

Запольська Олена¹, Максимова Наталія¹¹Київський інститут сучасної психології та психотерапії

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНИХ РИС ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Анотація

Походження розладів харчової поведінки дедалі частіше розглядається крізь призму психоемоційних чинників. Феномен розладів харчової поведінки є міждисциплінарним об'єктом дослідження та вивчається в межах різних галузей науки. У даній статті проаналізовано різні психологічні підходи, які присвячені взаємозв'язку розладів харчової поведінки із емоційними станами, які проживають жінки, а також їхніми особистісними рисами характеру. Виявлено певні психологічні стани та особистісні риси, які впливають на високу вірогідність проявів харчової адиктивної поведінки. Також досліджено феномен розладів харчової поведінки саме як різновид адиктивної поведінки.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, адиктивна поведінка, особистісні риси жінок з розладами харчової поведінки

Abstract

The origin of eating disorders is increasingly being considered by scientific opinion as having a psycho-emotional origin. The phenomenon of eating disorders has been studied in various scientific approaches. This article analyzes the scientific literature devoted to the relationship between eating disorders and emotional states experienced by women, as well as their personal character traits. Certain psychological states and personality traits have been identified that affect the high probability of manifestations of food addictive behavior. The phenomenon of eating disorders as a type of addictive behavior has also been studied.

Keywords: eating behavior disorders, addictive behavior, personality traits of women with eating behavior disorders

Вступ

За даними сучасних міжнародних досліджень, розлади харчової поведінки асоціюються з одним із найвищих рівнів смертності серед психічних розладів, що зумовлено як соматичними ускладненнями, так і підвищеним ризиком суїциду (Arcelus et al., 2011; Ward et al., 2019). Встановлено, що рівень загальної смертності серед осіб із розладами харчової поведінки є більш ніж удвічі вищим порівняно із загальною популяцією (Ward et al., 2019).

Феномен розладів харчової поведінки також характеризується вираженою гендерною нерівномірністю: епідеміологічні дані свідчать, що жінки значно частіше стикаються з такими розладами, ніж чоловіки. Зокрема, показники поширеності серед жінок є у 2–3 рази вищими, ніж серед чоловіків (Galmiche et al., 2019; NIMH, 2024). Жінки також демонструють більшу схильність до формування адиктивних форм харчової поведінки, що пов'язано як із соціокультурними чинниками, так і з особливостями емоційної регуляції.

У сучасній клінічній практиці та наукових дослідженнях фіксується значна кількість недіагностованих випадків розладів харчової поведінки. За оцінками дослідників, реальна поширеність цих розладів може бути суттєво недооціненою через обмеження діагностичних критеріїв і стигматизацію психічних розладів (Galmiche et al., 2019). Крім того, значна частина осіб, які відповідають діагностичним критеріям, не звертаються за професійною допомогою (Kazdin et al., 2017).

Особливо це стосується форм адиктивної харчової поведінки, пов'язаних із переїданням та ожирінням, які нерідко не ідентифікуються як психічні розлади, що потребують психологічного або психотерапевтичного втручання. Це зумовлює необхідність подальшого дослідження розладів харчової поведінки як різновиду адиктивної поведінки в межах клінічної та психологічної науки.

З 2 червня 2016 року відзначають Міжнародний день боротьби з розладами харчової поведінки. Цю дату світова спільнота та профільні організації присвячують розвінчуванню існуючих міфів та стигм стосовно розладів харчової поведінки, а також просвітницькій роботі з метою підвищення рівня знань про розлади харчової поведінки та проведенню необхідних реформ і налагодження допомоги особам, які страждають від цих розладів.

Н. Ф. Шевченко визначає харчову поведінку як «комплексне відношення до їжі та її прийому, стереотип харчування в звичайних умовах та в стресових ситуаціях» (Шевченко, 2003). Розлади харчової поведінки та чинники їх виникнення досліджуються у різних психологічних парадигмах. У цій статті зосереджено увагу на когнітивно-поведінковому, психоаналітичному та гуманістичному підходах, які по-різному пояснюють механізми формування дисфункціональної харчової поведінки.

Метою статті є теоретичне вивчення впливу емоційних станів та психологічних чинників на розвиток розладів харчової поведінки у жінок через призму різних підходів у психології.

Методи дослідження. Порівняльний аналіз методологічних стратегій дослідження цієї проблеми здійснювався шляхом узагальнення наукових робіт, присвячених вивченню взаємозв'язку між емоційною сферою та проявами розладів харчової поведінки. Такий підхід дозволяє виявити, як різні парадигми пояснюють механізми формування дисфункціональної харчової поведінки та визначають потенційні напрямки психокорекції.

Методологічну основу дослідження становить аналіз положень когнітивно-поведінкового, психоаналітичного та гуманістичного підходів. У межах когнітивно-поведінкової парадигми увага зосереджується на ролі дисфункціональних переконань, автоматичних думок і поведінкових патернів у підтриманні розладів харчової поведінки. Психоаналітичний підхід акцентує на несвідомих конфліктах, внутрішніх об'єктних відносинах та особливостях раннього досвіду, що впливають на формування симптоматики. Гуманістичний підхід, своєю чергою, розглядає розлади харчової поведінки у контексті порушень самосприйняття, автентичності та труднощів у переживанні й вираженні емоцій.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведений аналіз наукових джерел у межах когнітивно-поведінкового, психоаналітичного та гуманістичного підходів дозволив виявити спільні та відмінні аспекти у поясненні механізмів формування розладів харчової поведінки.

У межах психоаналітичного підходу розлади харчової поведінки розглядаються як прояви несвідомих внутрішніх конфліктів, пов'язаних із раннім досвідом та порушеннями об'єктних відносин. Так у психоаналітичній парадигмі, започаткованій Зігмундом Фройдом, первинний досвід вигодовування розглядається як фундаментальний процес становлення об'єктних відносин. Для немовляти процес інкорпорації їжі є тотожним отриманню материнської любові. У ситуаціях, коли ця вітальна потреба блокується або фруструється, виникає гострий дефіцит безпеки. Як наслідок, активізуються компенсаторні механізми деструктивного спектра. У психіці дитини формується ворожа інтенція, спрямована на примусове та насильницьке привласнення того ресурсу, у якому їй було відмовлено. Хронічна неможливість адекватно задовольнити базові потреби запускає приховані порушення психоемоційного розвитку. Поведінково це відображається у порушенні ритму харчування. Маля починає жадібно і швидко ковтати їжу, втрачаючи здатність розпізнавати сигнал фізіологічного насичення.

Дослідники, котрі працюють в когнітивно-поведінковому підході акцентують на ролі дисфункціональних переконань, автоматичних думок і поведінкових стратегій, що підтримують симптоматику розладу. Так, у працях Ковальчук З.С. доведено, що специфічний особистісний профіль жінок із харчовими девіаціями включає схильність до депресивних станів, високий рівень нейротизму, егоцентризм, глибоке відчуття соціальної відчуженості та деструктивний перфекціонізм. Як зазначає дослідниця, такі пацієнтки схильні

ретельно маскувати свої справжні харчові потреби, намагаючись гіперкомпенсувати внутрішній конфлікт щодо їжі досягненнями в інших сферах життя (Ковальчук, 2011). Такий патерн свідчить про те, що розлади харчової поведінки є не лише поведінковим симптомом, а й складним механізмом регуляції заниженої самооцінки та труднощів самоприйняття.

Узагальнення представлених підходів дозволяє розглядати розлади харчової поведінки не лише як сукупність поведінкових симптомів, а як складний багаторівневий феномен емоційної регуляції. У цьому контексті особливої уваги набуває проблема харчових адикцій, які можуть розглядатися як одна з форм закріплення дисфункціональних способів взаємодії з їжею, що виконують функцію зниження емоційного напруження та компенсації внутрішнього дискомфорту.

Важливим фактором ризику формування харчових адикцій є хронічне переживання жінкою соціальної ізоляції. Соціальна ізоляція діє як потужний дистресор. Досліджуючи специфіку харчування молоді з різним індексом маси тіла, Колінко Л.М. доходить висновку про наявність прямої кореляції між глибиною відчуття самотності та інтенсивністю стресового навантаження. Цей стрес виступає головним тригером для емоційного поглинання їжі, яка використовується як швидкий та доступний засіб зняття психологічної напруги.

У жінок із розладами харчової поведінки спостерігається підвищена емоційна чутливість. Способом відреагувати на складні емоційні переживання в таких випадках стає емоційне харчування. Таким чином їжа часто використовується як спосіб заповнити емоційну порожнечу чи як механізм самозаспокоєння, про що пише Д.В.Менделевич, який працював в психоаналітичному підході (Менделевич, 2007).

У контексті концепції емоційного споживання їжі, де харчування стає інструментом регуляції афекту, соціальна ізоляція часто виступає першопричиною дезадаптації. Спираючись на висновки фахівців у напрямку когнітивно-поведінкової терапії J. Polivy та С.Р. Herman, компульсивне переїдання виконує своєрідну функцію психологічного маскування. Фокусуючись на самому факті порушення харчування, особа уникає болісного зіткнення з глибинними, невідконтрольними їй життєвими кризами. Таким жінкам легше раціоналізувати свій дистрес наслідками переїдання, ніж визнати власну тотальну самотність.

Для жінок з зайвою вагою, спричиненою компульсивним переїданням, характерні висока чутливість, збудливість, схильність до депресивних епізодів. Когнітивно-поведінкова модель та ще один її представник Мартін Селігман схиляється до думки, що депресивні стани людини виникають у людей із вивченою безпомічністю та схильністю до негативістського погляду на обставини та себе в цих обставинах. Такі люди схильні звинувачувати себе у негативних подіях, які відбуваються у житті, мають схильність до перебільшення, важко переживаючи свою безпорадність та нездатність

впливати на обставини життя, через що людина стає схильною до переживання депресивних станів (Seligman, 2016).

Походження розладів харчової поведінки розглядається як мультифакторне явище, що формується під впливом соціокультурних, сімейних та індивідуально-психологічних чинників (Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002). Серед важливих предикторів у жінок дослідники виокремлюють емоційну нестабільність та імпульсивність, які підвищують ризик формування дезадаптивних форм харчової поведінки (Galmiche et al., 2019; Wonderlich et al., 2004).

У межах психодинамічного підходу генезис адиктивної поведінки пов'язується з раннім психотравматичним досвідом. Зокрема, наголошується на ролі хронічної фрустрації або депривації базових потреб дитини (Bruch, 1973; McDougall, 1989). Незважаючи на різноманітність травматичних чинників, спільним для них є переживання значущої потреби за умов обмеженої можливості її задоволення.

Водночас у гуманістичній психології акцент робиться на порушенні цілісності «Я» та невідповідності між реальним і ідеальним образом себе, що формується в умовах залежності самооцінки від зовнішнього схвалення (Rogers, 1961). У цьому контексті труднощі прийняття власного тіла та емоцій можуть розглядатися як прояви більш загального порушення самоприйняття.

З позиції гуманістичного підходу, незадоволення базових психологічних потреб, зокрема потреби в любові, безпеці та прийнятті, може призводити до формування внутрішньої напруги та пошуку компенсаторних стратегій (Maslow, 1943). Однією з таких стратегій може виступати порушена харчова поведінка, яка виконує функцію регуляції емоційного стану та тимчасового зниження напруження.

Особливої актуальності ці процеси набувають у періоди вікових криз та дорослішання, коли зростає емоційне навантаження та потреба в ефективних способах його регуляції. За відсутності сформованих навичок емоційної регуляції індивід може вдаватися до простіших, але менш адаптивних стратегій подолання напруження (Fairburn et al., 2003). У цьому контексті харчова поведінка може виконувати функцію тимчасового зниження емоційного дискомфорту, зокрема через механізми емоційного переїдання (Van Strien, 2018).

Водночас така стратегія не сприяє вирішенню внутрішніх чи міжособистісних конфліктів, а лише тимчасово знижує їхню інтенсивність. Це може призводити до закріплення неадаптивних поведінкових патернів і підвищувати ризик формування стійких розладів харчової поведінки у дорослому віці.

Одна з ключових причин розладів харчової поведінки - погіршення та перепади настрою. У контексті досліджуваної проблематики важливо проаналізувати специфіку функціонування психологічних захистів. Ці несвідомі дії слугують первинним бар'єром психіки, головним завданням якого є ізоляція

травматичних стимулів та зниження рівня внутрішньої тривоги (Freud, 1926; A. Freud, 1936).

У подібних випадках захисна система психіки орієнтується на швидке досягнення ілюзорного комфорту, повністю ігноруючи стратегічні наслідки (Vaillant, 1977). Формуються стійкі поведінкові девіації. Особа отримує сурогатне полегшення через зміну власної поведінки, проте без фактичного вирішення глибинної проблеми.

З часом, під тиском накопиченого соціального дистресу та постійних життєвих невдач, ефективність такого ілюзорного захисту стрімко падає. У моменти, коли внутрішні механізми виявляються неспроможними або виснаженими, а ризик гострої психічної декомпенсації стає критичним, організм інстинктивно перемикається на пошук зовнішніх регуляторів напруги (Selye, 1956).

Переносючи цю теоретичну модель на специфіку розладів харчової поведінки у жінок, можна констатувати, що компульсивне переїдання є саме тим зовнішнім стабілізатором, до якого вдається психіка при краху внутрішніх захистів. Не маючи сформованих навичок реалістичного подолання стресу та стикаючись із неможливістю змінити психотравмуючу ситуацію, жінка знаходить швидкий, біохімічно обумовлений вихід у їжі. Харчування стає універсальним знеболювальним, що моментально купірує тривогу та створює ту саму ілюзію емоційного благополуччя.

Уникаючи загрози психічної декомпенсації та розпаду когнітивних функцій, індивід несвідомо мобілізує зовнішні ресурси копінгу. Суть цього процесу полягає у форсованій трансформації негативного емоційного фону на ейфорійний за допомогою штучних стимуляторів. Роль таких компенсаторів для купірування психотравми найчастіше виконують хімічні агенти, а також специфічні поведінкові патерни: неконтрольоване споживання їжі, лудоманія чи занурення у віртуальний простір (Bandura, 1977).

У ситуаціях, коли психіка потребує негайного екзогенного втручання для стабілізації афекту, споживання висококалорійної або смачно привабливої їжі формує потужний ендорфіновий відгук. Цей досвід миттєво фіксується в емоційній пам'яті особистості. Відбувається стрімка генералізація умовного рефлексу. Будь-який об'єктивний прояв дистресу, або ж навіть когнітивна антиципація майбутньої загрози, автоматично запускає компульсивний потяг до «заїдання» проблеми звичними продуктами.

Емпіричний клінічний досвід роботи з пацієнтами, схильними до епізодичного зловживання психоактивними речовинами, дозволяє провести чітку паралель між хімічними та харчовими формами залежностей. Спільним знаменником для обох груп виступає перманентне внутрішнє напруження та домінування ірраціональних захисних стратегій, що стрімко розвиваються на тлі тотальної дефіцитарності конструктивних механізмів психологічної адаптації (Fairburn, 2008).

Оскільки описаний психологічний профіль блокує здатність до екологічного та свідомого розв'язання життєвих криз, він стає фундаментальним фактором ризику. Екстраполюючи ці механізми на жіночу популяцію, можна стверджувати, що соціальні очікування та гендерно обумовлений стрес часто мультиплікують психологічну вразливість. Жінки, які відчувають дефіцит ефективних інструментів внутрішньої саморегуляції, потрапляють у пастку компульсивного переїдання, де їжа починає відігравати роль легального та соціально прийняттого транквілізатора. Цей сурогат дозволяє тимчасово анестезувати почуття самотності та тривоги, перетворюючи ситуативну слабкість на стійкий розлад харчової поведінки.

Схильність до адиктивної поведінки – це частина структури особистості, що характеризується готовністю до непродуктивного, ірраціонального виходу із фруструючої ситуації. Особистісна схильність до адиктивної поведінки складається з цілої низки компонентів, серед яких варто виділити переважання унікаючих механізмів над усвідомленим опрацюванням дійсності, відсутність високого рівня мотивації, неможливість передбачити власну поведінку, втрата контролю над собою, низький рівень саморефлексії, самоповаги, неприйняття образу власного «Я», суперечність самооцінки та рівня вимогливості до себе, тенденція до втечі від реальності в ситуації фрустрації.

Зважаючи на зазначені вище особливості осіб «груп ризику» адиктивної поведінки, якщо вони розпочинають вживати їжу для зміни негативних емоційних станів на позитивні, звичка до компульсивного переїдання формується дуже швидко.

Розлади харчової поведінки з упевненістю можна назвати виявом адикції. Такі відхилення в поведінці у психодинамічних концепціях пояснюється конфліктом між несвідомими потягами та соціальними обмеженнями. Основним чинником девіацій, розладів та психопатології, на думку Зігмунда Фройда, є неусвідомлені інстинктивні потяги та їх витіснення свідомістю. Чим краще людина усвідомлює себе, чим сильніше в неї Его, тим менше схильна до неврозів та поведінкових відігравань.

У переважній більшості адиктивна поведінка виникає як реакція на зовнішні подразники, стимули з оточуючого середовища. Водночас, сильним є вплив особистісних рис на адиктивні прояви, які часто є коморбідними: жінки замінюють компульсивне переїдання на зловживання алкогольними напоями, компульсивне витрачання коштів на покупки чи тютюнопаління.

Розуміння зазначених особливостей у жінок із розладами харчової поведінки дозволяє розробити більш ефективні стратегії лікування, які враховують як психологічні, так і поведінкові аспекти. Неможливість подолання стресових ситуацій та високий рівень тривожності практично завжди корелюють із порушеннями харчової поведінки.

Розвиток нападу компульсивного переїдання підпорядковується чіткому дезадаптивному алгоритму, де первинною ланкою виступає психологічний тригер – гостра афективна реакція на зовнішній або внутрішній стресор. Ця

емоційна дестабілізація генерує імперативний потяг до поглинання їжі, який абсолютно не корелює з об'єктивними фізіологічними потребами організму. На етапі реалізації адиктивного акту спостерігається втрата свідомого контролю. Особа поглинає надмірні об'єми їжі хаотично, демонструючи своєрідну психологічну дисоціацію від процесу – нездатність диференціювати смакові властивості чи адекватно оцінювати кількість спожитого. Фінальна стадія цього патологічного кола неминуче супроводжується соматичним перенавантаженням та руйнівним почуттям провини за власну слабкість (Вакулук, Сокур, Секрет, 2018).

Детальний розгляд цього патогенетичного ланцюга дозволяє стверджувати, що компульсивний акт має яскраво виражену аутоагресивну природу. Жінка, намагаючись врятуватися від первинної емоційної порожнечі чи соціальної ізоляції, потрапляє у замкнену систему, де кінцевий етап миттєво стає новим потужним стресором. Це не лише нищить її самоцінність, але й створює емоційне тло для наступного зриву. Їжа не вирішує проблему, а лише запускає безперервне самопідтримуване коло адикції, розірвати яке без глибокого психотерапевтичного втручання практично неможливо.

Таким чином, різні теоретичні підходи по-різному інтерпретують природу розладів харчової поведінки. У межах психодинамічної традиції ключовим чинником виступає ранній травматичний досвід і пов'язана з ним фрустрація базових потреб (Bruch, 1973; McDougall, 1989). Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на ролі дисфункціональних переконань, викривленого сприйняття тіла та набутих патернів поведінки (Fairburn, 2008; Polivy & Herman, 2002). Натомість гуманістична психологія розглядає ці розлади як наслідок порушення цілісності «Я», невідповідності між реальним і ідеальним образом себе та хронічного незадоволення базових психологічних потреб (Rogers, 1961; Maslow, 1943).

Попри відмінності у пояснювальних моделях, зазначені підходи сходяться в тому, що розлади харчової поведінки виконують функцію психологічної адаптації — зокрема регуляції емоційного стану та зниження внутрішньої напруги — однак ця адаптація є дезадаптивною у довгостроковій перспективі.

Висновки

Основні причини розвитку розладів харчової поведінки у жінок в різних теоретичних підходах (психоаналітичному, когнітивно-поведінковому та гуманістичному) визначаються як такі, що ґрунтуються і виникають на тлі специфічних особистісних рис. Розлади харчової поведінки часто співіснують з іншими розладами, такими як депресія, тривожність та зловживання алкоголем і наркотичними речовинами. Аналіз підходів до вивчення таких змінних як тривожність, депресивність, афективна нестабільність, самооцінка та рівень емоційної регуляції дозволив виявити як спільні закономірності, так і індивідуально обумовлені відмінності у проявах емоційних та особистісних факторів у жінок із розладами харчової поведінки.

Аналіз досліджень дає можливість заявляти про наявність взаємозв'язку розладів харчової поведінки та емоційних станів і особистісних характеристик у жінок.

Простежується взаємозв'язок рівня тривожності на формування адиктивної харчової поведінки, а також такі емоційні стани як відчуття самотності та соціальної ізоляції впливають на пошук жінками механізмів впоратись із цими станами за допомогою їжі.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу стосовно особистісних рис і емоційних станів дозволило сформулювати висновок про те, що певні типи емоційних переживань (зокрема, хронічна тривога, стрес, фрустрація) та специфічні риси особистості (емоційна ригідність, труднощі у вираженні емоцій, нейротизм, перфекціонізм, низька самоцінність) можуть виступати як чинники ризику розвитку розладів харчової поведінки.

Вивчення розладів харчової поведінки у жінок дозволило виявити різні типи їхніх особистісних рис, взаємозв'язок рівня стресу та ступінь проявів цих розладів у жінок, їхній емоційний фон їх світосприйняття та родинний анамнез, який слугував початком розвитку такого різновиду адикції як компульсивне переїдання.

Доцільним вважаємо проведення подальших емпіричних досліджень для виявлення взаємозв'язку між особистісними характеристиками, емоційними станами у жінок та аналогією компульсивного переїдання з адикцією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Київ: Стильна типографія, 2019.
2. Бородіна С. О. Розлади харчової поведінки та їх психологічні механізми. Київ: Психіатрія та психотерапія, 2012.
3. Ісаєва О. І. Вплив соціокультурних факторів на формування харчової поведінки // Вісник психології. 2015.
4. Колінько Л. М. Зміни харчової поведінки у молодих осіб із різною масою тіла // Вісник УМСА. URL: <https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/view/249>
5. Ковальчук Т. А. Міжфункціональна психологія харчової поведінки: теорія та практика. Київ: Логос, 2011.
6. Менделевич В. А. Харчова поведінка: психологічний аспект. Київ: Нова школа, 2007.
7. Олійник І. С. Психологія харчових розладів: теорія та методи. Київ: Психологія, 2016.
8. Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб: наук.-метод. посіб. / за ред. Н. Ю. Максимової, Д. Ю. Старкова. Київ, 2023. 680 с.
9. Орос М. М., Грабар В. В. Тривога і розлади харчової поведінки // NeuroNews. 2021. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/5%28126%29/pages-39-45/trivoga-ta-rozladi-harchovoyi-povedinki>

10. Савченко І. О. Психологічні розлади та харчова поведінка // Міжнародний психіатричний журнал. 2017. Т. 28, № 4. С. 120–129.
11. Симонова Л. І. Розлади харчової поведінки в сучасному світі: причини та наслідки // Журнал психології. 2010.
12. Тихонова О. Л. Харчова поведінка як індикатор психоемоційного стану людини // Психологічний журнал. 2012.
13. American Dietetic Association. Food habits and behavior: Foundations of healthy eating. 2014.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA, 2013.
15. Arcelus J., Mitchell A. J., Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies // Archives of General Psychiatry. 2011. Vol. 68, № 7. P. 724–731.
16. Beato J. A., Williams S. Sociocultural factors and eating disorders // Clinical Psychology Review. 2010. Vol. 30, № 7. P. 912–920.
17. Cooley E., Toray T. Psychological issues in eating disorders // Health Psychology. 2008. Vol. 27, № 5. P. 605–611.
18. Fairburn C. G., Cooper Z. The development and maintenance of eating disorders: A cognitive-behavioral analysis // International Journal of Eating Disorders. 2014. Vol. 47, № 6. P. 592–601.
19. Fairburn C. G., Harrison P. J. Eating disorders // The Lancet. 2003. Vol. 361, № 9355. P. 407–416.
20. Galmiche M., Déchelotte P., Lambert G., Tavalacci M. P. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review // The American Journal of Clinical Nutrition. 2019. Vol. 109, № 5. P. 1402–1413.
21. Garner D. M. Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
22. Kazdin A. E., Fitzsimmons-Craft E. E., Wilfley D. E. Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders // International Journal of Eating Disorders. 2017. Vol. 50, № 3. P. 170–189.
23. MacLean L. M., Clark M. A. The psychology of eating: From biology to behavior // Journal of Health Psychology. 2004. Vol. 9, № 2. P. 285–300.
24. Maslow A. H. A theory of human motivation // Psychological Review. 1943. Vol. 50, № 4. P. 370–396.
25. National Institute of Mental Health. Eating disorders statistics. 2024. URL: <https://www.nimh.nih.gov>
26. Rogers C. R. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
27. Spangler G. The effect of family dynamics on eating disorders // Journal of Psychosomatic Research. 2002. Vol. 52, № 1. P. 71–79.
28. Twenge J. M., Campbell W. K. Age and gender differences in eating disorder symptoms // Journal of Abnormal Psychology. 2001. Vol. 110, № 3. P. 579–585.

29. Van Strien T. Causes of emotional eating and the prevention of obesity: A review // *Appetite*. 2018. Vol. 108. P. 80–85.
30. Vlasova L. Yu. Психологічні аспекти харчової поведінки людини // *Психологія: теорія, досвід, практика*. 2008.
31. Ward Z. J., Rodriguez P., Wright D. R., Austin S. B., Long M. W. Estimation of eating disorders prevalence and mortality // *JAMA Network Open*. 2019. Vol. 2, № 10. e1912925.

REFERENCES

1. Absalyamova L. M. *Women's Eating Behavior: Disorders and Psychocorrection*. Kyiv: Stylish Typography, 2019.
2. Borodina S. O. *Eating Disorders and Their Psychological Mechanisms*. Kyiv: Psychiatry and Psychotherapy, 2012.
3. Isaieva O. I. The Influence of Sociocultural Factors on the Formation of Eating Behavior // *Bulletin of Psychology*. 2015.
4. Kolinko L. M. Changes in Eating Behavior in Young People with Different Body Mass // *Bulletin of UMSA*. URL: <https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/view/249>
5. Kovalchuk T. A. *Interfunctional Psychology of Eating Behavior: Theory and Practice*. Kyiv: Logos, 2011.
6. Mendelevich V. A. *Eating Behavior: Psychological Aspect*. Kyiv: Nova Shkola, 2007.
7. Oliynyk I. S. *Psychology of Eating Disorders: Theory and Methods*. Kyiv: Psykholohiya, 2016.
8. *Organization of Socio-Psychological Rehabilitation of Addicted Persons: Scientific-Methodical Manual* / ed. by N. Yu. Maksymova, D. Yu. Starkov. Kyiv, 2023. 680 p.
9. Oros M. M., Grabar V. V. Anxiety and Eating Disorders // *NeuroNews*. 2021. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/5%28126%29/pages-39-45/trivoga-ta-rozklad-harchovoyi-povedinki>
10. Savchenko I. O. Psychological Disorders and Eating Behavior // *International Psychiatric Journal*. 2017. Vol. 28, № 4. P. 120–129.
11. Simonova L. I. *Eating Disorders in the Modern World: Causes and Consequences* // *Journal of Psychology*. 2010.
12. Tikhonova O. L. Eating Behavior as an Indicator of a Person's Psychoemotional State // *Psychological Journal*. 2012.
13. American Dietetic Association. *Food Habits and Behavior: Foundations of Healthy Eating*. 2014.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, 2013.
15. Arcelus J., Mitchell A. J., Wales J., Nielsen S. Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-Analysis of 36 Studies // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68, № 7. P. 724–731.

16. Beato J. A., Williams S. Sociocultural Factors and Eating Disorders // *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30, № 7. P. 912–920.
17. Cooley E., Toray T. Psychological Issues in Eating Disorders // *Health Psychology*. 2008. Vol. 27, № 5. P. 605–611.
18. Fairburn C. G., Cooper Z. The Development and Maintenance of Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Analysis // *International Journal of Eating Disorders*. 2014. Vol. 47, № 6. P. 592–601.
19. Fairburn C. G., Harrison P. J. Eating Disorders // *The Lancet*. 2003. Vol. 361, № 9355. P. 407–416.
20. Galmiche M., Déchelotte P., Lambert G., Tavolacci M. P. Prevalence of Eating Disorders over the 2000–2018 Period: A Systematic Literature Review // *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019. Vol. 109, № 5. P. 1402–1413.
21. Garner D. M. *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
22. Kazdin A. E., Fitzsimmons-Craft E. E., Wilfley D. E. Addressing Critical Gaps in the Treatment of Eating Disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2017. Vol. 50, № 3. P. 170–189.
23. MacLean L. M., Clark M. A. The Psychology of Eating: From Biology to Behavior // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9, № 2. P. 285–300.
24. Maslow A. H. A Theory of Human Motivation // *Psychological Review*. 1943. Vol. 50, № 4. P. 370–396.
25. National Institute of Mental Health. Eating Disorders Statistics. 2024. URL: <https://www.nimh.nih.gov>
26. Rogers C. R. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
27. Spangler G. The Effect of Family Dynamics on Eating Disorders // *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 52, № 1. P. 71–79.
28. Twenge J. M., Campbell W. K. Age and Gender Differences in Eating Disorder Symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. 2001. Vol. 110, № 3. P. 579–585.
29. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and the Prevention of Obesity: A Review // *Appetite*. 2018. Vol. 108. P. 80–85.
30. Vlasova L. Yu. *Psychological Aspects of Human Eating Behavior // Psychology: Theory, Experience, Practice*. 2008.
31. Ward Z. J., Rodriguez P., Wright D. R., Austin S. B., Long M. W. Estimation of Eating Disorders Prevalence and Mortality // *JAMA Network Open*. 2019. Vol. 2, № 10. e1912925.

Відомості про авторів

Олена ЗАПОЛЬСЬКА, здобувачка ступеню PhD Київського інституту сучасної психології та психотерапії (КІСПП), м. Київ, Україна

Zapolska Olena, PhD candidate in clinical psychology Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP), Kyiv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2847-8052>

E-mail: alyona.chigrin@gmail.com

Наталія МАКСИМОВА, доктор психологічних наук, професорка кафедри клінічної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії (КІСПП), м. Київ, Україна

Maksymova Nataliia, Dr. of psychological sciences, Professor of the Department of clinical psychology Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP), Kyiv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-9884>

E-mail: 3481160@gmail.com