 2 (28,6 %) – чоловічої. 25 (41,7 %) опитаних осіб зазначили, що не мають діагностованого РХП, а також не мають у себе підозр – серед яких 12 жінок (48 %) та 13 чоловіків (52 %).

Задля діагностики порушень харчової поведінки у молоді, було проведено дослідження за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ). Його результати представлено в (табл. 1–4). На рис. 1 зображено співвідношення показників трьох типів харчової поведінки, які перевищують норму. У табл. 5 наведено середні показники респондентів кожної категорії. Показники, які перевищують норму, позначено жирним шрифтом.

Таблиця 1

Результати респондентів, які перебувають у ремісії

Рівень	Обмежувальна ХП	Емоційна ХП	Екстернальна ХП
В межах норми	71,4 %	71,4 %	42,9 %
Перевищення норми	28,6 %	28,6 %	57,1 %

Таблиця 2

Результати респондентів, які мають діагностований РХП

Рівень	Обмежувальна ХП	Емоційна ХП	Екстернальна ХП
В межах норми	8,3 %	8,3 %	33,3 %
Перевищення норми	91,7 %	91,7 %	66,7 %

Таблиця 3

Результати респондентів, які мають у себе підозри на РХП

Рівень	Обмежувальна ХП	Емоційна ХП	Екстернальна ХП
В межах норми	12,5 %	25 %	31,3 %
Перевищення норми	87,5 %	75 %	68,7 %

Таблиця 4

Результати респондентів, які не мають РХП

Рівень	Обмежувальна ХП	Емоційна ХП	Екстернальна ХП
В межах норми	76 %	64 %	36 %
Перевищення норми	24 %	36 %	64 %

З отриманих даних можна побачити, що у 36 % респондентів, які зазначили, що не мають РХП, діагностовано емоціогенний тип харчової поведінки, тобто вони вживають їжу під впливом емоцій, намагаючись таким чином змінити свій психологічний стан. У 24 % опитаних виражений обмежувальний тип харчової поведінки, який проявляється в періодичному дотриманні дієти з метою запобігання набору ваги або схуднення. Також виражений екстернальний тип харчової поведінки мають 64 % респондентів, тобто вони звертають увагу більше на зовнішні подразники, ніж на власні відчуття голоду та насичення.

У 28,6 % досліджуваних, які перебувають у ремісії, діагностовано емоційний та обмежувальний тип харчової поведінки, а 57,1 % мають екстернальну харчову поведінку. 91,7 % хворих на розлади харчової поведінки отримали високі показники за шкалами «Обмежувальна харчова поведінка» та «Емоційна харчова поведінка». За шкалою «Екстернальна харчова поведінка» результат, що перевищує норму, показали 66,7 % опитаних.

Серед респондентів, які мають підозри на наявність у себе РХП, 87,5% осіб мають порушення харчової поведінки за обмежувальним типом, 75 % – за емоційним і 68,7 % – відповідно за екстернальним.

Таблиця 5

Середні показники респондентів за шкалами DEBQ

Категорія респондентів	Обмежувальна ХП	Емоційна ХП	Екстернальна ХП
	Кількість балів		
Перебувають у ремісії	1,9	1,7	2,8
Діагностований РХП	4,2	3,7	3,3
Мають підозри на РХП	3,3	2,7	3,1
Не мають РХП	1,9	2	2,9
Уся вибірка	2,8	2,5	3

Середні отримані показники перевищують норму за всіма шкалами тесту. Так за шкалою «Обмежувальна харчова поведінка» середні показники респондентів нашої вибірки становлять – 2,8 балів (при нормі 2,4). За шкалою «Емоційна харчова поведінка» – 2,5 бали (при нормі 1,8), «Екстернальна харчова поведінка» – 3 бали (при нормі 2,7). Найбільше відхилення від норми у респондентів виявлено за шкалою «Обмежувальна харчова поведінка» (0,4 бали). У деяких учасників дослідження виявлено перевищення показників за двома (а іноді навіть і трьома) шкалами, що вказує на наявність змішаного типу розладу харчової поведінки. Це свідчить про те, що різні види порушень харчової поведінки можуть взаємодіяти між собою і посилювати один одного. Варто зауважити, що такий феномен відображає складність і мультифакторність харчових розладів, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до їх діагностики та лікування.

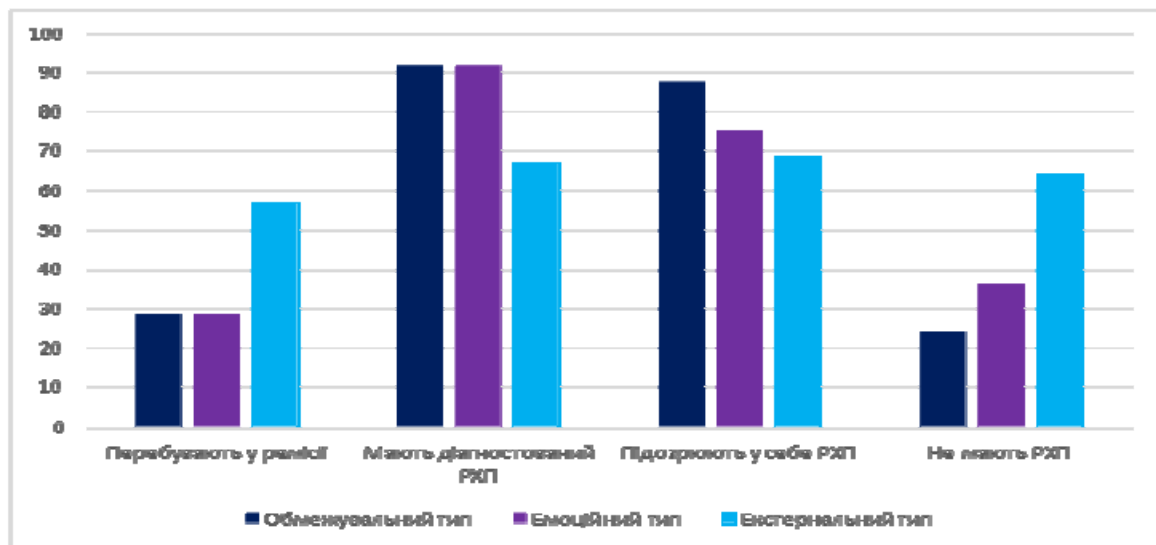


Рис. 1 Дані, отримані за допомогою методики DEBQ
Джерело: побудовано автором

Результати, отримані за допомогою Шкали оцінки харчової поведінки (EDI), наведено у табл. 6–9, а також представлено на рис. 2–5.

У таблицях шкали позначені номерами у такому порядку:

- Прагнення до худорлявості;
- Булімія;
- Незадоволеність тілом;
- Неефективність;
- Перфекціонізм;
- Недовіра у міжособистісних відносинах;
- Інтероцептивна некомпетентність.

Таблиця 6

Результати респондентів, які перебувають у ремісії

Рівень	1	2	3	4	5	6	7
Високий	-	14,2 %	42,9 %	14,2 %	28,6 %	-	-
Середній	57,1 %	42,9 %	28,6 %	57,1 %	42,9 %	42,9 %	71,4 %
Низький	42,9 %	42,9 %	28,6 %	28,6 %	28,6 %	57,1 %	28,6 %

Таблиця 7

Результати респондентів, які мають діагностований РХП

Рівень	1	2	3	4	5	6	7
Високий	100 %	91,7 %	100 %	100 %	58,3 %	66,7 %	91,7 %
Середній	-	-	-	-	41,7 %	33,3 %	8,3 %
Низький	-	8,3 %	-	-	-	-	-

Таблиця 8

Результати респондентів, які мають у себе підозри на РХП

Рівень	1	2	3	4	5	6	7
Високий	37,5 %	75 %	56,3 %	56,3 %	37,5 %	43,8 %	62,5 %
Середній	50 %	12,5 %	31,3 %	37,5 %	50 %	37,5 %	31,3 %
Низький	12,5 %	12,5 %	12,5 %	6,3 %	12,5 %	18,8 %	6,3 %

Таблиця 9

Результати респондентів, які не мають РХП

Рівень	1	2	3	4	5	6	7
Високий	16 %	16 %	20 %	48 %	24 %	44 %	24 %
Середній	36 %	24 %	48 %	32 %	48 %	48 %	52 %
Низький	48 %	60 %	32 %	20 %	28 %	8 %	24 %

За шкалою «Прагнення до худорлявості» 50 % опитаних, що мають підозри на РХП та 57,1 % респондентів, які перебувають у ремісії, мають середній рівень. Респонденти, які не мають РХП, переважною мірою (48 %) не виявляють прагнення до схуднення. Високі бали за цією шкалою, а також шкалами «Незадоволеність тілом» та «Неефективність» отримали усі опитані, які хворіють на розлади харчової поведінки.

За шкалою «Булімія» високі бали отримала більшість хворих на РХП (91,7 %) та тих, хто підозрюють у себе розлад (75 %). Ці категорії респондентів найбільш схильні до переїдань, проявляють тенденцію до споживання великих кількостей їжі за короткий період часу, незалежно від власних потреб організму. Очисна поведінка, яка настає після переїдання, характеризується намаганням компенсувати спожиту їжу шляхом різних методів очищення організму. Ця поведінка може бути спрямована на контроль ваги або спробу відчуття певного рівня контролю над харчуванням після випадків переїдань.

Для людей, які хворіють на РХП, характерна інтроцептивна некомпетентність, про що і свідчить шкала № 7. Більшість діагностованих хворих на РХП (91,7 %) та тих, хто має підозри на розлад (62,5 %), мають недостатню здатність до сприйняття та розуміння внутрішніх сигналів свого тіла, таких як голод, насиченість, жага або втома. Це може призводити до порушень у регулюванні харчового споживання та виявлятися в нерегулярних обідах, надмірному переїданні або недоїданні, а також у поганому сприйнятті фізичних сигналів, пов'язаних з харчуванням. У той час як більшість респондентів без РХП (52 %) та тих, хто перебуває у ремісії (71,4 %), цей показник знаходиться на середньому рівні.

Показники «Перфекціонізм» та «Недовіра у міжособистісних відносинах» знаходяться на середньому рівні у майже половини (42,9 %) осіб, які знаходяться у ремісії. Середній рівень перфекціонізму вказує на те, що особа може мати певні стандарти та очікування щодо своєї роботи, досягнень або відносин, але ці стандарти не є надмірно високими або не досягненими. Особа може ставити перед собою завдання з досягненням успіху, проте при цьому вона також готова приймати свої помилки та недоліки, і не переживає надмірних рівнів тривоги або стресу у зв'язку з недосконалістю. Середній рівень недовіри у міжособистісних відносинах вказує на те, що особа може мати певні застереження та обережність у стосунках з іншими людьми, але ці почуття не перевищують норми. Вона може виявляти деяку пильність щодо намірів та дій інших, але при цьому не перебуває в стані постійної підозри чи недовіри. Цей рівень недовіри допомагає зберегти певний рівень обережності у взаємодії з оточуючими, але при цьому не заважає відкритому та довірчому спілкуванню.

Також майже половина респондентів без РХП мають високі бали за шкалами «Неефективність» та «Недовіра у міжособистісних відносинах».

Отримання високого балу за шкалою «Неефективність» вказує на значущі труднощі або відсутність вдалих результатів у виконанні завдань чи обов'язків. Особа, яка отримує високий бал за цією шкалою, може демонструвати недостатню ефективність у вирішенні робочих завдань, може не досягати поставлених цілей або не ефективно використовувати час, ресурси та інші фактори, необхідні для досягнення успіху. Високий бал за цією шкалою свідчить про потребу в удосконаленні навичок управління часом, організації робочих процесів або розвитку ключових компетенцій, які сприяють досягненню результативності в професійній діяльності.

Отримання високого балу за шкалою «Недовіра у міжособистісних відносинах» свідчить про тенденцію особи проявляти недовіру або підозру у стосунках з іншими людьми. Це може виявлятися у переважанні підозріливих або обережних реакцій на дії, слова чи наміри інших, а також у недостатній готовності вірити або встановлювати довіру в міжособистісних взаємодіях.

Особа з високим показником недовіри у міжособистісних відносинах може мати труднощі у встановленні та підтримці взаємно вигідних та довгострокових стосунків, оскільки її поведінка може сприйматися як обережна, відкрито підозріла або неприязна. Це може впливати на якість комунікації, рівень співробітництва та загальний рівень задоволеності від міжособистісних взаємодій. У таких випадках може бути корисним проведення тренінгів з розвитку довіри, самосвідомості та навичок емоційного інтелекту для покращення якості міжособистісних відносин.

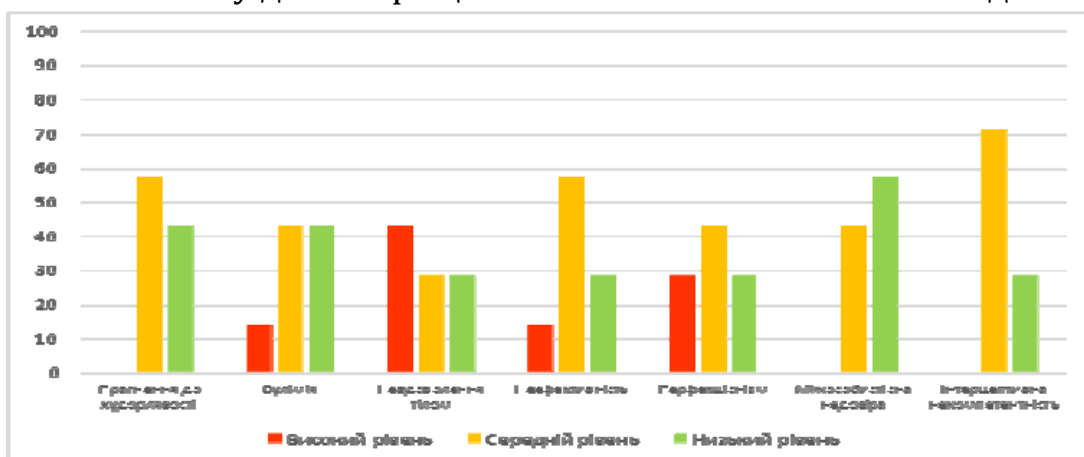


Рис. 2 Дані респондентів, які перебувають у ремісії,
отримані за допомогою методики EDI
Джерело: побудовано автором

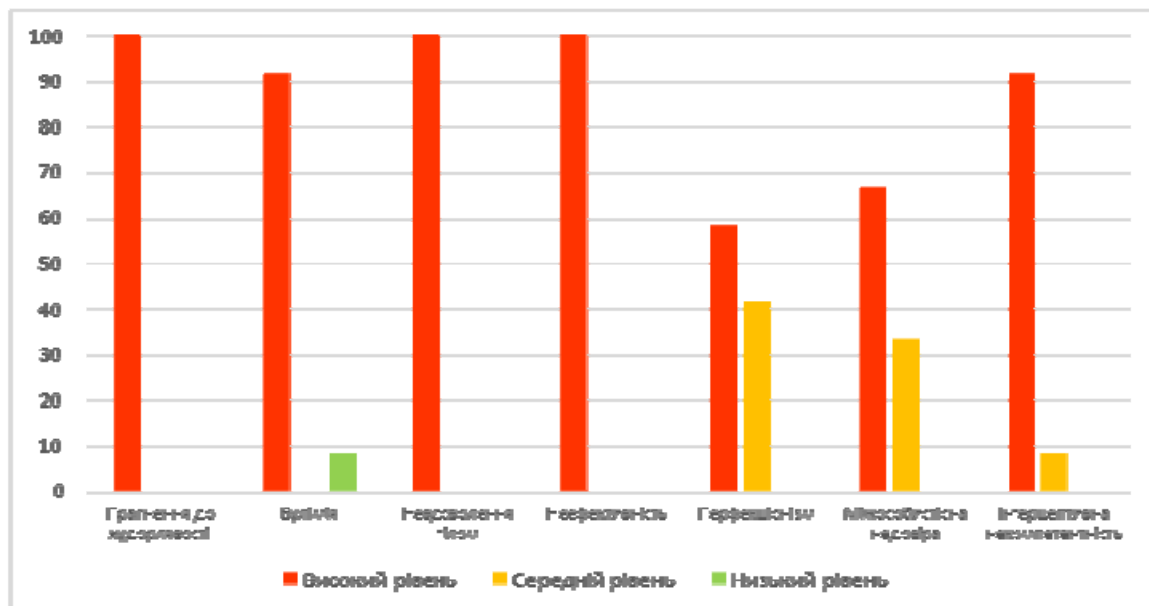


Рис. 3 Дані респондентів, які мають діагностований РХП, отримані за допомогою методики EDI
Джерело: побудовано автором

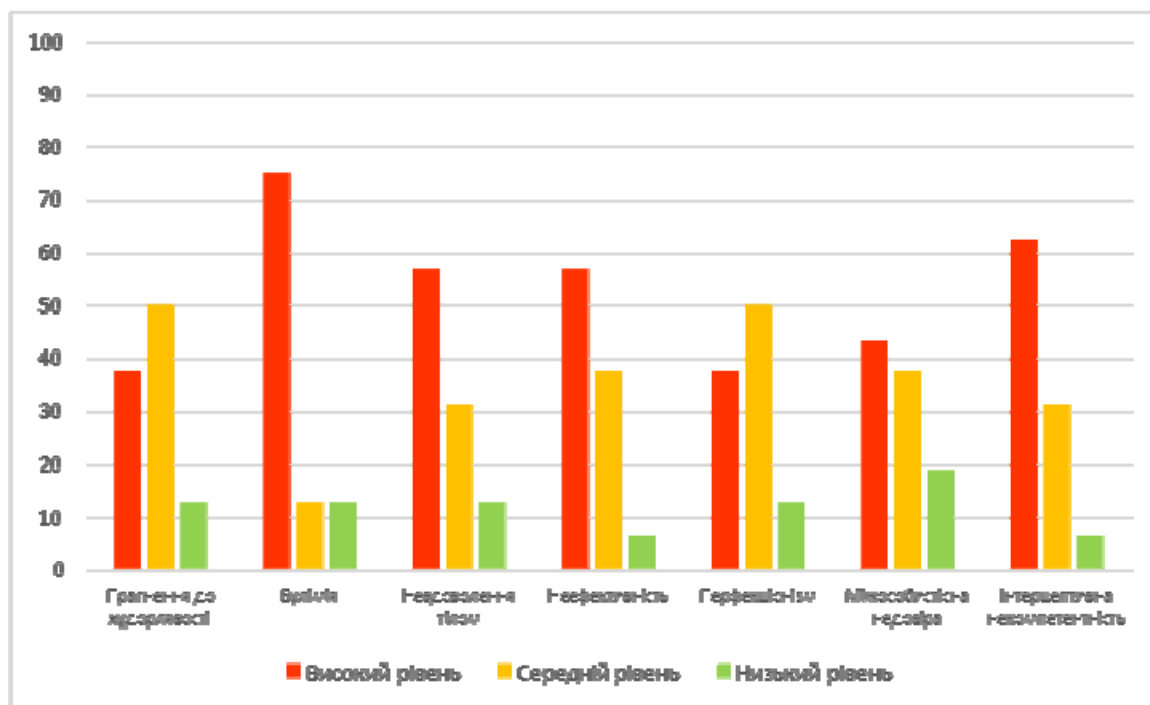


Рис. 4 Дані респондентів, які мають у себе підозри на РХП, отримані за допомогою методики EDI
Джерело: побудовано автором

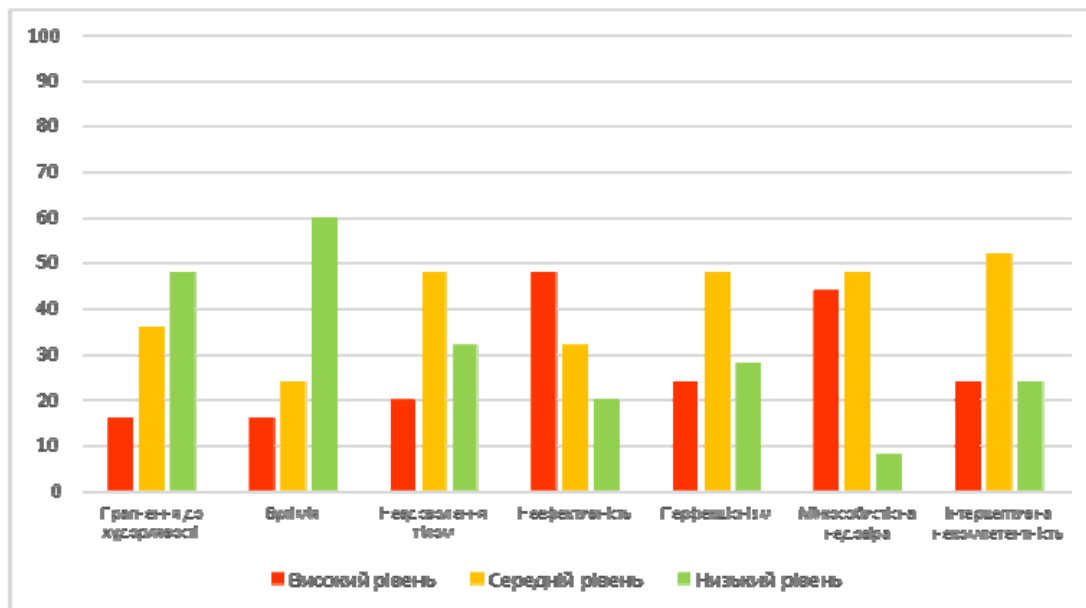


Рис. 5 Дані респондентів, які не мають РХП, отримані за допомогою методики EDI
Джерело: побудовано автором

За Опитувальником образу власного тіла О. Скугаревського, С. Сивухи (ООВТ) 42,9 % досліджуваних, які перебувають у ремісії. 100 % хворих на розлади харчової поведінки, 68,7 % опитаних, що мають підозри на РХП та 36 % респондентів, які зазначили, що не мають РХП, незадоволені власним тілом. Результати дослідження за даною методикою наведено в таблиці 10, графічне зображення отриманих даних представлено на рис. 6. У таблиці 11 наведено середні показники респондентів кожної категорії. Показники, які перевищують норму, позначено жирним шрифтом.

Таблиця 10

Дані, отримані за допомогою методики ООСТ

Рівень	Перебувають у ремісії	Діагнований РХП	Мають підозри на РХП	Не мають РХП
Перевищує рівень норми	42,9 %	100 %	68,7 %	48 %
Норма	57,1 %	-	31,3 %	52 %

Більшість опитаних виявили незадоволеність своїм зовнішнім виглядом. Їх найчастіше турбує вага, фігура та окремі аспекти зовнішності, такі як розмір носа, обсяг живота або розмір грудей.

Таблиця 11

Середні показники респондентів за методикою ООСТ

Категорія респондентів	Незадоволеність власним тілом (кількість балів)
Перебувають у ремісії	13,9
Діагностований РХП	40,3
Мають підозри на РХП	21,1
Не мають РХП	13,1
Уся вибірка	22,1

Ця незадоволеність призводить до переважно негативних емоцій. У зв'язку з цими почуттями, багато молодих людей уникають ситуацій, де можуть бути об'єктом оцінки, таких як громадські події, і уникнення погляду на власне відображення у дзеркалі. Ці вияви відображають значну проблему негативного сприйняття власного тіла серед молоді. Це може впливати на їхнє психічне та емоційне благополуччя, а також на їхні соціальні відносини та загальний розвиток.

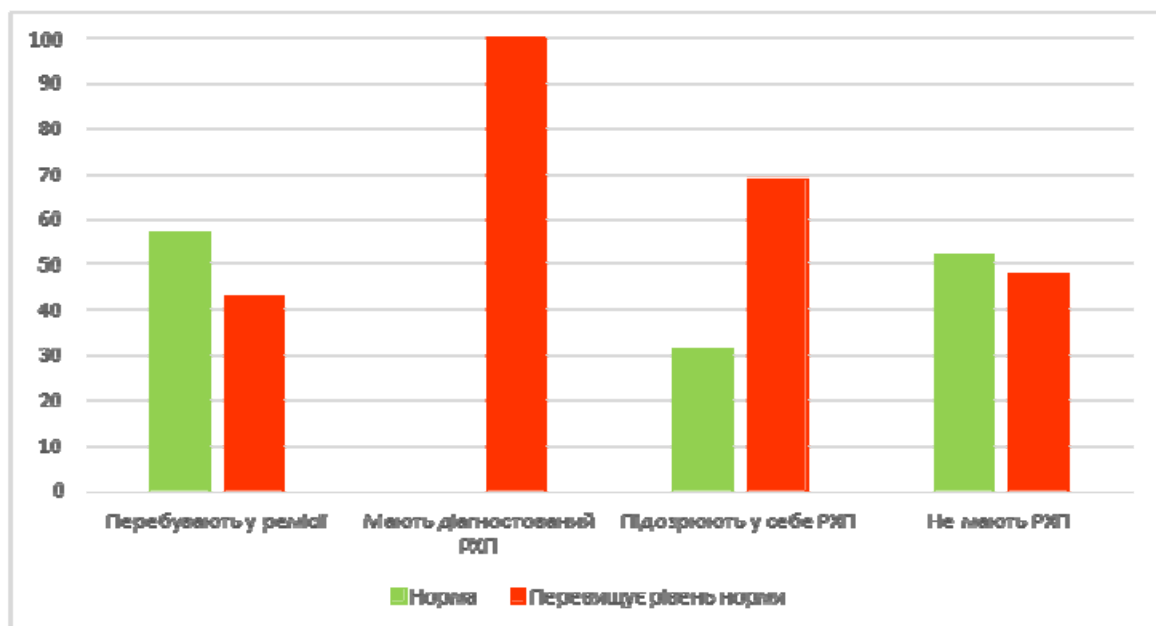


Рис. 6 Дані, отримані за допомогою методики ООСТ
Джерело: побудовано автором

У результаті діагностики рівня психологічного стресу за допомогою Шкали психологічного стресу PSM-25 були отримані такі результати (табл. 12, рис. 7).

Таблиця 12

Дані, отримані за допомогою методики PSM-25

Рівень	Перебувають у ремісії	Діагностований РХП	Мають підозри на РХП	Не мають РХП
Високий	-	75 %	25 %	4 %
Середній	28,6 %	16,7 %	56,3 %	48 %
Низький	71,4 %	8,3 %	18,8 %	48 %

Дані таблиці свідчать, що високий рівень психологічного стресу було виявлено у 75 % респондентів із діагностованим РХП, 25 % – тих, що мають підозри на РХП, і 4 % – особи без РХП. Варто зауважити, що опитані, які перебувають у ремісії, мають переважно (71,4 %) низький рівень психологічного стресу, що свідчить про наявну психологічну адаптованість до навантажень та відсутність переживання стану психічного напруження.

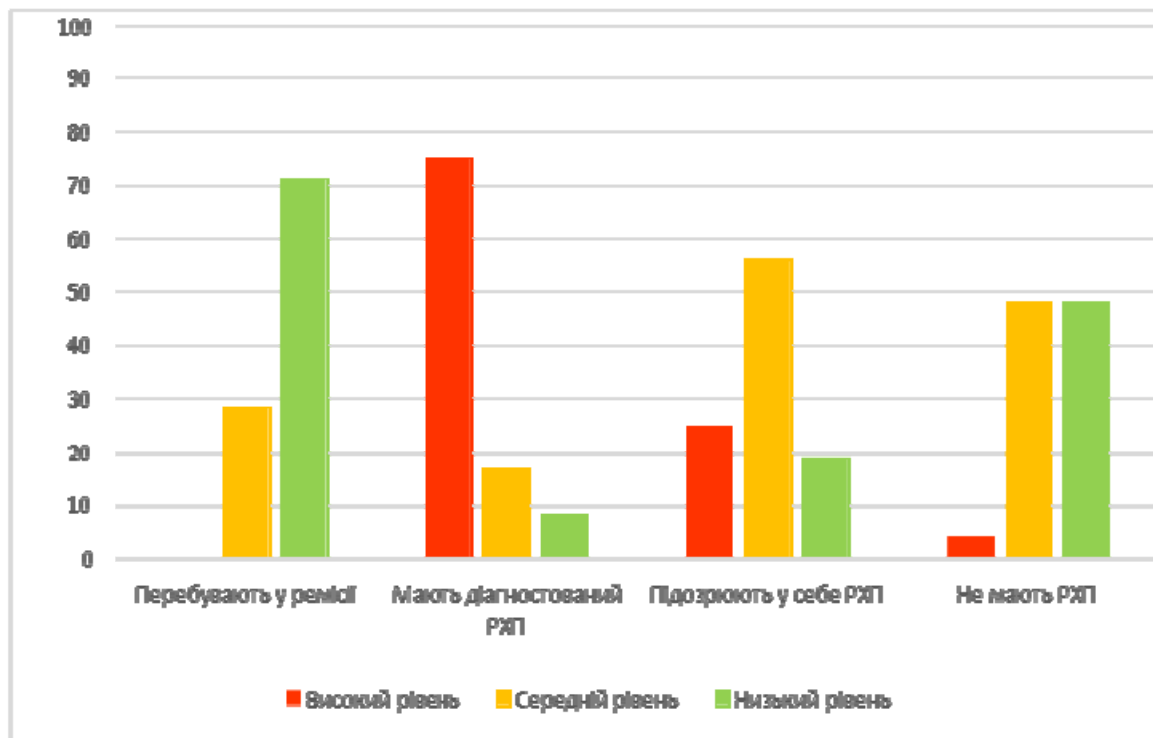


Рис. 7 Дані, отримані за допомогою методики PSM-25

Джерело: побудовано автором

Результати дослідження складників суб'єктивного благополуччя відображено в табл. 13–16 та на рис. 8–11.

Таблиця 13

Результати респондентів, які перебувають у ремісії

Рівень	Психологічне благополуччя	Фізичне здоров'я та благополуччя	Стосунки	Суб'єктивне благополуччя
Високий	14,2 %	14,2 %	14,2 %	14,2 %
Середній	57,1 %	42,9 %	42,9 %	42,9 %
Низький	28,6 %	42,9 %	42,9 %	42,9 %

Таблиця 14

Результати респондентів, які мають діагностований РХП

Рівень	Психологічне благополуччя	Фізичне здоров'я та благополуччя	Стосунки	Суб'єктивне благополуччя
Високий	-	-	-	-
Середній	-	8,3 %	8,3 %	-
Низький	100 %	91,7 %	91,7 %	100 %

Таблиця 15

Результати респондентів, які мають у себе підозри на РХП

Рівень	Психологічне благополуччя	Фізичне здоров'я та благополуччя	Стосунки	Суб'єктивне благополуччя
Високий	6,3 %	6,3 %	6,3 %	6,3 %
Середній	18,8 %	25 %	37,5 %	6,3 %
Низький	75 %	68,7 %	56,3 %	87,5 %

Таблиця 16

Результати респондентів, які не мають РХП

Рівень	Психологічне благополуччя	Фізичне здоров'я та благополуччя	Стосунки	Суб'єктивне благополуччя
Високий	20 %	8 %	12 %	12 %
Середній	28 %	32 %	36 %	24 %
Низький	52 %	60 %	52 %	64 %

У респондентів, які мають діагностований РХП, а також ті, хто мають підозри на розлад, за всіма шкалами переважно низькі бали.

Отримання низького рівня за шкалами психологічного благополуччя, фізичного здоров'я та благополуччя, стосунків та суб'єктивного благополуччя відображає суттєві аспекти функціонування особистості. Низький рівень психологічного благополуччя індикаційно пов'язаний з

дисбалансом емоційної стабільності, невдоволеністю життєвими обставинами та внутрішнім самопочуттям.

У контексті фізичного здоров'я та благополуччя, низький показник вказує на можливі медичні проблеми, неправильний спосіб життя та зменшення функціональної здатності організму. Щодо стосунків, низький рівень відображається у незадовільному функціонуванні міжособистісних взаємодій, конфліктах або відсутності соціальної підтримки. У сфері суб'єктивного благополуччя, низький показник відзначається відсутністю внутрішнього задоволення та відчуття щастя, відсутністю сенсу у житті або невідношенню емоційного стану.

Респонденти, які не мають РХП, також показали переважно низький рівень за усіма шкалами.

Опитані, які перебувають у ремісії показали однакову кількість як низького, так і середнього рівнів (по 42,9 %) за шкалами «Фізичне здоров'я та благополуччя», «Стосунки» та «Суб'єктивне благополуччя».

Отримання середнього рівня за шкалами фізичного здоров'я та благополуччя, стосунків та суб'єктивного благополуччя є важливим показником стану психофізичного функціонування особистості.

Середній рівень фізичного здоров'я та благополуччя вказує на наявність середніх або помірних фізичних проблем, можливо, пов'язаних з режимом дня, харчуванням чи здоров'язберезливими звичками. Щодо стосунків, середній показник може вказувати на наявність стабільних, але можливо, не ідеальних міжособистісних взаємодій, з достатнім рівнем соціальної підтримки та взаєморозуміння. У контексті суб'єктивного благополуччя, середній рівень може свідчити про наявність у особи рівноваги між позитивними та негативними аспектами життя, з відчуттям задоволеності та задоволення від життя на загальний рівень.

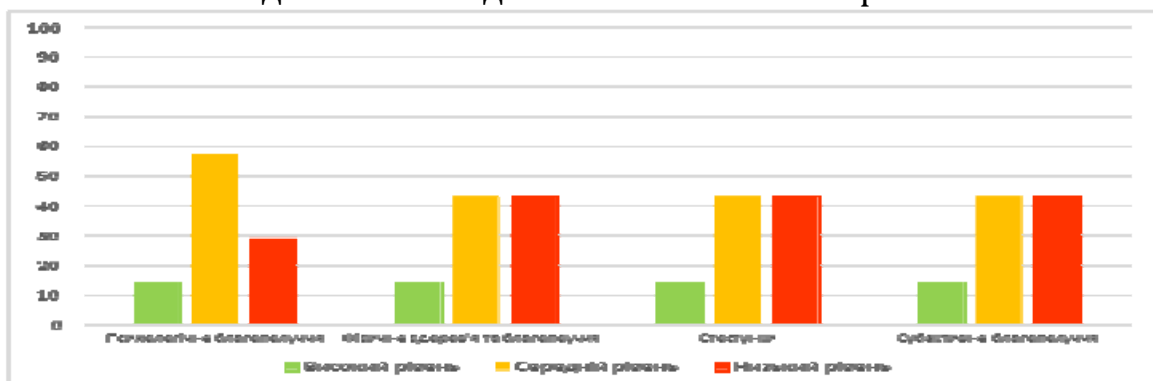


Рис. 8 Дані респондентів, які перебувають у ремісії, отримані за допомогою методики BBC-SWB

Джерело: побудовано автором

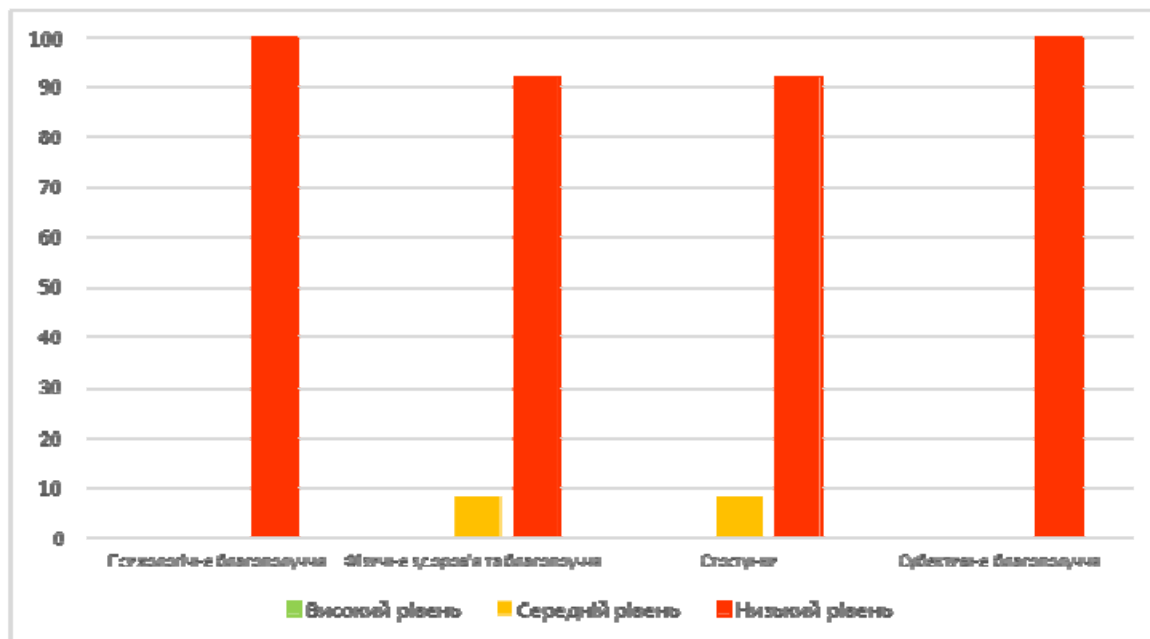


Рис. 9 Дані респондентів, які мають діагнований РХП, отримані за допомогою методики BBC-SWB
 Джерело: побудовано автором

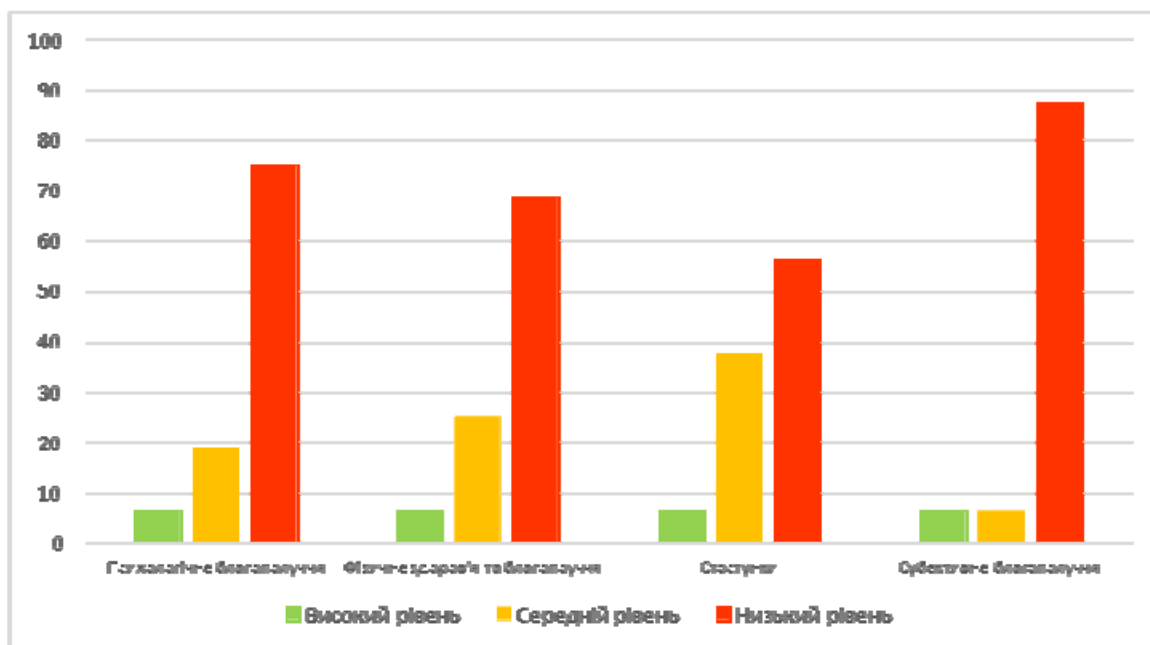


Рис. 10 Дані респондентів, які мають у себе підозри на РХП, отримані за допомогою методики BBC-SWB
 Джерело: побудовано автором

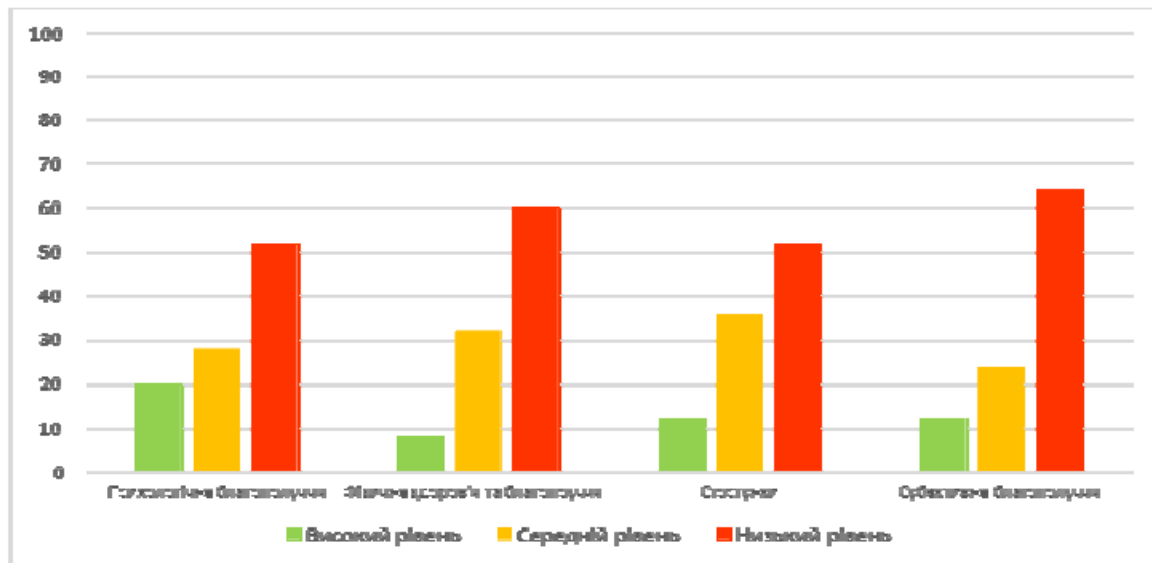


Рис. 11 Дані респондентів, які не мають РХП, отримані за допомогою методики BBC-SWB

Джерело: побудовано автором

Аналізуючи взаємозв'язок розладів харчової поведінки, психологічного стресу та суб'єктивного благополуччя, було виявлено ряд значущих висновків. Початкове підтверджено, що існує пряма взаємодія між розладами харчової поведінки та рівнем психологічного стресу. Іншими словами, особи, які стикаються з розладами харчування, мають вищий ризик розвитку стресу, а також зворотньо-вищий рівень стресу може сприяти появі або загостренню розладів харчування. Ця взаємодія має значний вплив на суб'єктивне благополуччя особистості. Особи з розладами харчової поведінки та високим рівнем стресу частіше відчувають погіршення якості життя, відчуття незадоволеності та депресію. З іншого боку, ті, хто здатні ефективно управляти стресом та підтримувати здоровий стиль життя, схильні до вищого рівня задоволеності власним життям та загального благополуччя.

Зокрема, на основі отриманих даних Опитувальника образу власного тіла О. Скугаревського, С. Сивухи та Шкали психологічного стресу (PSM-25), за допомогою програми STATISTIKA було розраховано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який становить $r = 0,77$, що підтверджує наявність сильного прямого зв'язку між психологічною напругою та образом власного тіла. Тобто чим більшою є незадоволеність особи образом власного тіла, тим більшою є психологічна напруга, про що свідчить і графічне зображення (рис. 12). Отже, гіпотеза дослідження підтверджена.

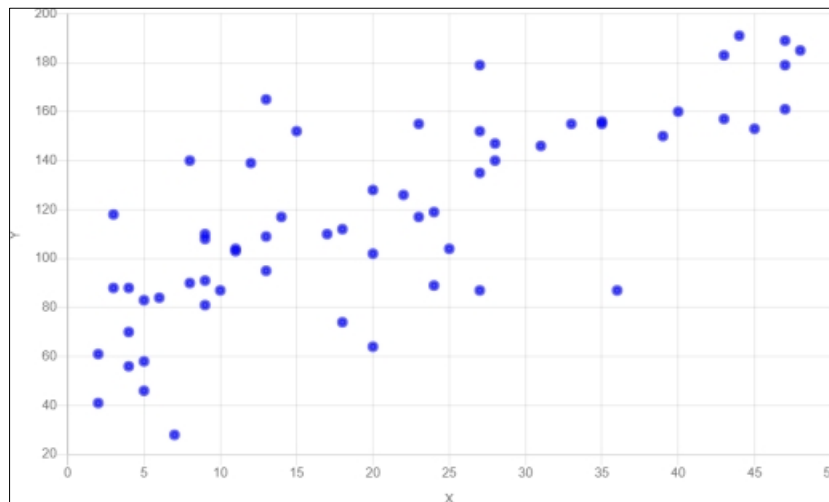


Рис. 12 Залежність між психологічною напругою та образом власного тіла

Джерело: побудовано автором

У підсумку, ці дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до управління розладами харчової поведінки та стресом. Розуміння взаємозв'язку між цими факторами дозволяє розробляти більш ефективні стратегії попередження та лікування, спрямовані на покращення загального благополуччя та якості життя індивідів.

ВИСНОВКИ / CONCLUSIONS

На основі методологічного обґрунтування емпіричного дослідження та аналізу психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки в даному дослідженні виявлено ряд важливих аспектів. Перш за все, методична база дослідження включала різноманітні інструменти оцінки, що дозволило отримати комплексне уявлення про характер харчової поведінки та її зв'язок з психологічним станом.

Аналіз психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки підтвердив, що ці особи відзначаються вищим рівнем стресу порівняно зі здоровою молоддю. Цей стрес може бути спричинений різними чинниками, включаючи внутрішні психологічні конфлікти та зовнішні негативні впливи. Використання різних методик, таких як Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), Шкала оцінки харчової поведінки (EDI), Опитувальник образу власного тіла (ООБТ) та інші, надало можливість детально проаналізувати різні аспекти харчової поведінки та її зв'язок з психологічним стресом. Розраховано коефіцієнт

рангової кореляції Спірмена ($r = 0,77$), який підтверджує наявність сильного прямого зв'язку між психологічною напругою та образом власного тіла. Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджена.

Висновки цього дослідження слід враховувати при розробці програм психологічної підтримки та інтервенцій для молоді з різними рівнями розладів харчування. Подальші дослідження в цьому напрямі можуть розкрити додаткові аспекти взаємозв'язку між харчовою поведінкою, психологічним стресом та суб'єктивним благополуччям у молоді.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі / Prospects for further research in this direction. Розуміння внутрішніх механізмів, які лежать в основі цих порушень, може сприяти розробці ефективних та інноваційних підходів до лікування, що і є **перспективами подальших наукових досліджень**.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

- [1] Л. М. Абсаямова, «Психологічні основи готовності до змін в харчовій поведінці», *Psychological journal*, № 7, с. 108–120, 2018. [Електронний ресурс]. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_7_9 Дата звернення: Жовт. 10, 2024.
- [2] М. І. Кириленко, «Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси», *Фармацевт-практик*, № 5, с. 46, 2019. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://is.gd/dAaePZ> Дата звернення: Жовт. 10, 2024.
- [3] А. Кульчицька, Т. Федотова, «Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці», *Психологічні перспективи*, № 33, с. 178–191, 2019. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://is.gd/4PKlI0> Дата звернення: Жовт. 10, 2024.
- [4] А. В. Кульчицька, «Соціально-психологічні особливості поведінки споживача», *Психологічні перспективи*, № 29, с. 151–161, 2017. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://is.gd/o50AFw> Дата звернення: Жовт. 10, 2024.
- [5] D. Anshutz, R. Engels, E. Becker, T. Van Strien «The bold and the beautiful. Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake», *Appetite*, vol. 51, is 3, pp. 530–537, 2008. [Online]. Available: <https://is.gd/tv5HgB> Application date: October 10, 2024.
- [6] B. Bonafini, P. Pozzilli, «Body weight and beauty: the changing face of the idea female body weight», *Obesity Reviews*, vol. 12, is. 1, pp. 62–65, 2011. [Online]. Available: <https://is.gd/KhrIgh> Application date: October 10, 2024.
- [7] C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. London, The Guilford Press, 2008.

- [8] C. Ferreira, J. Pinto-Gouveia, C. Duarte, «Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders», *Eating Behaviors*, vol. 14, is. 2, pp. 207–210, 2013. [Online]. Available: <https://is.gd/Kk1HvH> Application date: October 10, 2024.
- [9] D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr, P. E. Garfinkel, «The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates», *Psychol Med.*, vol. 12, is. 4, pp. 871–878, 1982. [Online]. Available: <https://is.gd/hWdfDZ> Application date: October 10, 2024.
- [10] K. Goss, S. Allan, «The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E)», *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 53, is. 1, pp. 62–67, 2014. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
- [11] J. Karlsson, L. O. Persson, L. Sjostrom, M. Sullivan, «Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study», *International journal of obesity and related metabolic disorders*, vol. 24, is. 12, pp. 1715–1725, 2000. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11126230/> Application date: October 10, 2024.
- [12] J. Morgan, F. Reid and, J. Lacey, «The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders», *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 319(7223), pp. 1467–1468, 1999. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10582927/> Application date: October 10, 2024.
- [13] The Eating Disorder Examination (EDE) and Questionnaire (EDE-Q). [Online]. Available: <http://surl.li/untfb> Application date: October 10, 2024.
- [14] T. van Strien, J. E. Frijters, G. Bergers, P. B. Defares, «The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior», *International Journal Eating Disorder*, vol. 5, is. 2, pp. 295–315, 1986. [Online]. Available: <https://is.gd/iuTBqK> Application date: October 10, 2024.
- [15] T. Wade, *Eating attitudes test*; Wade T, Ed. Singapore: Springer, 2017.
- [16] K. Waldherr, A. Favaro, P. Santonastaso, van T. Strien, G. Rathner, «Comparison of the eating disorder inventory (EDI) in the Netherlands, Austria and Italy», *European Eating Disorders Review*, vol. 16, is. 6, pp. 472–479, 2008. <https://doi.org/10.1002/erv.881>

ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF YOUTH WITH EATING DISORDERS

Sofiia Smutchak,

Master's student of group 1 MPSKP
Faculty of Special and Inclusive Education
Dragomanov Ukrainian State University.
Kyiv, Ukraine.

 <https://orcid.org/0009-0007-4087-9338>
smutchaksophie@gmail.com

Abstract. The article analyzes the psychological characteristics of young people with eating disorders. It was found that such individuals are characterized by a higher level of stress compared to healthy young people. This stress can be caused by various factors, including internal psychological conflicts and external negative influences. The study used various methods, in particular, such as the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Eating Disorder Inventory (EDI), Body Image Questionnaire (BOI). This made it possible to analyze in detail various aspects of eating behavior and its relationship with psychological stress. Some participants in the study showed an excess of indicators on two (and sometimes even three) scales, which indicates the presence of a mixed type of eating disorder. This indicates, that different types of eating disorders can interact with each other and reinforce each other. It is worth noting that such a phenomenon reflects the complexity and multifactorial nature of eating disorders, emphasizing the need for an integrated approach to their diagnosis and treatment. A direct interaction between eating disorders and the level of psychological stress has been confirmed, namely: individuals who experience eating disorders are at higher risk of developing stress, and vice versa – higher levels of stress can contribute to the emergence or exacerbation of eating disorders. This interaction has a significant impact on the subjective well-being of the individual. Individuals with eating disorders and high levels of stress are more likely to experience deterioration in the quality of life, a sense of dissatisfaction and depression. On the other hand, those who are able to effectively manage stress and maintain a healthy lifestyle tend to have higher levels of satisfaction with their own lives and overall well-being. Understanding the internal mechanisms that underlie these disorders can contribute to the development of effective and innovative approaches to treatment.

Keywords: eating behavior; eating disorders; body image; youth; restriction; of food intake; overeating; anorexia nervosa; bulimia nervosa.

ПЕРЕКЛАД, ТРАНСЛІТЕРАЦІЯ / TRANSLATED AND TRANSLITERATED

- [1] L. M. Absaliyeva, «Psykhologichni osnovy hotovnosti do zmin v kharchovii povedintsi», *Psychological journal*, № 7, s. 108–120, 2018. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_7_9 Data zvernennia: Zhovt. 10, 2024. (in Ukrainian).
- [2] M. I. Kyrylenko, «Kharchovi rozlady yak naslidok zhorstkykh standartiv krasyy», *Farmatsevt-praktyk*, № 5, s. 46, 2019. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://is.gd/dAaePZ> Data zvernennia: Zhovt. 10, 2024. (in Ukrainian).
- [3] A. Kulchytska, T. Fedotova, «Sotsialno-psykhologichni aspekty formuvannia kharchovoi povedinky v pidlitkovomu vitsi», *Psykhologichni perspektyvy*, № 33, s. 178–191, 2019. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://is.gd/4PKlI0> Data zvernennia: Zhovt. 10, 2024. (in Ukrainian).
- [4] A. V. Kulchytska, «Sotsialno-psykhologichni osoblyvosti povedinky spozhyvacha», *Psykhologichni perspektyvy*, № 29, s. 151–161, 2017. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://is.gd/o5OAFw> Data zvernennia: Zhovt. 10, 2024. (in Ukrainian).
- [5] D. Anshutz, R. Engels, E. Becker, T. Van Strien «The bold and the beautiful. Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake», *Appetite*, vol. 51, is 3, pp. 530–537, 2008. [Online]. Available: <https://is.gd/tv5HgB> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [6] B. Bonafini, P. Pozzilli, «Body weight and beauty: the changing face of the idea female body weight», *Obesity Reviews*, vol. 12, is. 1, pp. 62–65, 2011. [Online]. Available: <https://is.gd/KhrIgh> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [7] C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. London, The Guilford Press, 2008. (in English).
- [8] C. Ferreira, J. Pinto-Gouveia, C. Duarte, «Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders», *Eating Behaviors*, vol. 14, is. 2, pp. 207–210, 2013. [Online]. Available: <https://is.gd/Kk1HvH> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [9] D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr, P. E. Garfinkel, «The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates», *Psychol Med.*, vol. 12, is. 4, pp. 871–878, 1982. [Online]. Available: <https://is.gd/hWdfDZ> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [10] K. Goss, S. Allan, «The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E)», *British Journal of Clinical*

Psychology, vol. 53, is. 1, pp. 62–67, 2014.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12039> (in English).

- [11] J. Karlsson, L. O. Persson, L. Sjostrom, M. Sullivan, «Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study», *International journal of obesity and related metabolic disorders*, vol. 24, is. 12, pp. 1715–1725, 2000. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11126230/> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [12] J. Morgan, F. Reid and, J. Lacey, «The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders», *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 319(7223), pp. 1467–1468, 1999. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10582927/> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [13] The Eating Disorder Examination (EDE) and Questionnaire (EDE-Q). [Online]. Available: <http://surl.li/untfb> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [14] T. van Strien, J. E. Frijters, G. Bergers, P. B. Defares, «The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior», *International Journal Eating Disorder*, vol. 5, is. 2, pp. 295–315, 1986. [Online]. Available: <https://is.gd/iuTBqK> Application date: October 10, 2024. (in English).
- [15] T. Wade, *Eating attitudes test*; Wade T, Ed. Singapore: Springer, 2017. (in English).
- [16] K. Waldherr, A. Favaro, P. Santonastaso, van T. Strien, G. Rathner, «Comparison of the eating disorder inventory (EDI) in the Netherlands, Austria and Italy», *European Eating Disorders Review*, vol. 16, is. 6, pp. 472–479, 2008. <https://doi.org/10.1002/erv.881> (in English).

*Стаття надійшла до редакції
23 жовтня 2024 року*



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.