

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Взаємозв'язок розладів харчової поведінки з
образом тіла та самооцінкою»

Студентки 2 курсу групи ЗПС-61 другого
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
КЛОЧКО ДАРИНА

Керівники кандидат психологічних наук,
доцент ЯВОРОВСЬКА ЛЮБОВ
кандидат психологічних наук,
доцент РОСІЙЧУК ТЕТЯНА

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____
Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків
2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМООЦІНКИ	6
1.1. Поняття розладів харчової поведінки та її види	6
1.2. Поняття самооцінки та як вона формується	16
1.3. Образ тіла: визначення, теоретичні основи та механізми формування	21
1.4. Дослідження проблем порушень харчової поведінки в психологічній літературі	24
Висновки до розділу I	30
РОЗДІЛ II. ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМООЦІНКИ	32
2.1. Обґрунтування вибору методик	32
2.2. Опис методик та методів дослідження	33
2.3. Обґрунтування вибору статистичних методів	35
Висновки до розділу II	37
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ З ОБРАЗОМ ТІЛА ТА САМООЦІНКОЮ	38
3.1. Дослідження статевих відмінностей в рівнях нервової орторексії, сприйнятті образу тіла та самооцінки.	40
3.2. Дослідження рівня самооцінки між особами з ознаками розладу харчової поведінки і без них (за шкалами ORTO-15 та ООВТ).	43
3.3. Аналіз взаємозв'язків між самооцінкою, образом тіла, орторексією та незадоволеністю власним тілом.	46
3.3.1. Дослідження взаємозв'язку між різними частинами тіла у свідомості респондентів.	46
3.3.2. Дослідження взаємозв'язку між самооцінкою за шкалою Розенберга та оцінками окремих частин тіла за тестом САРТ	48
3.3.3. Дослідження взаємозв'язку між самооцінкою, образом тіла та розладами харчової поведінки	49
Висновки до розділу III	56
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
АНОТАЦІЇ	70
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Розлади харчової поведінки (РХП) є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, психології та суспільного здоров'я. У сучасному світі, де ідеали краси, пропаговані засобами масової інформації та соціальними мережами, значною мірою впливають на самооцінку та стиль життя людей, порушення харчової поведінки набувають все більшої поширеності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кількість випадків розладів харчової поведінки неухильно зростає, особливо серед молоді та підлітків, що викликає занепокоєння в наукових і медичних колах.

До основних видів РХП належать анорексія, булімія, компульсивне переїдання та інші специфічні та неспецифічні розлади, які мають серйозні наслідки для фізичного і психічного здоров'я людини. Вони можуть призводити до хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, ендокринних порушень, депресії, тривожних розладів і навіть становити загрозу для життя. На жаль, в Україні немає систематичного обліку випадків РХП, що ускладнює оцінку реального масштабу проблеми та розробку ефективних стратегій лікування та профілактики.

Актуальність даної теми зумовлена не лише зростанням поширеності розладів харчової поведінки, але й складністю їх діагностики та лікування. Часто пацієнти не усвідомлюють наявності проблеми або приховують свої симптоми, що ускладнює своєчасне втручання фахівців. Окрім цього, у суспільстві все ще існують стереотипи та упередження щодо РХП, що може перешкоджати ефективному лікуванню та реабілітації.

Важливим аспектом дослідження є також соціально-культурний контекст розвитку РХП. Вплив мас-медіа, сімейні відносини, рівень стресу, особливості харчування в різних культурах - усі ці фактори можуть сприяти формуванню порушеної харчової поведінки. Саме тому комплексний підхід до вивчення цієї проблематики, включаючи біологічні, психологічні та соціальні аспекти, є

надзвичайно важливим для розробки ефективних методів профілактики та лікування, що визначає **практичну значущість** нашого дослідження.

Дослідження розладів харчової поведінки є важливим напрямом сучасної науки та медицини, який потребує подальшого поглибленого аналізу, міждисциплінарного підходу та активної суспільної дискусії.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка.

Предмет дослідження – взаємозв'язок порушень харчової поведінки з образом тіла та самооцінкою.

Мета дослідження: дослідити взаємозв'язок порушень харчової поведінки з образом тіла, орторексією та самооцінкою, а також оцінити їх зв'язок і статистичні відмінності між групами за статтю та наявністю розладів.

Гіпотеза дослідження: можемо припустити, що існує взаємозв'язок між негативним сприйняттям образу тіла, схильністю до нервової орторексії, зниженим рівнем самооцінки та розладами харчової поведінки.

Завдання:

1. Провести теоретичний аналіз понять «розлади харчової поведінки», «образ тіла» та «самооцінка».
2. Виявити особливості проявленості нервової орторексії, відношення до власного тіла та рівня самооцінки, а також дослідити статеві відмінності в рівнях нервової орторексії, сприйнятті образу тіла та самооцінки.
3. Дослідити та порівняти рівень самооцінки в групах з розладом харчової поведінки та без розладу.
4. Дослідити взаємозв'язки між образом тіла, самооцінкою та проявами розладів харчової поведінки

Вибірка досліджуваних: 108 людей віком від 20 до 64 років. З яких 31 чоловік та 77 жінок, що мають різний рівень освіти, сімейний стан та фінансове становище.

Методики дослідження: Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою; Римський опитувальник

нервової орторексії ORTO-15; Шкала самооцінки Розенберга (RSES); Тест «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT).

Методи математичної статистики : Описові статистики, Критерій Шапіро-Вілка, Тест Манна-Уїтні, t-тест Ст'юдента, Кореляція Спірмена.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМООЦІНКИ

1.1. Поняття розладів харчової поведінки та її види

Розлади харчової поведінки (РХП) це харчові порушення, які пов'язані зі споживанням їжі, що негативно впливають на фізичне та психічне здоров'я. Проявляються ці порушення коли з їжі роблять ворога, забороняють собі їсти, ділять продукти на погані та гарні та зловживають проносними засобами - все це призводить до зміни поведінки. Порушеннями харчової поведінки також є дієти не за показаннями, на кшталт непереносимість певних продуктів, а саме для зниження ваги. [27,45]

Розлади харчової поведінки визначають як психічні розлади у МКХ-10 (кодуються в межах F50 – F59) та DSM-5 (діагностичні критерії 307.59 (F50.8)). [8,15]

Серед основних типів розладів харчової поведінки виокремлюють: нервову анорексію, розлад уникнення або обмеження прийому їжі (ARFID), компульсивне переїдання, дисморфічний розлад, нервову булімію, емоційне споживання їжі та нервову орторексію. [12, 45].

Нервова анорексія, відома як анорексія, - це серйозний розлад харчової поведінки, при якому людина прагне суворо контролювати власну вагу, обмежуючи їжу або надмірно займаючись фізичними вправами. У таких людей може виникати викривлене уявлення про власне тіло, коли навіть при надзвичайно низькій вазі вони вважають себе "занадто повними."

Існують два основні підтипи анорексії:

Обмежувальний підтип - характеризується жорстким обмеженням кількості та типу їжі.

Підтип із очищенням після переїдання - поєднує обмеження в харчуванні з епізодами переїдання та подальшими спробами очиститися (використання блювання, проносних або діуретиків).

Нервова анорексія є одним із найбільш небезпечних психічних розладів, який має високий показник смертності. Люди з цим діагнозом часто помирають від медичних ускладнень через голодування, а також є підвищений ризик самогубства.

Поведінкові прояви анорексії: різка втрата ваги, сильне занепокоєння з приводу ваги та калорійності їжі, уникання спільних прийомів їжі, страх їсти в присутності інших, приховування споживання їжі, носіння мішкуватого одягу для приховування тіла. Людина може брехати про кількість з'їденого, інтенсивно займатися спортом, навіть коли втомлена чи травмована, і мати суворі ритуали навколо їжі.

Психологічні ознаки анорексії: сильний страх перед набором ваги, викривлене сприйняття тіла, залежність самооцінки від ваги, заперечення небезпеки низької ваги, депресивний настрій, ізоляція від друзів та родини.

Фізичні симптоми анорексії: витончення кісток, ламкість волосся та нігтів, суха, жовтувата шкіра, постійне відчуття холоду, запори, низький тиск, уповільнене серцебиття та дихання, порушення менструального циклу у жінок, знижений статевий потяг, тонке та м'яке волосся на тілі (лануго). Можуть виникати серйозні ускладнення - від пошкодження органів до поліорганної недостатності. [1,2,3]

Анорексія - це не лише надмірна худорлявість. Це комплексний розлад, що включає в себе поведінкові, психологічні та фізичні прояви, які поступово посилюються і можуть призвести до серйозних загроз здоров'ю та життю.

Нервова булімія - це розлад харчової поведінки, коли люди періодично відчують неконтрольовані епізоди надмірного переїдання. Ці епізоди часто супроводжуються почуттям втрати контролю, а після них настають спроби компенсувати спожите - через блювання, вживання проносних засобів, великі

фізичні навантаження або голодування. На відміну від анорексії, вага людини з булімією може бути недостатньою, нормальною або навіть підвищеною.

Булімія проявляється як порушення контролю над кількістю споживаної їжі, після чого виникає сильне бажання нейтралізувати можливе збільшення ваги. [10]

Поведінкові ознаки булімії: постійні дієти, надмірне занепокоєння калоріями, продуктами та ритуалами, пов'язаними з їжею, напади переїдання та подальша поведінка очищення такі як викликання блювоти, вживання проносних, діуретиків або надмірна фізична активність для компенсації, уникання їжі в присутності інших або соціальних заходів, пов'язаних з їжею, витрачання великої кількості часу на планування, де і як здійснити черговий епізод переїдання та очищення, носіння мішкуватого одягу для приховування змін у вазі або форми тіла.

Психологічні ознаки: постійне незадоволення вагою та фігурою, критичне ставлення до власного зовнішнього вигляду, нав'язливі думки про їжу, тривожність і почуття провини після епізодів переїдання, втрата контролю під час надмірного споживання їжі, супроводжувана відчуттям безпорадності, секретність, самопокарання та зневага до себе, схильність до самоушкоджень, емоційна нестабільність, зміни настрою, депресія, тривожність та ізоляція від соціальних контактів.

Фізичні ознаки: хронічний біль у горлі, подразнення та збільшення слинних залоз, пошкодження зубної емалі та підвищена чутливість зубів через вплив шлункової кислоти, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, запори, здуття живота та кислотний рефлюкс, зневоднення, електролітний дисбаланс, що підвищує ризик серцевих проблем, зокрема інфаркту, відчуття постійної втоми, головні болі, слабкість, випадіння волосся, ламкість нігтів, суха шкіра та інші ознаки виснаження організму.

Ці ознаки разом допомагають помітити булімію як багатогранний розлад, що зачіпає не лише фізичне здоров'я, а й психологічний стан та щоденну поведінку людини, вказуючи на потребу в комплексній допомозі.[27,32]

Розлад уникнення/обмеження споживання їжі (ARFID) - це розлад харчової поведінки, при якому люди уникають певних продуктів, обмежують обсяги їжі або і те, і інше. На відміну від анорексії, ARFID не пов'язаний із занепокоєнням щодо ваги чи форми тіла. Зазвичай цей розлад проявляється в дитинстві та може ускладнювати нормальний ріст і розвиток у дітей, тоді як у дорослих - не дозволяє підтримувати базові потреби організму. ARFID виходить за рамки звичайної вибагливості у харчуванні, знижуючи здатність людини споживати достатню кількість калорій для нормального функціонування.

Поведінкові ознаки: різке обмеження вибору продуктів і споживання їжі, навіть коли потреби в харчуванні не задоволені, вибір тільки певних продуктів або обмежених варіантів їжі, часто за кольором, текстурою або запахом, часто є "вибагливим їдецем", їсть лише певні страви або постійно одні й ті ж продукти, уникання соціальних ситуацій, де є їжа (наприклад, застілля), надмірне хвилювання або зосередженість на процесі їжі, включаючи дрібне пережовування та повільне споживання їжі, уникання їжі, коли людина зайнята іншими справами.

Психологічні ознаки: відсутність інтересу до їжі або відсутність відчуття голоду, тривожність і напруження під час їжі, особливо в соціальних ситуаціях або з новими стравами, вибір їжі через негативні асоціації або попередні неприємні досвіди (наприклад, нудота або дискомфорт), переживання про текстуру, запах або температуру їжі.

Фізичні ознаки: різке зниження споживання їжі, що може призвести до втрати ваги або дефіциту ваги, особливо у дітей, проблеми з травленням, такі як біль у животі, здуття або інші розлади шлунково-кишкового тракту, розвиток дефіциту харчування, наприклад, анемії через недостатність важливих поживних речовин, потреба в харчових добавках для забезпечення необхідного рівня поживних елементів і енергії.

Ці ознаки можуть проявлятися як у дорослих, так і у дітей, з різним рівнем тяжкості, і вони вимагають уваги, оскільки можуть мати серйозний вплив на фізичне та емоційне здоров'я.

Розлад переїдання (BED) - це порушення харчової поведінки, при якому людина втрачає контроль над споживанням їжі, переживаючи повторювані епізоди надмірного переїдання. На відміну від булімії, BED не супроводжується очищенням, голодуванням або надмірними фізичними вправами для компенсації. Це призводить до підвищеного ризику надмірної ваги та ожиріння. BED є одним із найпоширеніших розладів харчової поведінки в США і може викликати фізичний та емоційний дискомфорт через надмірне насичення після прийому їжі.

Розлад переїдання проявляється через наступні поведінкові ознаки: епізоди вживання великої кількості їжі за короткий час, часто у стані повної відсутності контролю, швидке споживання їжі під час цих епізодів, зокрема без відчуття голоду або до стану неприємного пересичення, їжа наодинці або потайки, щоб уникнути осуду, приховуючи обсяг спожитої їжі, наявність запасів їжі або приховування упаковок після епізодів переїдання.

Психологічні ознаки: почуття провини, сорому або огиди до себе після епізодів переїдання, постійне занепокоєння про втрату контролю під час прийому їжі, депресія, емоційна вразливість та зміни настрою, пов'язані з харчовою поведінкою, спроби дієт і обмеження у їжі, які не приводять до стабільних результатів або посилюють відчуття провалу.

Фізичні ознаки: набір ваги (хоча не всі з розладом переїдання набирають вагу), дискомфорт і фізичне напруження після переїдання, можливе підвищення ризику захворювань, пов'язаних із зайвою вагою, таких як високий тиск і проблеми з травленням.

Цей комплекс ознак допомагає ідентифікувати розлад переїдання як складний стан, що потребує уваги до емоційного та поведінкового стану, а також до фізичного здоров'я людини. [6,29,30]

Тілесний дисморфічний розлад (ТДР) полягає в надмірній стурбованості щодо уявних або мінімальних дефектів зовнішнього вигляду, які зазвичай не помітні для інших або здаються незначними. Ця стурбованість має бути достатньо вираженою, щоб спричиняти значний емоційний дискомфорт або порушувати

звичне функціонування людини. Пацієнти з ТДР часто виконують повторювані дії, такі як постійне перевіряння себе в дзеркалі або інші ритуали, намагаючись заспокоїти свої переживання. Діагноз ставиться на основі детального анамнезу, а лікування включає медикаментозну терапію і психотерапевтичні методи.

Поведінкові ознаки: постійне перевіряння себе в дзеркалі або навпаки, уникаючи дзеркал, компульсивні дії, такі як порівняння своєї зовнішності з іншими, надмірний догляд за шкірою, висмикування або вищипування волосся, спроби замаскувати дефекти зовнішності, наприклад, за допомогою одягу чи косметичних процедур, часте звернення до медичних або косметичних процедур для "виправлення" зовнішності, хоча ці методи зазвичай не дають бажаного результату, використання стероїдів або добавок для нарощування м'язів, особливо при м'язовій дисморфії, соціальна ізоляція через страх бути оціненим за зовнішністю, зокрема уникання публічних заходів чи виходів з дому.

Психологічні ознаки: постійне відчуття сорому, тривоги або депресії через уявні дефекти, міцне переконання, що частина тіла виглядає ненормально або потворно, часто без критичної оцінки цього переконання, сильна стурбованість своєю зовнішністю, що може привести до погіршення соціального функціонування та відмови від участі у соціальних, професійних чи академічних заходах, відсутність усвідомлення або слабе усвідомлення розладу, тобто людина не може адекватно оцінити, що її занепокоєння є перебільшеним.

Фізичні ознаки можуть включати набряк слинних залоз через постійні ритуали, наприклад, блювоту або очищення організму після переїдання, пошкодження зубної емалі через часті епізоди блювоти або надмірне чищення зубів, проблеми зі шкірою через надмірне очищення або маніпуляції, погіршення здоров'я через використання стероїдів або надмірне застосування косметичних процедур.

З часом, якщо розлад не лікувати, можуть виникнути серйозні проблеми, такі як соціальна ізоляція, депресія та суїцидальні думки, що є типовими для цього розладу. [40]

Емоційне харчування - це процес, коли їжа використовується не для задоволення фізіологічного голоду, а для управління емоціями. Люди, які практикують емоційне харчування, часто вдаються до їжі, щоб впоратися з такими почуттями, як стрес, смуток, нудьга, або навіть для святкування позитивних емоцій, таких як радість чи гордість. Це явище також часто називають стресовим харчуванням, оскільки стрес є одним із основних тригерів.

Однак емоційне харчування може призвести до порушення нормальних зв'язків з їжею, де вона стає інструментом для заспокоєння чи відволікання, а не просто джерелом живлення. Це може призвести до того, що людина не розпізнає справжній голод або ситість, часто переїдаючи або вибираючи їжу не через фізіологічну потребу, а через емоційні фактори.

Емоційне харчування може впливати на вибір їжі, призводячи до того, що людина віддає перевагу висококалорійним, не завжди здоровим продуктам, що ускладнює досягнення та підтримання здорової ваги.

Цей цикл часто підсилюється, коли їжа стає способом уникати чи подавляти важливі емоції, замість того, щоб справлятися з ними здоровим способом.

Поведінкові ознаки: їжа споживається не через голод, а для того, щоб заспокоїти емоції або уникнути стресових ситуацій, людина часто перевищує потребу в їжі, не звертаючи уваги на ситість, тяга до їжі виникає під впливом емоцій, таких як стрес, смуток, роздратування, чи навіть радощі, часто їдять для «комфорту», обираючи їжу з високим вмістом цукру або жирів, як засіб самозаспокоєння, пошук емоційного задоволення від їжі (наприклад, споживання «комфортної їжі» типу морозива або шоколаду).

Психологічні ознаки: постійне використання їжі як нагороди чи як спосіб впоратися з емоціями, наприклад, щоб відчувати себе щасливішим чи заспокоїтися, нездатність контролювати харчові звички, навіть коли людина не відчуває голоду, стримування від соціальних ситуацій через страх чи сором стосовно власного харчування, постійні думки про їжу, навіть після того, як організм вже ситий.

Фізичні ознаки: часте переїдання навіть коли організм не потребує їжі, проблеми з досягненням чи підтриманням здорової ваги, відсутність відчуття фізіологічної ситості або бажання продовжувати їсти після насичення.

Емоційне харчування створює цикл, в якому їжа стає способом маніпулювати емоціями, що може призвести до фізичних і психологічних проблем, таких як надмірна вага, проблеми з харчовими розладами, чи навіть соціальна ізоляція. [31, 42]

Синдром нічного харчування є видом розладу харчової поведінки, який не має чіткого визначення в DSM-5 і зазвичай класифікується під загальним терміном «інший специфічний розлад харчової поведінки» (OSFED). РХП плюс розлад циркадного ритму сну. Циркадний ритм - це біологічний процес, який регулює режим сну та харчування відповідно до природного циклу світла й темряви. При СНХ відбувається порушення нормального добового режиму харчування.

СНХ характеризується вживанням значної кількості калорій у вечірній час або вночі, після основного вечірнього прийому їжі. Зазвичай людина споживає понад 25% своїх щоденних калорій у нічний час і робить це щонайменше двічі на тиждень. Хоча офіційні діагностичні критерії для СНХ ще не встановлені, для діагностики важливо виявити сталість цієї харчової поведінки щонайменше протягом трьох місяців поспіль, а також підтвердити, що це основний симптом, а не побічний прояв іншого психічного розладу.

Поведінкові ознаки: люди із СНХ часто споживають велику кількість їжі після вечері або перед сном, що нерідко стає необхідним для засинання, зранку може виникати небажання їсти або пропуск сніданку для компенсації нічних калорій, що називають "ранковою анорексією", порушений сон і труднощі з повторним засинанням після нічних прийомів їжі.

Психологічні ознаки: депресивний стан, особливо у вечірній час, що часто викликає переїдання як спосіб самозаспокоєння, зосередженість на їжі, тривога щодо можливості заснути без неї, а також увага до форми тіла та ваги, що сприяє

підвищенню соціального стресу, нічна їжа стає ритуалом, без якого важко заснути, що посилює залежність від цього циклу.

Фізичні ознаки: розлади у циклах сну і апетиту через порушення гормонального регулювання, що контролює відчуття голоду та сон, втрата апетиту через нічне споживання великої кількості калорій, дослідження вказують на можливу спадковість СНХ, якщо у близьких родичів наявний такий патерн харчування.

СНХ часто співіснує з іншими розладами харчової поведінки, як-от нервова булімія або розлад переїдання, а також супроводжується підвищеним рівнем тривожності та депресії. Синдром нічного харчування частіше трапляється на фоні порушення сну. Його діагностування і лікування аналогічні BED. [9, 48]

Американський лікар Стівен Братман зауважив, що в деяких людей надмірна одержимість здоровим харчуванням може перерости в патологічний стан. Ці спостереження спонукали його запровадити термін "нервова орторексія" у 1997 році [34]. Орторексія ще не включена до DSM-5, оскільки цей тип розладів харчової поведінки вважається відносно новим [5].

Орторексія відрізняється від інших розладів харчової поведінки тим, що акцент робиться на якості споживаної їжі, а не на її кількості. На відміну від анорексії та булімії, де основна увага приділяється контролю ваги, особи з орторексією зосереджені на "чистоті" та здорових властивостях їжі. Вони можуть суворо обмежувати свій раціон, виключаючи продукти, які вважають "нездоровими", що іноді призводить до дефіциту поживних речовин та соціальної ізоляції.

Поведінкові ознаки орторексії: надмірне зосередження на харчовій поведінці, що включає суворі правила вибору, приготування та вживання їжі, виключення певних продуктів або цілих груп (наприклад, вуглеводів, жирів, глютену) через їхню "шкідливість", вибір їжі на основі її якості, користі чи «чистоти», а не смакових уподобань чи практичності, ретельне планування раціону наперед на кілька днів або тижнів, уникнення харчування поза домом через страх втрати

контролю над якістю їжі, фанатичне дотримання певних дієт чи систем харчування, навіть якщо це порушує звичний спосіб життя.

Психологічні ознаки орторексії: нав'язливі думки про їжу та здоровий спосіб життя, що домінують над іншими аспектами життя, відчуття провини, сорому чи тривоги через порушення власних правил харчування, низька самооцінка, яка залежить від здатності дотримуватися суворих дієтичних обмежень, переконання у власній моральній перевазі через "правильне" харчування, соціальна ізоляція через незгоду з харчовими уподобаннями оточуючих, підвищена тривожність, дратівливість та невроз, пов'язані з контролем харчування.

Фізичні ознаки орторексії: хронічна втома, слабкість, нестача енергії через незбалансоване харчування, поява фізичних симптомів, таких як головний біль, запаморочення чи проблеми зі сном, недостатнє споживання поживних речовин, що призводить до дефіциту вітамінів і мінералів, зниження ваги або ознаки виснаження організму, порушення роботи травної системи через обмежений раціон, надмірна увага до фізичних вправ для компенсації уявної "шкідливості" їжі.

Ці ознаки можуть варіюватися, але всі вони свідчать про надмірний акцент на харчуванні, що негативно впливає на фізичне, емоційне та соціальне благополуччя.

[4]

Тема розладів харчової поведінки (РХП) не є популярною з кількох причин, переважно методологічних та соціальних. РХП зустрічаються рідко, тому їх важко виявляти у великих дослідженнях. Багато людей із РХП уникають звернення по допомогу, що ускладнює отримання достовірних даних. Для виявлення достатньої кількості випадків потрібно обстежувати великі вибірки, що потребує значних ресурсів. Дослідження на основі медичних записів дають лише часткову картину, оскільки охоплюють переважно тих, хто вже отримує лікування. Дослідження часто стикаються з низьким рівнем відповідей, неточністю скринінгових інструментів та специфічністю вибраних груп. Категорія EDNOS (розлади харчової поведінки, які не підпадають під чіткі діагностичні критерії) є дуже неоднорідною, що ускладнює дослідження її причин та поширеності. Через ці

фактори тема РХП залишається недостатньо вивченою та не дуже популярною серед широкої аудиторії та дослідників. [16]

Розлад харчової поведінки, не визначений іншим чином (EDNOS), є діагнозом, який застосовується, коли пацієнт демонструє значну кількість симптомів анорексії чи булімії, проте не відповідає всім їхнім діагностичним критеріям.

До проявів EDNOS можуть належати:

- Всі діагностичні критерії нервової анорексії дотримані, за винятком відсутності регулярних менструацій у жінок.

- Значна втрата ваги, що відповідає критеріям анорексії, але маса тіла пацієнта залишається в межах норми.

- Симптоми булімії наявні, проте епізоди переїдання та компенсаторної поведінки відбуваються рідше, ніж двічі на тиждень або тривають менше трьох місяців.

- Регулярне використання методів контролю ваги, таких як самоіндукована блювота, навіть після вживання мінімальної кількості їжі (наприклад, після кількох печив).

- Повторювані епізоди пережовування їжі з подальшим її випльовуванням без проковтування.

EDNOS охоплює широкий спектр клінічно значущих розладів харчової поведінки, які можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я пацієнта, вимагаючи своєчасної діагностики та втручання. [20]

1.2. Поняття самооцінки та як вона формується

Самооцінка - це процес, у якому людина аналізує та оцінює свої особистісні якості, здібності, можливості й результати діяльності, формуючи загальне уявлення про себе. Її рівень визначає, як людина вибудовує стосунки з оточенням, наскільки вона здатна критично оцінювати себе, ставити вимогливі цілі та реагувати на

успіхи чи невдачі. У результаті самооцінка прямо впливає на ефективність діяльності й особистісний розвиток. [13]

Відповідно до психоаналітичної теорії Зигмунда Фрейда, самооцінка пов'язана з психологічною структурою, яка складається з трьох частин: воно (Id), Я (Ego) і суперего (Superego). Самооцінка є результатом взаємодії цих компонентів і є відображенням внутрішніх конфліктів, пов'язаних з бажаннями, обмеженнями, моральними нормами.

Воно (Id): це джерело основних інстинктів, бажань і імпульсів (голод, сексуальне бажання, агресія). Воно діє за принципом задоволення, незалежно від практичних чи моральних обмежень. Якщо людина керується лише імпульсами «воно», її самооцінка може бути пошкоджена незадоволеністю соціальними або моральними нормами.

Его: це раціональна частина психіки, яка знаходить баланс між бажаннями "Воно", моральними вимогами "Над-Я" та реальністю. Самооцінка залежить від того, наскільки добре "Я" здатне вирішувати ці внутрішні суперечності. Якщо "Я" добре розвинене, самооцінка буде більш стійкою.

Суперего: відповідає за мораль, ідеали та совість, сформовані під впливом виховання та соціальних норм. Надто жорстке або критичне «над-Я» може призвести до низької самооцінки через постійний жаль або почуття невідповідності власним ідеалам чи ідеалам інших.

За Фрейдом самооцінка - це динамічний феномен, який розвивається через постійну рівновагу між внутрішніми імпульсами, моральними стандартами та реальністю. Сила «Я» відіграє важливу роль у підтримці здорової самооцінки завдяки здатності керувати конфліктом між «Воно» та «Над-Я». [33]

Карен Хорні розглядає самооцінку через призму внутрішніх конфліктів і невротичних потреб. Вона зазначила, що самооцінка може бути спотворена надмірною залежністю від зовнішньої перевірки або постійним самоприпиненням. Хорні визначає три основні стратегії, які людина може спробувати підвищити самооцінку:

Досягнення ідеалів (перфекціоністська потреба в досягненні): людина прагне досягти високих стандартів, але коли ці ідеали не досягаються, це часто призводить до внутрішнього конфлікту та низької самооцінки.

Покірність (потреба захисту через залежність): людина шукає зовнішнього схвалення та підтримки, що може призвести до невротичної залежності від інших. Відмова від себе (потреба самозречення): людина може намагатися відмовитися від своїх бажань і потреб, щоб виглядати «в гармонії», що також може знизити самооцінку через відчуття внутрішньої порожнечі. [36]

Ерік Берн, засновник транзактного аналізу, розглядає самооцінку через призму его-станів: дітей, батьків і дорослих. Він вважав, що наш Я-образ залежить від Я-станів, активованих у різних ситуаціях. У контексті самооцінки це може бути:

Его-стан «Дитина»: самооцінка, яка спирається на менш зрілі та не завжди виправдані емоційні реакції. Людина може бути занадто залежною від зовнішньої перевірки.

Его-стан «Батько»: У цей момент людина оцінює себе крізь призму морально-етичних норм, встановлених батьками чи іншими авторитетами. На самооцінку сильно впливають внутрішні правила.

Его-стан «Дорослий»: відображає здатність об'єктивно оцінювати себе на основі логіки та фактів. Самооцінка, заснована на реалістичній самооцінці, є результатом дорослішання і розвитку. [18]

С. Куперсміт визначає самооцінку як «ставлення людини до себе, яке формується поступово і стає звичним». Він стверджує, що це ставлення проявляється в основному як почуття схвалення, рівень якого відображає переконання людини в її власній цінності та значущості. Отже, Куперсміт підкреслює, що самоповагу слід розуміти як оцінку індивідом цінності своєї особистості, яка виявляється в установках щодо себе: «Самоповага виражає ставлення до себе, яке вказує на те, наскільки людина вважає себе здатною, значущою, успішною і гідною».

Куперсміт також підкреслює, що самосприйняття та самооцінка можуть стосуватися різних сторін особистості, зокрема зовнішності, здібностей, міжособистісних взаємин та інших характеристик. Ці окремі оцінки формують систему самооцінок, але, в кінцевому рахунку, вони інтегруються в єдине переживання, пов'язане з цілісним образом-Я. Саме ця узагальнена і досить стабільна самооцінка є самоповагою - ставленням до себе, яке поступово розвивається і проявляється через схвалення або несхвалення, визначаючи переконаність людини в її цінності та значущості [24].

Ці психологи при вивченні самооцінки враховували аспекти розвитку особистості, соціальної взаємодії та внутрішньоособистісного конфлікту.

Самооцінка формується як результат поєднання двох ключових компонентів: раціонального, що виражає знання людини про саму себе, і емоційного, який відображає ставлення до цих знань. Вона базується на тому, як людина сприймає та інтерпретує свої якості, досягнення чи недоліки. Цей процес охоплює широкий спектр оцінок - від впевненості у власній досконалості до критичного самоприпинення, створюючи цілісний образ себе.

Можна зробити підсумок, що самооцінка це те, як людина розуміє чому вона так робить, до чого прагне та як бачить та оцінює свої сильні та слабкі сторони.

Самооцінка охоплює кілька аспектів: вона може бути адекватною або викривленою, мати різний рівень - від високого до низького, а також характеризуватися стабільністю або мінливістю. Всупереч поширеній думці, самооцінка потрібна і корисна. Вона допомагає ставити досяжні цілі та успішно їх досягати, не витрачаючи сили на те, що недосяжно. Коли щось не вдається, зачеплена самооцінка може стати рушієм, що спонукає людину мобілізувати зусилля та проявити наполегливість. А коли виходить те, що раніше не виходило, нам приємно і хочеться зробити ще щось. Іноді життєві обставини, хвороба чи виховання призводять до того, що самооцінка не допомагає, а заважає досягати цілей та завдає біль. Ось тоді нам потрібна психологічна допомога.

Характерною особливістю зрілої самооцінки є її диференційованість: індивід ясно розуміє та розмежовує ті сфери життя й діяльності, в яких володіє сильними сторонами, здатен досягати вагомих результатів і долати складнощі, від тих, де його здібності є середніми. На ранніх етапах розвитку дитина зосереджується переважно на оцінці своїх фізичних характеристик і можливостей («Я великий», «Я сильний»). З часом її увага переключається на усвідомлення та оцінку практичних навичок, вчинків і моральних якостей.

Самооцінка стає ключовим регулятором людської поведінки, впливаючи на її активність у навчанні, роботі, спілкуванні та процесі самовдосконалення. Самосвідомість і самооцінка розвиваються та формуються в процесі діяльності, під значним впливом соціального оточення, особливо в ході спілкування дитини з іншими людьми. Ці аспекти особистості пов'язані з активною участю дитини в різних діях, самоспостереженням та контролем власної поведінки. Ігри, заняття та взаємодія з оточенням спонукають дитину звертати увагу на себе, аналізувати свої можливості, оцінювати здатність виконувати певні завдання, дотримуватися правил і проявляти різні риси характеру. Такий процес формує вміння осмислювати свої дії та відношення до себе.

На те, якою у дитини формується самооцінка, найбільше впливають два чинники: як до неї ставляться оточуючі та як вона сама розуміє, чим займається і яких результатів досягає. У різному віці головну роль у цьому процесі відіграє саме та діяльність, яка є найважливішою для дитини в цей період. Важливо зрозуміти, що таке нормальна, здорова самооцінка. Це реалістична і загалом прихильна думка людини про себе. Реалістична означає точна, чесна та максимально об'єктивна. Під прихильністю мається на увазі позитивне почуття.

Коли говорять про високу і низьку самооцінку, вона здається чимось на кшталт гри з числами, тобто конкурентною та порівняльною якістю. На наш погляд, краще використовувати інший підхід. Об'єктивне, але прихильне ставлення людини до себе говорить про здорову самооцінку та самоповагу. [46]

Основи самооцінки закладаються ще у дитинстві. Після дитинства дитина починає усвідомлювати суть порівнянь, у її системі понять з'являється самооцінка. Батькам варто бути обережнішими в порівнянні своєї дитини з іншими дітьми. Коли присутні такі порівняння, дитина/ підліток думає, що їй потрібно заслужувати любов близьких або намагатися обігнати ровесників у надуманій гонитві. Їй необхідні насамперед підтримка та віра. А от надмірне захвалювання не призводить до формування адекватної оцінки.

Дорослі роблять ведмежу послугу, коли вселяють дитині думку про те, що вона найталановитіша, а інші не варті й її нігтя. Ті діти, що вийшли з пубертатного періоду та були виховані на похвалі, не здатні до самокритики. Це заважає їм розвиватись, викорінювати власні недоліки. Люди, які в дитинстві отримували надмірну кількість компліментів і лестощів, у дорослому віці нерідко стають невпевненими в собі. Така поведінка формується під впливом поєднання батьківських дій і зіткнення з реаліями дорослого життя. Така модель поведінки - результат поєднання батьківських дій та суворої реальності.

Розуміння того, що у своїй унікальності людина не унікальна, призводить її до депресії та інших психічних розладів.

Крім цього, на самооцінку впливає й низка інших факторів, серед яких оточення (однокласники, однокурсники, колеги по роботі, родичі), матеріальне становище, освіта. Багато комплексів походять родом ще зі школи. Жертовництва довго справляються зі страхами та до кінця життя схильні до фобій.

Сильно б'є по самооцінці порівняння власного матеріального становища з більш успішними людьми. Однак самооцінка не є постійною величиною - вона змінюється з часом і значною мірою визначається особистими зусиллями людини. [26,43].

1.3. Образ тіла: визначення, теоретичні основи та механізми формування

Образ тіла є складним психологічним конструктом, який відображає суб'єктивне сприйняття людиною власного фізичного вигляду, включаючи форму, розміри, зовнішність та функціональні можливості тіла, а також асоційовані емоції, думки й поведінкові реакції [21]. Це не лише відображення фізичної реальності, а й ментальна репрезентація, що формується через взаємодію внутрішніх і зовнішніх факторів. Образ тіла відіграє ключову роль у психічному благополуччі, впливаючи на самооцінку, соціальні взаємодії та психологічні стани, зокрема розлади харчової поведінки [32].

Концепцію образу тіла вперше систематизував Пол Шильдер, який у своїй праці визначив його як "картину нашого тіла, яку ми створюємо у свідомості". Шильдер наголошував, що образ тіла є динамічним і залежить від сенсорного досвіду, емоційних станів та соціального контексту [47]. Його наукові підходи стали підґрунтям для сучасного розуміння цього явища, доповненого чотирма важливими складовими: перцептивною - відображає, як людина сприймає власне тіло; афективною - охоплює емоційні реакції та почуття щодо нього; когнітивною - стосується переконань і уявлень про тіло; поведінковою - включає дії, спрямовані на його зміну або приховування [21]. Наприклад, негативний образ тіла може проявлятися у спотвореному сприйнятті власної зовнішності, що спричиняє тривогу чи депресію, особливо у контексті розладів харчової поведінки [32].

Формування образу тіла є складним процесом, який починається в ранньому дитинстві і триває протягом життя під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Біологічні аспекти охоплюють генетичні особливості, нейрофізіологічні процеси та гормональні зміни. Наприклад, у підлітковому віці фізичні трансформації, такі як пубертат, впливають на пропріоцептивні та візуальні сигнали, що формують ментальну карту тіла, іноді спричиняючи тимчасові спотворення сприйняття [25].

Психологічні фактори включають процеси самооцінки та ідентифікації. У підлітковому віці, коли формується ідентичність, образ тіла стає важливим елементом самосприйняття. Негативне сприйняття тіла може посилювати емоційну

нестабільність або соматичні скарги, що ускладнює інтеграцію реального та ідеального образу себе [32]. Позитивний образ тіла, навпаки, залежить від здатності гармонійно поєднувати внутрішні уявлення з реальністю, що підтримує психологічне благополуччя [44].

Соціокультурні фактори мають значний вплив, особливо в сучасному суспільстві, де медіа та соціальні мережі формують стандарти краси. Медіа, демонструючи ідеалізовані образи тіл, формують у свідомості людей уявлення про так зване «досконале тіло», що спонукає до порівнянь і часто викликає невдоволення власною зовнішністю, особливо серед молодого покоління. Наприклад, дослідження показують, що часта експозиція до контенту соціальних мереж, який просуває стрункість, посилює негативний образ тіла [49]. Культурні відмінності також відіграють роль: у західних суспільствах цінується худорлявість, тоді як у деяких інших культурах повніші форми асоціюються з добробутом [35].

Сімейне середовище та освіта також впливають на формування образу тіла. Підтримуюче оточення, де акцент робиться на здоров'ї, а не на зовнішності, сприяє розвитку позитивного образу тіла [44]. Натомість критика з боку батьків чи однолітків може закріпити негативні уявлення про тіло, що особливо помітно в підлітковому віці.

Формування образу тіла є багаторівневим процесом, що поєднує біологічні, психологічні та соціокультурні впливи. Розуміння цих механізмів є важливим для розробки стратегій профілактики негативного образу тіла, особливо в контексті психічного здоров'я та розладів харчової поведінки [35]. Подальші дослідження мають зосередитися на ролі цифрових медіа та культурних відмінностей для створення ефективних інтервенцій, спрямованих на формування здорового образу тіла.

Образ тіла є важливим клінічним і багатогранним психологічним конструктом, що охоплює сприйняття, установки та емоційний досвід людини щодо власного фізичного вигляду [21]. Цей конструкт істотно впливає на психосоціальне функціонування та якість життя. Негативний образ тіла

асоціюється з нижчою самооцінкою, зменшенням соціальної активності, підвищеним ризиком депресивних станів і розладів харчової поведінки, таких як нервова анорексія та булімія [32]. Проблеми з образом тіла існують на континуумі - від легкої незадоволеності до інтенсивних психоемоційних страждань, що можуть проявлятися у клінічних формах, таких як дисморфофобія, соматичні маячні розлади та порушення, пов'язані з усвідомленням та прийняттям власної статевої ідентичності [15]. Таким чином, розуміння образу тіла є ключовим для профілактики та терапії психологічних розладів, що підкреслює його клінічну значущість.

1.4. Вивчення розладів харчової поведінки у психологічних наукових джерелах

Марзієх Абдолі, Елізабет Шіхтль, Марко Скотто Розато, Паоло Котруфо та Катаріна Хюфнер у статті Розлади харчування, образ тіла, емоції та самооцінка у дорослих: систематичний огляд [28] провели систематичний огляд літератури, що аналізує взаємозв'язок між розладами харчової поведінки, образом тіла, емоціями та самооцінкою у дорослих. У той час як більшість попередніх досліджень зосереджувалась на підлітках, автори вирішили вивчити цю проблему саме серед дорослого населення, оскільки питання самосприйняття та харчової поведінки є актуальними протягом усього життя.

Мета дослідження - узагальнити наявні наукові дані про те, як низька самооцінка, емоційна нестабільність та незадоволеність власним тілом можуть сприяти розвитку або погіршенню розладів харчової поведінки. Це дає можливість краще зрозуміти механізми розвитку таких розладів та допоможе розробити ефективні стратегії їх корекції.

У рамках огляду було проведено аналіз наукових статей, опублікованих у період з 2010 по 2024 рік, у базах даних PubMed, Scopus та Web of Science. Автори відібрали лише ті дослідження, які вивчали взаємозв'язок між розладами харчової

поведінки, образом тіла, самооцінкою та емоціями серед дорослих (18+ років). У підсумку до аналізу було включено 6 досліджень із 1 117 початково відібраних статей.

Люди з розладами харчової поведінки мали вищий рівень незадоволеності своїм тілом, що пов'язано з низькою самооцінкою та емоційною нестабільністю. Жінки з булімією частіше використовували емоційно-орієнтовані стратегії подолання стресу, що сприяло низькій самооцінці [51].

Ожирілі пацієнти з діагнозом компульсивного переїдання мали більш негативне ставлення до ожиріння, ніж ті, хто не мав цього діагнозу, що було пов'язано з вищими рівнями депресії [17].

Афроамериканські учасники мали нижчий рівень стигматизації щодо ваги порівняно з білими учасниками [39].

Незадоволеність тілом відіграє значну роль у розвитку розладів харчової поведінки. Вона опосередковано впливає на харчову поведінку через низьку самооцінку та депресію [19].

Жінки більш вразливі до негативного впливу образу тіла та емоційної нестабільності на розвиток розладів харчової поведінки [17, 19].

Виявлено зв'язок між розладами харчової поведінки та дисоціативними переживаннями під час сексуальної активності, що також пов'язано із сексуальною незадоволеністю [22].

Дослідження підтвердило тісний зв'язок між самооцінкою, образом тіла, емоціями та розладами харчової поведінки. Психологічні інтервенції для лікування розладів харчової поведінки повинні включати стратегії, що покращують самооцінку та навички регулювання емоцій. Також важливу роль у профілактиці та лікуванні може відігравати розвиток самоспівчуття [37].

Автори наголошують на необхідності подальших досліджень, особливо серед дорослого населення в не-західних країнах, що дозволить отримати ширше розуміння цих проблем у різних культурах.

Ізабель-Софі О. Колмсі, Петра Хенклі Майкл Бошняк в статті «Низька самооцінка як фактор ризику розладів харчової поведінки», що є мета-аналізом досліджували, наскільки стабільний цей зв'язок у часі та які чинники можуть модифікувати цей ефект [23].

Метою дослідження було визначити, чи є низька самооцінка значущим предиктором патологічної харчової поведінки та які фактори можуть впливати на цей зв'язок. Виявлення цього механізму може сприяти розробці ефективних профілактичних та терапевтичних стратегій для людей із ризиком розвитку розладів харчової поведінки.

Було проведено аналіз 25 ефектів із 13 первинних досліджень, що включали головним чином жінок від пізнього дитинства до молодості дорослості. Дослідження використовували поздовжні та часткові кореляції, синтезовані у багаторівневій моделі випадкових ефектів.

Зв'язок між низькою самооцінкою та розладами харчової поведінки виявився статистично значущим ($r = -0,23$), що свідчить про те, що низька самооцінка є суттєвим фактором ризику. Цей ефект був сильнішим у жінок, ніж у чоловіків, що підтверджує припущення про статеві відмінності у сприйнятті образу тіла та харчової поведінки.

Часовий проміжок між вимірюваннями впливав на силу зв'язку, причому коротші проміжки часу демонстрували сильніший ефект низької самооцінки на розвиток розладів харчової поведінки.

Розлади харчової поведінки є стабільними у часі, що підтверджує їхню хронічність. Модератори, такі як індекс маси тіла (ІМТ) та вік, не мали суттєвого впливу на цей зв'язок.

Отримані результати підтверджують, що низька самооцінка є значущим фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки, особливо серед жінок. Це вказує на необхідність включення методів підвищення самооцінки у програми профілактики та лікування.

Автори підкреслюють необхідність подальших досліджень із більшим часовим охопленням та залученням ширшого кола учасників, зокрема в не-західних культурах, щоб отримати глобальніші висновки про взаємозв'язок самооцінки та розладів харчової поведінки.

У дослідженні Саманти Краусс, Лаури С. Дапп та Ульріха Орта з кафедри психології Бернського університету у 2023 [38] році було проведено мета-аналіз лонгітюдних досліджень, спрямований на оцінку взаємозв'язку між низькою самооцінкою та розладами харчової поведінки. Основною метою роботи було з'ясувати, чи є низька самооцінка чинником ризику розвитку патології харчової поведінки, а також чи можуть розлади харчування негативно впливати на самооцінку в довгостроковій перспективі. Автори здійснили систематичний аналіз 48 незалежних вибірок (загальна кількість учасників - 19 187 осіб) з використанням стандартизованих коефіцієнтів регресії. Дослідження охоплювали широкий віковий діапазон (від 7 до 48 років) та різні типи вибірок (клінічні та неклінічні). Метою аналізу було визначення взаємного впливу між самооцінкою та патологією харчування з урахуванням факторів віку, статі та інших модераторів.

Результати підтвердили наявність взаємного зв'язку між низькою самооцінкою та розладами харчової поведінки. Було встановлено, що:

Низька самооцінка є прогностичним фактором для розвитку загальної патології харчової поведінки ($\beta = -0,08$). Патологія харчової поведінки, своєю чергою, негативно впливає на подальшу самооцінку ($\beta = -0,09$).

Подібні ефекти спостерігалися у всіх категоріях патології харчування: стримане харчування, булімічна поведінка, переїдання, негативний образ тіла та прагнення до худорби. Аналіз модераторів показав, що ефекти не змінюються залежно від віку, статі або типу вибірки.

Отримані дані підтверджують модель взаємного впливу низької самооцінки та розладів харчової поведінки. Це означає, що зусилля, спрямовані на підвищення самооцінки, можуть бути ефективним підходом у профілактиці та лікуванні розладів харчової поведінки. Водночас необхідно враховувати, що наявність

харчових розладів може погіршувати самооцінку, що вимагає комплексного підходу в терапії таких станів.

У статті «Орторексичні тенденції серед польських студентів: аналіз зв'язку з харчовими звичками, задоволеністю тілом та масою тіла» опублікованій 5 січня 2019 року проведено дослідження Мартою Пліхтою, Марженою Єжевською-Зихович та Єжи Гембським, аналізували зв'язок між схильністю до орторексії, харчовими звичками та рівнем задоволеності своїм тілом серед студентів польських університетів [41].

Основною метою роботи було визначити, як схильність до орторексії (порушення харчової поведінки, що проявляється надмірною увагою до «здорового харчування») пов'язана з: дієтичними моделями студентів, їхньою задоволеністю власним тілом, індексом маси тіла (ІМТ).

Дослідження базувалося на опитуванні 1120 студентів із семи університетів Польщі. Для оцінки орторексичних тенденцій використовували анкету ORTO-15 з двома граничними значеннями (35 та 40 балів). Харчові звички аналізували за допомогою анкетування щодо частоти споживання продуктів. Для оцінки задоволеності тілом застосовували спеціальну шкалу задоволеності окремими частинами тіла.

За граничним значенням у 40 балів, 75% студентів мали орторексичні тенденції. При граничному значенні 35 балів цей показник зменшувався до 28,3%. Особи з орторексичними тенденціями частіше споживали свіжі фрукти, овочі, горіхи, насіння і рідше – продукти з високим вмістом цукру та жиру. Жінки частіше були незадоволені своєю нижньою частиною тіла та вагою, однак не було значущих відмінностей у рівні орторексії між чоловіками і жінками. Вищий ІМТ асоціювався з вищою незадоволеністю тілом, але не мав суттєвого впливу на орторексичні тенденції.

Студенти медичних і здоров'язбережувальних спеціальностей частіше мали орторексичні тенденції, ніж студенти інших напрямів.

Дослідження показало, що орторексія має тісний зв'язок із вибором продуктів та суб'єктивним сприйняттям свого тіла. Проте не було підтверджено її залежність від індексу маси тіла. Це свідчить про те, що орторексія може бути відокремленим розладом, відмінним від анорексії чи булімії.

Також дослідники відзначили, що використовуваний інструмент (ORTO-15) може бути недостатньо точним для діагностики орторексії, і майбутні дослідження потребують більш досконалих методів оцінки.

Висновки до розділу I

1. Розлади харчової поведінки (РХП) - це серйозні психічні порушення, що впливають на фізичне, емоційне та соціальне життя, включаючи анорексію, булімію, переїдання, ARFID, тілесний дисморфізм та емоційне харчування. Вони пов'язані з викривленим ставленням до їжі та тіла і можуть спричиняти серйозні фізичні ускладнення, гормональні та серцево-судинні проблеми. РХП часто супроводжуються депресією, тривожністю та низькою самооцінкою, тому лікування потребує комплексного підходу: медичного, психологічного та дієтологічного. Профілактика включає психоедукацію, розвиток здорового ставлення до тіла та їжі, а також навичок емоційної регуляції, що допомагає вчасно помічати ознаки розладів і запобігати ускладненням.

2. Самооцінка - це процес усвідомлення та оцінки власних якостей, здібностей і досягнень, що формується під впливом внутрішніх психологічних механізмів і зовнішнього оточення. Здорова самооцінка базується на реалістичному та позитивному ставленні до себе, змінюється протягом життя залежно від досвіду та обставин. Важливими факторами є підтримка оточення, адекватна оцінка власних можливостей та уникання надмірної критики або постійних порівнянь. Вона регулює поведінку, мотивацію, прагнення до розвитку та здатність адаптуватися до життєвих викликів.

3. Образ тіла є складним і багатограним психологічним конструктом, що поєднує сприйняття фізичного вигляду, емоційні реакції, когнітивні уявлення та поведінкові стратегії людини щодо власного тіла. Його формування починається в ранньому дитинстві та триває протягом життя під впливом біологічних факторів, таких як генетика та гормональні зміни, психологічних процесів, включно з самооцінкою та ідентичністю, а також соціокультурних впливів, зокрема медіа, культурних стандартів краси та сімейного середовища. Позитивний образ тіла сприяє гармонійному розвитку особистості, підтримує психічне благополуччя та соціальну адаптацію, тоді як негативне сприйняття власного тіла може призводити

до зниження самооцінки, емоційної нестабільності, соціальної ізоляції та розвитку клінічно значущих порушень, таких як розлади харчової поведінки, дисморфофобія або проблеми з прийняттям власної статевої ідентичності. Розуміння динаміки образу тіла та факторів, що його формують, є ключовим для ефективної профілактики психологічних розладів і розвитку стратегій, які підтримують здорове ставлення до власного тіла, зміцнюють внутрішню впевненість і сприяють гармонійному психосоціальному функціонуванню людини.

4. Розлади харчової поведінки (РХП) тісно пов'язані з низькою самооцінкою, емоційною нестабільністю та образом тіла, створюючи замкнене коло, яке ускладнює одужання. Жінки більш уразливі до негативного впливу образу тіла та емоційного стану, що підвищує ризик харчових обмежень або компульсивного переїдання. Психологічні втручання повинні включати підвищення самооцінки, навчання емоційної регуляції та формування позитивного ставлення до тіла, що важливо для лікування й профілактики РХП. Орторексія, пов'язана з нав'язливим контролем «здорового» харчування, може розвиватися незалежно від ІМТ і проявляється частіше серед студентів медичних спеціальностей, вказуючи на її особливий характер серед РХП.

РОЗДІЛ II

ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМООЦІНКИ

2.1. Обґрунтування вибору методик

Для дослідження взаємозв'язку розладів харчової поведінки з образом тіла та самооцінкою було обрано комплекс методик, що дозволяють комплексно оцінити психологічні та поведінкові аспекти, пов'язані з тілесним образом та самооцінкою.

Опитувальник образу власного тіла (ООВТ) дозволяє оцінити рівень задоволеності власним тілом та ставлення до різних його частин. Ця методика є ключовою для вивчення образу тіла, оскільки незадоволеність тілом є одним із важливих факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки. Вибір ООВТ обґрунтований її надійністю, валідністю та широким використанням у психологічних дослідженнях щодо образу тіла.

Тест «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» дозволяє дослідити суб'єктивне сприйняття окремих частин тіла та рівень незадоволеності ними. Він доповнює дані ООВТ, надаючи більш конкретну та наочну оцінку ставлення до власного тіла, що є важливим для виявлення кореляцій між образом тіла та психологічними аспектами харчової поведінки.

Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15 дозволяє виявити прояви орторексії - патологічної прихильності до здорового харчування, що часто супроводжується психологічними труднощами та поведінковими порушеннями. Використання цієї методики дає змогу оцінити специфічний вид розладів харчової поведінки, який пов'язаний із контролем та тривогою щодо харчування.

Шкала самооцінки Розенберга (RSES) використовується для вимірювання загального рівня самооцінки особистості. Оскільки самооцінка тісно пов'язана із задоволеністю власним тілом та схильністю до порушень харчової поведінки, використання цієї методики є важливим для комплексного вивчення психологічних

факторів, що впливають на формування як здорових, так і патологічних моделей харчової поведінки.

Таким чином, комбінація цих методик дозволяє всебічно оцінити психологічні та поведінкові чинники, що формують взаємозв'язок між розладами харчової поведінки, образом тіла та самооцінкою. Такий підхід забезпечує надійність і валідність результатів, а також дає змогу виявити потенційні кореляції та закономірності між ключовими змінними дослідження.

2.2. Опис методик та методів дослідження

Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою, спрямований на оцінку рівня прийняття або неприйняття людиною власної зовнішності. Його застосовують для виявлення ступеня задоволеності тілесним образом, що є особливо важливим у контексті вивчення психологічного благополуччя осіб із розладами харчової поведінки.

Методика включає 16 тверджень (Додаток А), які дозволяють оцінити емоційне ставлення до власного тіла, когнітивні уявлення та характерні поведінкові реакції. Відповіді респондентів оцінюються за чотирибальною шкалою («ніколи», «іноді», «часто», «завжди»), що дає змогу проаналізувати індивідуальні особливості сприйняття власної зовнішності.

Даний опитувальник є ефективним інструментом як у клінічних дослідженнях, так і в соціально-психологічних опитуваннях, що дозволяє виявити тенденції у ставленні до власного тіла серед різних груп населення.

Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15 [11] створений для виявлення ознак нервової орторексії, що проявляється як нав'язлива зосередженість на здоровому харчуванні. Автори визначають цей стан як «маніакальну одержимість корисною їжею».

Опитувальник містить 15 тверджень (Додаток Б), на кожне з яких респондент обирає один із чотирьох варіантів відповіді: «завжди», «часто», «іноді» або

«ніколи». Отримані бали підсумовуються, утворюючи загальний показник за шкалою. Максимально можливий бал становить 60, а результат нижче 40 свідчить про ймовірну наявність нервової орторексії.

Методика ORTO-15 використовується для виявлення надмірним захопленням здоровим харчуванням у дослідженнях. Зокрема, опитувальник використовується для оцінки харчової поведінки студентів, професійних спортсменів, а також осіб, які дотримуються певних дієтичних принципів.

Завдяки своїй структурі, опитувальник ORTO-15 дає змогу виявити перші прояви орторексичної поведінки, що робить його ефективним засобом для подальшого глибшого дослідження цього порушення.

Шкала самооцінки Розенберга (RSES) [14], створена соціологом Моррісом Розенбергом у 1965 році, використовується для оцінки рівня самооцінки. Тест складається з 10 тверджень (Додаток В), на які респонденти дають відповіді за допомогою чотирибальної шкали Лікерта, де варіанти відповіді варіюються від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Половина тверджень мають позитивну форму, інша — негативну, що дає можливість отримати збалансовану оцінку самоповаги.

RSES активно використовується в психологічних та соціологічних дослідженнях для вимірювання рівня самооцінки у підлітків та дорослих, даючи дослідникам і практичним психологам цінну інформацію про загальне ставлення індивіда до себе, що є важливим для оцінки його психологічного благополуччя та здатності до соціальної адаптації.

Тест «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT) [50].

Color-A-Person Test (CAPT) виступає як проєктивна методика, що застосовується для визначення ступеня незадоволеності людини власною зовнішністю. Він ґрунтується на принципах кольорової психодіагностики та аналізу малюнкової проєкції. Перевага CAPT полягає у його здатності не тільки виявляти «проблемні» зони в тілі через рівень незадоволеності ними, а й виявляти глибокі психологічні причини цієї незадоволеності. (Додаток Г)

Випробуваному надано зображення фігури (Додаток Е) та завдання розфарбувати відповідне поле різними кольорами (блакитний, зелений, чорний, жовтий і червоний). При цьому виборі кольору відображається ступінь задоволення визначеними частинами тіла:

Червоний - виражена незадоволеність (5 балів);

Жовтий - часткова незадоволеність (4 бали);

Чорний - нейтральне відношення (3 бали);

Зелений - задоволеність (2 бали);

Блакитний - висока задоволеність (1 бал).

На основі тесту вираховуються загальний показник задоволеності тілом, що визначається як середнє значення оцінки всіх частин тіла.

Тест допомагає виявити рівень невдоволення власною зовнішністю, діагностувати тілесну дисморфію (спотворене сприйняття власного тіла), виявити приховані комплекси, пов'язані із самосприйняттям, допомогти в терапії розладів харчової поведінки (анорексія, булімія), використовувати в психотерапевтичних сесіях для роботи з самооцінкою.

Цей метод не є самостійним діагностичним інструментом, але в комбінації з іншими тестами дає цінну інформацію про емоційний стан людини.

2.3. Обґрунтування вибору статистичних методів

Для розуміння чи є взаємозв'язок між самооцінкою та розладами харчової поведінки ми обрали наступні методи статистичної оцінки: описові статистики, перевірка отриманих результатів на нормальність, порівняльний аналіз та кореляційний аналіз. Всі розрахунки проводилися в програмі JASP версія 0.19.2.0.

Для перевірки нормальності розподілу використали метод Шапіро-Вілка це дасть нам інформацію за допомогою яких методів проводити в подальшому розрахунки. Для порівняльного аналізу в залежності від нормальності розподілу

обрано метод Манна-Уїтні та критерій Стюдента. Для кореляційного аналізу проведено за Спірменом, бо більшість шкал мають не нормальний розподіл.

Висновки до розділу II

1. Підібрали методики для проведення дослідження. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою. Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15. Шкала самооцінки Розенберга (RSES). Тест «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT).

2. Для статистичної обробки даних в контексті мети та задач дослідження будемо використовувати описові статистики, метод Шапіро-Вілка, метод Манна-Уїтні, критерій Стюдента та метод Спірмена.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ З ОБРАЗОМ ТІЛА ТА САМООЦІНКОЮ

Мета дослідження - дослідити психологічні аспекти образу тіла, орторексії та самооцінки як факторів, що впливають на виникнення та розвиток розладів харчової поведінки, а також оцінити їх зв'язок і статистичні відмінності між групами за статтю та наявністю розладів.

Завдання:

1. Виявити особливості проявленості нервової орторексії, відношення до власного тіла та рівня самооцінки, а також дослідити статеві відмінності в рівнях нервової орторексії, сприйнятті образу тіла та самооцінки.
2. Дослідити та порівняти рівень самооцінки в групах з розладом харчової поведінки та без розладу.
3. Дослідити взаємозв'язки між образом тіла, самооцінкою та проявами розладів харчової поведінки

Вибірка досліджуваних складається з 108 осіб. 31 чоловіка та 77 жінок. Вік досліджуваних від 20 до 64 років. Досліджувані мають різний рівень освіти, сімейний стан та фінансове становище.

Дослідження проводилось онлайн за допомогою гугл-форми. Досліджувані проходили опитування добровільно та були проінформовані, що в будь-який момент можуть відмовитися без жодних негативних наслідків.

Для досягнення мети дослідження та перевірки гіпотези було використано комплекс методик, спрямованих на оцінку психологічних аспектів образу тіла, орторексії, самооцінки та їхнього зв'язку з розладами харчової поведінки. Перш за все перевіряємо нормальність розподілу даних за допомогою критерію Шапіро-Вілка для шкал Опитувальник образу власного тіла (ООВТ), Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15, Шкали самооцінки Розенберга

(RSES) та всіх шкал тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT). Повна таблиця у Додатку Д.

У таблиці 3.1. «Аналіз нормальності розподілу змінних за описовими статистиками та критерієм Шапіро-Вілکا» представлені результати оцінки нормальності розподілу даних за чотирма показниками: OOBТ, ORTO-15, RSES та загальним індексом CAPT. Для кожної змінної розраховано описові статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум і максимум), а також проведено тест Шапіро-Вілка для перевірки нормальності.

Таблиця 3.1

Аналіз нормальності розподілу змінних за описовими статистиками та критерієм Шапіро-Вілка

	OOBT	ORTO-15	RSES	Загальний показник CAPT
Середнє значення	12,065	35,972	21,083	2,964
Стандартне відхилення	8,406	5,423	4,610	0,644
Шапіро-Вілк	0,857	0,986	0,974	0,969
Значущість	0,001	0,344	0,035	0,012
Мінімум	1	22	8	1
Максимум	44	49	29	4,286

Змінна «ООBT» опитувальника образу власного тіла має середнє значення 12,07 при досить великому стандартному відхиленні - 8,41, що вказує на високу варіативність оцінок серед респондентів. Значення варіюються від мінімального 1 до максимального 44, що охоплює майже всю шкалу. Тест Шапіро-Вілка показав значення статистики 0,857 при $p = 0,001$, що є статистично значущим. Це вказує на

відхилення від нормального розподілу. Такий результат може бути зумовлений наявністю викидів або асиметрією в розподілі відповідей щодо сприйняття власного тіла.

Показник «ORTO-15», який характеризує рівень орторексії, демонструє середнє значення 35,97 та стандартне відхилення 5,42, що може означати про помірну розсіяність даних навколо середнього. Мінімальне значення становить 22, а максимальне - 49. Тест Шапіро-Вілка дав результат 0,986 при $p = 0,344$, що не є статистично значущим. Це свідчить про те, що розподіл змінної ORTO-15 у вибірці відповідає нормальному.

Змінна «RSES» за шкалою Розенберга має середнє значення 21,08, стандартне відхилення 4,61, а розкид відповідей - від 8 до 29. Тест Шапіро-Вілка дав результат 0,974 при $p = 0,035$. Хоча відхилення незначне, проте $p < 0,05$, що формально вказує на відхилення від нормального розподілу.

Загальний показник CAPT має середнє значення 2,96 та стандартне відхилення 0,64, а діапазон значень - від 1 до 4,286. Тест Шапіро-Вілка показав значення 0,969 при $p = 0,012$, можна зробити висновок про не нормальний розподіл.

За отриманими результатами можна сказати, що шкала ORTO-15 має нормальний розподіл ($p = 0,344$), в той час як всі інші шкали мають не нормальний розподіл. Це будемо враховувати в подальшій роботі при виборі статистичних методів аналізу, віддаючи перевагу непараметричним підходам для змінних із порушенням нормальності.

3.1. Дослідження статевої відмінностей в рівнях нервової орторексії, сприйнятті образу тіла та самооцінки

Для виявлення особливостей у чоловіків та жінок порівняємо отримані результати розрахунків, для цього обираємо непараметричний метод Манна-Уїтні, спираючись на результати перевірки нормальності.

Дослідження з використанням римського опитувальника ORTO-15 виявило високий ризик розвитку нервової орторексії серед 82 учасників, з яких 57 - жінки, а 25 - чоловіки. Це становить 74% від загальної кількості опитаних жінок і 80% від опитаних чоловіків, що дає нам розуміння про значну поширеність ознак орторексії в досліджуваній групі.

Отримані результати частково узгоджуються з даними дослідження Plichta M., Jezewska-Zychowicz M., Gębski J. (2019) [41], проведеного серед польських студентів. У згаданій статті також було виявлено високу поширеність орторексичних тенденцій (75% за ORTO-15 при граничному значенні 40 балів), що відповідає високому рівню ризику орторексії в нашій вибірці (74% жінок, 80% чоловіків). Відсутність значущих статевих відмінностей у рівнях орторексії в нашому дослідженні також збігається з висновками Plichta M., Jezewska-Zychowicz M., Gębski J. (2019) [41], де не було виявлено суттєвих відмінностей між чоловіками та жінками. Крім того, в обох дослідженнях підтверджується зв'язок між орторексією та незадоволеністю тілом, хоча в нашому випадку вища незадоволеність серед жінок не була статистично значущою за всіма показниками.

За шкалою ORTO-15 середній бал для жінок ($N = 77$) склав 36,52 із стандартним відхиленням 5,25, тоді як для чоловіків ($N = 31$) цей показник був дещо нижчим - 34,61 із стандартним відхиленням 5,69. На основі цих даних ми бачимо, що в середньому жінки мають дещо вищі показники за цією шкалою порівняно з чоловіками. Розсіювання значень (стандартне відхилення) в обох групах приблизно однакове, що вказує на подібну варіативність усередині груп.

За результатами тесту Манна-Уїтні значущої різниці між жінками та чоловіками не виявлено ($U = 1439,000$ $p = 0,096$).

Загалом із вибірки у 108 людей незадоволені своїм тілом 39 людей, з яких 32 жінки та 7 чоловіків. Для показника «ООВТ» жінки ($N = 77$) в середньому мають вищий бал - $M = 13,22$, стандартне відхилення $SD = 8,70$, ніж чоловіки ($N = 31$), у яких середнє значення становить $M = 9,19$, $SD = 6,97$. Це може свідчити про вищий рівень незадоволеності власним тілом серед жінок, адже зазвичай за такими

шкалами більший бал означає більший рівень проблемного ставлення. Варіативність у жінок також трохи більша, що вказує на ширший розкид оцінок у цій групі. За допомогою критерію Манна-Уїтні порівнюємо сприйняття образу тіла у чоловіків та жінок та отримані результати свідчать про значну статистично значущу відмінність ($U = 1615,500$ $p = 0,004$).

Таблиця 3.2

Результати тесту Манна-Уїтні для незалежних вибірок за показниками ORTO-15, Образ тіла, Розенберг та CAPT

Методика	U	p
ORTO-15	1439,000	0,096
OOBT	1615,500	0,004
RSES	1202,000	0,957
CAPT	770,000	0,004

Описова статистика

Методика	Стать	N	Mean	SD
ORTO-15	жінка	77	36,519	5,251
	чоловік	31	34,613	5,690
OOBT	жінка	77	13,221	8,695
	чоловік	31	9,194	6,969
RSES	жінка	77	21,104	4,590
	чоловік	31	21,032	4,736
CAPT	жінка	77	2,892	0,569
	чоловік	31	3,141	0,783

Шкала самооцінки Розенберга (RSES) показує нам, що в опитуваній групі 69 опитуваних мають середній рівень самооцінки, з яких 18 чоловіків та 51 жінка та 4 чоловіка й 5 жінок мають низький рівень самооцінки. За шкалою самооцінки

Розенберга жінки ($N = 77$) мають середнє значення $M = 21,10$ ($SD = 4,59$), тоді як у чоловіків ($N = 31$) середнє майже ідентичне - $M = 21,03$ ($SD = 4,74$). Ці данні показують однаковий рівень загальної самооцінки у жінок і чоловіків у вибірці. Різниця між групами є мінімальною, а стандартні відхилення свідчать про схожу варіативність у відповідях обох груп. У досліджуваній групі рівень самооцінки чоловіків і жінок не демонстрував статистично значущих відмінностей за результатами тесту Манна–Уїтні ($U = 1202,000$; $p = 0,957$).

Загальний показник за тестом «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT) жінки ($N = 77$) мають середнє значення $M = 2,89$ ($SD = 0,57$), тоді як чоловіки ($N = 31$) - $M = 3,14$ ($SD = 0,78$). Це вказує на трохи вищий рівень загального показника у чоловіків порівняно з жінками. Також можна помітити, що варіативність відповідей у чоловіків більша, про що свідчить вище стандартне відхилення. При порівнянні за Манна–Уїтні можна казати про суттєві відмінності між жінками та чоловіками ($U = 770,000$ $p = 0,004$).

3.2. Дослідження рівня самооцінки між особами з ознаками розладу харчової поведінки і без них (за шкалами ORTO-15 та OOBТ)

Наступним кроком перевіряємо наявність статистичної різниці в середніх значеннях шкали самооцінки Розенберга у групах з розладом чи без розладу. Учасників розподілено на групи залежно від наявності розладів харчової поведінки за результатами OOBТ та ORTO-15, без врахування статі. Розрахунки проводимо за допомогою критерія Стюдента бо шкала самооцінки Розенберга має нормальний розподіл за тестом Шапіро–Вілка.

Розглянемо спочатку результати за Опитувальником образу власного тіла (OOBT).

За результатами проведення незалежного t-критерію Стюдента отримали результат, що опитувані з розладом ($N = 40$) мали нижчу середню самооцінку - $M = 19,08$, $SD = 4,84$, а опитувані без розладу ($N = 68$) - вищу самооцінку - $M = 22,27$,

SD = 4,06. Показник $t = -3,669$ є негативним, що підтверджує що середнє значення в групі з розладом нижче ніж у групі без розладу, що дає нам розуміння, що розлад може бути пов'язаний зі зниженням самооцінки та підкреслює зв'язок між наявністю розладу та зниженим рівнем самооцінки.

Таблиця 3.3

Т-тест незалежних вибірок за Опитувальником образу власного тіла

<i>Independent Samples T-Test</i>							
	t	df	p	Mean Difference	SE Difference	Cohen's d	SE Cohen's d
RSES	-3,669	106	<0,001	-3,190	0,869	-0,731	0,215
<i>Note. Student's t-test.</i>							

Описова статистика

<i>Group Descriptives</i>						
	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
RSES	З розладом	40	19,075	4,838	0,765	0,254
	Без розладу	68	2,265	4,062	0,493	0,182

Тепер проаналізуємо дані, отримані за Римським опитувальником нервової орторексії ORTO-15.

Учасники, які не мають розладу ($N = 81$), мають середній бал за шкалою самооцінки Розенберга - 21,05 зі стандартним відхиленням 4,62, що свідчить про помірний рівень самооцінки та відносно рівномірний розподіл результатів у межах

групи. Учасники, які мають розлад ($N = 27$), мають середній бал - 21,19 зі стандартним відхиленням 4,66, тобто дуже подібний до групи без розладу як за рівнем самооцінки, так і за розкиданням результатів.

Можна сказати, що рівень самооцінки майже ідентичний у обох групах - різниця між середніми складає лише 0,14 бала, що є статистично і практично несуттєвою. Це підтверджує, що наявність розладу в цій вибірці не пов'язана зі зміною рівня самооцінки. Показник $t = -0,132$, що є дуже малим значенням та може відображати відсутність суттєвої різниці, а $p=0,895$ що не є статистично-значущим рівнем.

Таблиця 3.4

Т-тест незалежних вибірок за Римським опитувальником нервової орторексії

<i>Independent Samples T-Test</i>					
	t	df	p	Cohen's d	SE Cohen's d
RSES	-0,132	106	0,895	-0,029	0,222
<i>Note. Student's t-test.</i>					

Описова статистика

<i>Group Descriptives</i>						
	Group	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
RSES	Без розладу	81	21,049	4,623	0,514	0,220
	З розладом	27	21,185	4,658	0,896	0,220

Можна зробити висновок, що між групами з розладом та без розладу немає статистично значущих різниці у рівні самооцінки та наявності чи відсутності розладу не пов'язана з рівнем самооцінки.

3.3. Аналіз взаємозв'язків між самооцінкою, образом тіла, орторексією та незадоволеністю власним тілом

3.3.1. Дослідження взаємозв'язку між різними частинами тіла у свідомості респондентів

Тепер розглянемо чи є взаємозв'язок окремими частинами тіла тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (САРТ). Для розрахунків використовуємо коефіцієнт кореляції Спірмена, бо всі шкали мають не нормальний розподіл.

З отриманих результатів тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (САРТ) можна зробити заключення якими саме частинами тіла невдоволена більшість в опитуваній групі. Одже, окремими максимально невдоволеними частинами тіла є сідниці (38 людей) та грудна клітина (30 людей), якщо сприймати невдоволеність тіла сумою показників максимальної невдоволеності та просто невдоволеності, то цими частинами тіла є живіт (70 людей, з яких 50 просто невдоволені, а 20 максимально невдоволені) та сідниці (61 людина, з яких 23 просто невдоволені, а 38 максимально невдоволені).

Частини тіла до якої більшість відноситься нейтрально верхня частина стегна (21 людина), гомілки (25 людей) та ступні (24 людини).

Та найпривабливішою частиною тіла для більшості опитуваних є передпліччя (29 людей), нижня поверхня стегна (29 людей) та волосся (27 людей).

Проведемо кореляцію між частинами тіла, щоб дослідити внутрішню структуру сприйняття власного тіла респондентами та виявити, наскільки узгодженими є оцінки окремих тілесних зон у свідомості людини. Такий аналіз

дозволяє зрозуміти, чи сприймається тіло як цілісне, взаємопов'язане утворення, чи оцінки носять фрагментарний характер, а також які саме ділянки тіла викликають найбільшу незадоволеність або психологічну напругу.

Отримані результати таблиці «Кореляційний аналіз взаємозв'язку між різними частинами тіла у свідомості респондентів» (Додаток Ж) свідчать про наявність статистично значущих кореляцій між багатьма частинами тіла. Зокрема, живіт виявив помірні позитивні кореляції з грудною клітиною ($r = 0,250$, $p = 0,009$), сідницями ($r = 0,196$, $p = 0,042$) та особливо з верхньою частиною живота ($r = 0,405$, $p < 0,001$), що говорить про загальне узгоджене сприйняття центральної частини тіла.

Верхня частина стегна значущо корелює з нижньою частиною стегна ($r = 0,416$, $p < 0,001$) та плечовим поясом ($r = 0,338$, $p < 0,001$), також спостерігається помірна кореляція з гомілками і кистями рук, що вказує на загальну тілесну інтеграцію.

Нижня частина стегна має численні зв'язки, зокрема з передпліччям ($r = 0,298$, $p = 0,002$), плечем ($r = 0,273$, $p = 0,004$), гомілками ($r = 0,372$, $p < 0,001$), тобто оцінки нижніх кінцівок пов'язані із верхніми.

Сідниці, окрім зв'язку з нижньою частиною стегна, демонструють значущі кореляції з грудною клітиною ($r = 0,377$, $p < 0,001$) та кистями рук ($r = 0,356$, $p < 0,001$), що може свідчити про асоціацію між центральними і периферичними зонами тіла.

Обличчя тісно пов'язане з волоссям ($r = 0,563$, $p < 0,001$) та кистями рук ($r = 0,274$, $p = 0,004$), що підтверджує зв'язок елементів, пов'язаних із зовнішнім виглядом.

Передпліччя демонструє високі кореляції з плечем ($r = 0,542$, $p < 0,001$) і кистями рук ($r = 0,377$, $p < 0,001$), а плечовий пояс також корелює з передпліччям і кистями рук (відповідно $r = 0,542$ та $r = 0,396$). Це вказує на узгодженість у сприйнятті верхніх кінцівок.

Грудна клітина має зв'язки з верхньою частиною живота ($r = 0,323$, $p < 0,001$) і нижньою частиною стегна ($r = 0,354$, $p < 0,001$), що підкреслює центральну роль цієї зони в образі тіла.

Гомілки тісно пов'язані зі ступнями ($r = 0,429$, $p < 0,001$), що логічно з анатомічної та психологічної точки зору.

Високі кореляції між багатьма зонами вказують, що більшість респондентів оцінюють своє тіло як взаємопов'язану систему. Це важливо для психотерапії: робота з однією частиною тіла може впливати на ставлення до інших. Зони з найвищими або ізольованими кореляціями (наприклад, живіт, обличчя, груди) можуть бути «фокусними точками» тілесного дискомфорту. Вони заслуговують особливої уваги при роботі з тілесними комплексами. Кореляції слугують базою для можливого подальшого факторного аналізу, що дозволяє виокремити латентні компоненти образу тіла (наприклад, "центральне тіло", "обличчя/зовнішність", "кінцівки"). Розуміння структури образу тіла у вибірці може допомогти у створенні програм для покращення тілесного сприйняття, особливо в підлітковому віці, серед жінок або груп із підвищеним ризиком розладів харчової поведінки.

3.3.2. Дослідження взаємозв'язку між самооцінкою за шкалою Розенберга та оцінками окремих частин тіла за тестом CAPT

У таблиці Кореляційний аналіз взаємозв'язку між самооцінкою за Розенбергом і сприйняттям окремих частин тіла (Додаток 3) наведено результати кореляційного аналізу за критерієм Спірмена між показником самооцінки за Розенбергом (RSES) та оцінками різних частин тіла, включаючи передпліччя, плече, плечовий пояс, грудну клітину, верх живота, кисті рук, гомілки та ступні. Кожен рядок містить коефіцієнт кореляції Спірмена та відповідне значення p , що вказує на наявність статистично значущих зв'язків.

Результати показують, що жоден із проаналізованих зв'язків не є статистично значущим, оскільки усі значення p перевищують рівень значущості 0,05, що

підтверджує відсутність достовірного кореляційного зв'язку між основною змінною та оцінками зазначених частин тіла.

Найвищий за абсолютним значенням коефіцієнт кореляції спостерігається для змінної Верх живота, де коефіцієнт Спірмена (r) дорівнює $-0,142$ при $p = 0,143$, що свідчить про слабку негативну, але статистично незначущу кореляцію. Схожий незначущий зворотний зв'язок виявлено і з показником Предпліччя ($r = -0,135$, $p = 0,165$). Решта коефіцієнтів коливаються близько до нуля, наприклад, для Плече ($r = 0,032$, $p = 0,741$), Плечовий пояс ($r = 0,013$, $p = 0,894$), Грудна клітина ($r = 0,046$, $p = 0,637$), Кисті рук ($r = -0,036$, $p = 0,713$), Гомілки ($r = 0,009$, $p = 0,927$) та Ступні ($r = -0,059$, $p = 0,541$), що вказує на відсутність зв'язку або надзвичайно слабкий зв'язок, який не має статистичної значущості.

Загалом, за результатами аналізу можна зробити висновок, що в досліджуваній вибірці не виявлено статистично значущих кореляцій між основним показником і оцінками власного сприйняття зазначених частин тіла. Це може свідчити про те, що ставлення до конкретних ділянок тіла не є критичним фактором, що впливає на досліджувану психологічну характеристику, або ж про те, що такий вплив є опосередкованим.

3.3.3. Дослідження взаємозв'язку між самооцінкою, образом тіла та розладами харчової поведінки

Для перевірки наявності взаємозв'язку між самооцінкою та розладами харчової поведінки проведемо кореляцію за допомогою коефіцієнта Спірмена, бо більшість шкал мають не нормальний розподіл. Для цього проведемо розрахунки показника Шкали самооцінки Розенберга (RSES) з Опитувальником образу власного тіла (ООВТ), Римським опитувальником нервової орторексії ORTO-15 та загальним показником тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT).

Кореляція між образом тіла та самооцінкою, з коефіцієнтом Спірмена $r = -0,399$ і значущістю $p < 0,001$, свідчить про помірний обернений (негативний) зв'язок між цими двома змінними. Можна припустити, що зі зростанням негативного ставлення до власного образу тіла (тобто, коли людина більше незадоволена своїм тілом), рівень самооцінки має тенденцію знижуватися. І навпаки, кращий (позитивний) образ тіла асоціюється з вищою самооцінкою. Важливо відмітити, що значущість $p < 0,001$ показує, що цей зв'язок є статистично надійним і малоімовірно виник випадково.

Можна зробити висновок, що сприйняття власного тіла впливає на загальну самооцінку людини: негативний образ тіла пов'язаний із нижчою самооцінкою.

Таблиця 3.7

**Кореляційний аналіз взаємозв'язку між образом тіла, орторексією,
самооцінкою та загальним показником**

<i>Spearman's Correlations</i>					
		RSES	OOBT	ORTO-15	CAPT
RSES	Spearman's rho	-			
	p-value	-			
OOBT	Spearman's rho	-0,399	-		
	p-value	<0,001	-		
ORTO-15	Spearman's rho	0,027	0,250	-	
	p-value	0,783	0,009	-	
CAPT	Spearman's rho	-0,088	-0,142	-0,060	-
	p-value	0,363	0,143	0,538	-

Кореляція між показниками Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15 та Шкали самооцінки Розенберга (RSES), з коефіцієнтом Спірмена $r = 0,027$ і значущістю $p = 0,783$, що вказує на дуже слабкий і практично відсутній зв'язок між цими двома змінними. Значення коефіцієнта близьке до нуля означає, що рівень орторексії не пов'язаний зі змінами в рівні самооцінки. Крім того, висока p -значущість ($p = 0,783$, що значно більше стандартного порогу $0,05$) вказує на те, що ця кореляція не є статистично значущою, і отриманий результат цілком може бути випадковим.

Слід зазначити, що у вибірці немає підтвердження існування значущого зв'язку між рівнем орторексії за ORTO-15 та самооцінкою.

Кореляція між Загальним показником тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT) і Шкалою самооцінки Розенберга (RSES), з коефіцієнтом Спірмена $r = -0,088$ і значущістю $p = 0,363$, свідчить про дуже слабкий негативний зв'язок між цими змінними. Аналіз показав, що немає підстав стверджувати, що Загальний показник пов'язаний із рівнем самооцінки. Цей результат дає можливість припускати, що зміни в Загальному показнику не впливають на самооцінку і навпаки.

Кореляція між показником Опитувальника образу власного тіла (ООБТ) та показниками Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15, з коефіцієнтом Спірмена $r = 0,250$ і значущістю $p < 0,009$, свідчить про слабкий позитивний зв'язок між цими змінними. Це підтверджує те, що позитивне сприйняття власного тіла має певний зв'язок із показниками ORTO-15, що може вказувати на слабку взаємозалежність між образом тіла та проявами орторексії. Значущість $p < 0,009$ підтверджує, що цей зв'язок є статистично значущим. Є підстави вважати, що існує слабка, але достовірна позитивна кореляція між образом тіла та орторексією за ORTO-15.

Кореляція між показником Опитувальника образу власного тіла (ООБТ) та загальним показником тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT), з коефіцієнтом Спірмена $r = -0,142$ і значущістю $p = 0,143$, свідчить про

слабкий негативний зв'язок між цими змінними. Однак, оскільки рівень значущості $p = 0,143$ перевищує стандартний поріг $0,05$, цей зв'язок не є статистично значущим.

Результати свідчать, що у вибірці немає достатніх підстав вважати, що образ тіла пов'язаний із загальним показником - наявний слабкий тренд на негативний зв'язок, але він не підтверджується статистично.

Кореляція між показниками Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15 та загальним показником тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT), з коефіцієнтом Спірмена $r = -0,060$ і значущістю $p = 0,538$, свідчить про дуже слабкий негативний зв'язок між цими змінними. Значення коефіцієнта близьке до нуля і висока p -значущість ($p = 0,538$, що значно більше за $0,05$) свідчать про відсутність статистично значущого зв'язку. На основі отриманих даних можна зробити висновок, що у вибірці немає статистично значущого зв'язку між ORTO-15 та загальним показником.

Для комплексного аналізу взаємозв'язку між орторексією, образом власного тіла та рівнем самооцінки було опрацьовано дані 108 учасників. За допомогою римського опитувальника ORTO-15, ООВТ та шкали самооцінки Розенберга (RSES) було виявлено ключові психологічні патерни, що характеризують досліджувану групу та дозволяють окреслити особливості проявів орторексії і ставлення до власного тіла.

З вибірки у 108 осіб 82 учасники (75,9%) продемонстрували позитивний результат за шкалою ORTO-15, що вказує на високий ризик розвитку нервової орторексії. Водночас 26 осіб (24,1%) отримали негативний результат, що відображає відсутність виражених ознак орторексії. Такий розподіл підкреслює значну поширеність схильності до орторексії серед досліджуваної вибірки, що може бути пов'язано з сучасними суспільними тенденціями до надмірної уваги до здорового харчування та способу життя.

Аналіз даних показав, що 24,07 % від загальної вибірки мають позитивні результати як за шкалою ORTO-15, так і за ООВТ, що вказує на одночасну

наявність схильності до орторексії та проблемного сприйняття власного тіла. Це може означати, що у частини респондентів прагнення до надмірного контролю харчування поєднується з незадоволенням власним тілом, що становить важливий напрям для подальшого аналізу.

В той же час 12,96% показали позитивний результат за ООВТ, свідчаючи про незадоволеність власним тілом, але не мали ознак орторексії за ORTO-15. Це вказує на те, що незадоволеність власним тілом у цих учасників не пов'язана з орторексичними тенденціями, а може бути зумовлена іншими психологічними чи соціокультурними факторами, такими як ідеали краси, тиск медіа чи особистісні особливості.

Ще 10,19% отримали негативні результати за обома шкалами - ORTO-15 та ООВТ, що вказує на відсутність проблем зі сприйняттям власного тіла та схильністю до орторексії. Ця група може розглядатися як психологічно стійка до впливу соціальних стандартів щодо зовнішності та харчування.

Більшість у вибірці вибірки, а саме 52,78% показала позитивний результат за ORTO-15, проте не мала ознак незадоволеності тілом за ООВТ. Це вказує на те, що значна частина осіб із схильністю до орторексії не відчуває незадоволеності власним тілом. Такі результати можуть свідчити про те, що орторексична поведінка в цій групі більше пов'язана з прагненням до здоров'я чи контролю над харчуванням, ніж із проблемами сприйняття власного тіла.

Для аналізу впливу самооцінки на орторексію та сприйняття образу тіла учасників було поділено на три групи за рівнем самооцінки (висока, середня, низька) за шкалою RSES, після чого розглянуто їхні результати за ORTO-15 та ООВТ.

Серед учасників із високим рівнем самооцінки виявлено, що 15,7% вибірки показали позитивний результат за тестом ORTO-15, що свідчить про наявність схильності до орторексії; 1,9% отримали позитивний результат за ООВТ, що вказує на незадоволення власним тілом; 5,6% продемонстрували позитивні результати за обома методиками (ORTO-15 та ООВТ), що може бути ознакою більш вираженого

психологічного неблагополуччя, а 4,6% не мають схильностей ні за методикою ORTO-15, ні за OOBТ, що вказує на відсутність ознак труднощів із харчовою поведінкою та ставленням до власного тіла.

Ці дані вказують на те, що висока самооцінка не є абсолютним захистом від орторексії чи незадоволеності тілом, але частка осіб із проблемами в цій групі є відносно низькою.

У групі з середнім рівнем самооцінки спостерігаємо, що 33,3% отримали позитивний результат за ORTO-15; 10,2% показали позитивний результат за OOBТ, а от позитивні результати одночасно за обома методиками продемонстрували 15,7% респондентів. В цій групі негативні результати за обома досліджуваними шкалами мають лише 4,6%.

Можна припустити, що середня самооцінка часто пов'язана зі схильністю до орторексії, що, ймовірно, зумовлено прагненням контролювати себе або бажанням отримати визнання від оточення.

У групі респондентів із низьким рівнем самооцінки зафіксовано, 3,7% опитуваних отримали позитивний показник за тестом ORTO-15; тільки 1 опитуваний (0,9%) мав позитивний результат за OOBТ, всього 3 респонденти (2,8%) показали позитивні результати одночасно за обома методиками та 1 учасник (0,9%) отримав негативні результати за обома тестами одночасно.

Низька самооцінка асоціюється з меншою кількістю учасників із проблемами, але наявність 3 осіб із позитивними результатами за обома тестами може вказувати на підвищену вразливість до психологічного дистресу в цій групі.

Отримані дані дозволяють припустити, що орторексія та незадоволеність тілом не завжди є взаємопов'язаними явищами. Для значної частини вибірки (57 осіб) схильність до орторексії існує незалежно від проблем зі сприйняттям образу тіла, що може вказувати на різні мотиваційні основи такої поведінки. Наприклад, орторексія може бути зумовлена не стільки прагненням відповідати зовнішнім стандартам краси, скільки внутрішньою потребою в контролі, перфекціонізмом чи тривожністю щодо здоров'я.

Наявність 25 осіб із позитивними результатами за обома шкалами (ORTO-15 та OOBТ) підкреслює важливість комплексного підходу до аналізу цих явищ. Для таких учасників орторексія може бути одним із проявів глибшого психологічного дистресу, пов'язаного з незадоволеністю тілом, що вимагає додаткової уваги в психотерапевтичній практиці.

Група з 14 осіб, які мають незадоволеність тілом, але не демонструють ознак орторексії, може вказувати на те, що проблеми зі сприйняттям тіла в цих учасників мають інші психологічні корені, такі як низька самооцінка, соціальний тиск або травматичний досвід. Це потребує подальшого дослідження для визначення специфічних факторів.

Щодо самооцінки, результати показують, що середня самооцінка асоціюється з найбільшою кількістю осіб, схильних до орторексії (36 осіб), що може свідчити про те, що помірний рівень самооцінки часто супроводжується прагненням до самоконтролю чи соціальної відповідності. Натомість низька самооцінка рідше асоціюється з орторексією чи незадоволеністю тілом, але наявність осіб із позитивними результатами за обома тестами в цій групі вказує на підвищену вразливість до психологічних проблем.

Результати дослідження вказують на складний взаємозв'язок між орторексією, сприйняттям образу тіла та самооцінкою. Значна поширеність позитивних результатів за ORTO-15 (75,9%) у вибірці підтверджує актуальність проблеми орторексії в сучасному суспільстві. Поєднання результатів за ORTO-15, OOBТ та RSES показує, що ставлення до власного тіла, харчова поведінка та самооцінка взаємопов'язані й залежать від багатьох психологічних чинників. Для практичної психології ці дані вказують на необхідність індивідуалізованого підходу до клієнтів із подібними проблемами, враховуючи як їхні харчові звички, так і ставлення до власного тіла та рівень самооцінки. У подальших дослідженнях доцільно вивчати психологічні та соціокультурні чинники, що впливають на орторексію та незадоволеність тілом, а також розробляти ефективні методи психологічної підтримки.

Висновки до розділу III

У межах проведеного емпіричного дослідження було проаналізовано зв'язок між рівнем самооцінки, тілесним сприйняттям та проявами розладів харчової поведінки у дорослих. Також вивчалися статеві відмінності та психометрична структура образу тіла. На основі аналізу отриманих даних зроблено такі основні висновки:

1. У ході аналізу було виявлено низку особливостей у сприйнятті власного тіла, рівні орторексії, самооцінці та ставленні до тіла серед чоловіків і жінок. Зокрема за рівнем орторексії жінки мали вищі показники (середній бал 36,52), ніж чоловіки (середній бал 34,61). Статистично значущої відмінності між групами не було встановлено, що узгоджується з висновками Plichta et al. (2019), де також не виявлено суттєвих статевих розбіжностей. Високий ризик розвитку орторексії спостерігався у 82 учасників (75,9% від вибірки), з яких 57 жінок (74,0% від жіночої групи) та 25 чоловіків (80,6% від чоловічої групи), що вказує на значну поширеність орторексичних тенденцій

Аналіз даних за опитувальником образу власного тіла показав, що жінки мають вищий рівень занепокоєння та невдоволення своїм тілом ($M = 13,22$; $SD = 8,70$), ніж чоловіки ($M = 9,19$; $SD = 6,97$). Загалом 36,1% від вибірки висловили незадоволеність тілом, з яких 41,6% жінок та 22,6% чоловіків. Однак статистично значущих відмінностей не зафіксовано ($U = 1439,000$; $p = 0,096$).

Аналіз середніх балів самооцінки засвідчив, що показники жінок ($M = 21,10$; $SD = 4,59$) та чоловіків ($M = 21,03$; $SD = 4,74$) є майже ідентичними. Між групами не простежується статистично значущих розбіжностей ($U = 1202,000$; $p = 0,957$). У вибірці 69 осіб мали середній рівень самооцінки (51 жінка та 18 чоловіків), тоді як низький рівень зафіксовано у 9 осіб (5 жінок та 4 чоловіки), що вказує на подібну стабільність самооцінки в обох групах.

Щодо загального сприйняття власного тіла, чоловіки продемонстрували дещо вищі показники ($M = 3,14$; $SD = 0,78$), ніж жінки ($M = 2,89$; $SD = 0,57$), і ця відмінність є статистично значущою ($U = 770,000$; $p = 0,004$), що вказує на вищий рівень незадоволеності тілом серед чоловіків. Крім того, аналіз сприйняття образу тіла також виявив статистично значущу різницю між групами ($U = 1615,500$; $p = 0,004$), підкреслюючи статево-специфічні особливості у сприйнятті власного тіла.

Таким чином, дослідження підтверджує високу поширеність орторексії (75,9%) без значущих статевих відмінностей у рівнях орторексії та самооцінки, але з помітними розбіжностями у сприйнятті та незадоволеності образом тіла, що вимагає подальшого вивчення та розробки статево-чутливих психологічних інтервенцій.

2. У результаті дослідження виявлено, що наявність розладів харчової поведінки, пов'язаних із незадоволеністю тілом, оціненою за Опитувальником образу власного тіла (ООВТ), супроводжується суттєвим зниженням рівня самооцінки. Зокрема, учасники з розладом ($N = 40$) мали нижчий середній рівень самооцінки за шкалою Розенберга (RSES) – $M = 19,08$ ($SD = 4,84$), порівняно з учасниками без розладу ($N = 68$), у яких середній бал склав $M = 22,27$ ($SD = 4,06$). Негативне значення t -статистики ($t = -3,669$; $p < 0,001$) підтверджує статистично значущу різницю між групами, що вказує на міцний зв'язок між незадоволеністю образом тіла та зниженням самооцінки.

В той же час результати Римського опитувальника нервової орторексії, визначені за шкалою ORTO-15, значущо не впливають на самооцінку респондентів, бо опитувані без ознак розладу ($N = 81$) показали середній бал за шкалою RSES $M = 21,05$ ($SD = 4,62$), тоді як у групі з наявністю розладу ($N = 27$) середнє значення становило $M = 21,19$ ($SD = 4,66$). Різниця між середніми значеннями (0,14 бала) є мінімальною, а результати t -критерію Ст'юдента ($t = -0,132$; $p = 0,895$) підтверджують відсутність статистично значущої різниці між групами.

3. В результаті проведеного аналізу взаємозв'язку між різними частинами тіла у свідомості респондентів за тестом «Вказівки кольору на незадоволеність

власним тілом» (САРТ) було встановлено, що найбільше незадоволення респонденти висловлювали щодо таких частин тіла, як сідниці (61 особа: 23 просто невдоволені, 38 максимально невдоволені), грудна клітка (30 осіб максимально невдоволені) та живіт (70 осіб: 50 просто невдоволені, 20 максимально невдоволені). Водночас верхня частина стегна (21 особа), гомілки (25 осіб) та ступні (24 особи) найчастіше отримували нейтральні оцінки, що може свідчити про відсутність яскраво вираженого емоційного ставлення до цих частин тіла. Найпривабливішими, за оцінками учасників дослідження, були передпліччя (29 осіб), нижня частина стегна (29 осіб) та волосся (27 осіб).

Кореляційний аналіз між оцінками різних частин тіла за тестом «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (САРТ) виявив наявність значущих позитивних зв'язків, що дозволяє трактувати сприйняття тіла як інтегрованої системи. Зокрема, живіт корелює з грудною кліткою ($r = 0,250$; $p = 0,009$), сідницями ($r = 0,196$; $p = 0,042$) та верхньою частиною живота ($r = 0,405$; $p < 0,001$). Верхня частина стегна пов'язана з нижньою частиною стегна ($r = 0,416$; $p < 0,001$) і плечовим поясом ($r = 0,338$; $p < 0,001$). Нижня частина стегна корелює з передпліччям ($r = 0,298$; $p = 0,002$), плечем ($r = 0,273$; $p = 0,004$) і гомілками ($r = 0,372$; $p < 0,001$). Сідниці мають зв'язки з грудною кліткою ($r = 0,377$; $p < 0,001$) і кистями рук ($r = 0,356$; $p < 0,001$). Обличчя тісно пов'язане з волоссям ($r = 0,563$; $p < 0,001$), а передпліччя – з плечем ($r = 0,542$; $p < 0,001$) і кистями рук ($r = 0,377$; $p < 0,001$). Грудна клітка корелює з верхньою частиною живота ($r = 0,323$; $p < 0,001$) і нижньою частиною стегна ($r = 0,354$; $p < 0,001$), а гомілки – зі ступнями ($r = 0,429$; $p < 0,001$).

Ці зв'язки свідчать про те, що ставлення до окремих частин тіла не є ізольованим, а формується в межах цілісного образу тіла. Виявлені кореляції вказують на взаємопов'язане сприйняття тіла, що може бути використано для розробки цільових психологічних інтервенцій, спрямованих на покращення тілесного сприйняття, особливо в групах із ризиком розладів харчової поведінки.

На підставі проведеного кореляційного аналізу між показником самооцінки за шкалою Розенберга (RSES) та оцінками окремих частин тіла за тестом «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT) у вибірці ($N = 108$) не виявлено статистично значущих зв'язків. Усі значення коефіцієнтів кореляції Спірмена є низькими та не досягають рівня статистичної значущості ($p > 0,05$), що підтверджує відсутність достовірного взаємозв'язку. Найвищі за абсолютним значенням коефіцієнти зафіксовано для верхньої частини живота ($r = -0,142$; $p = 0,143$) та передпліччя ($r = -0,135$; $p = 0,165$), однак ці зв'язки є слабкими та статистично незначущими. Інші показники демонструють ще нижчі коефіцієнти, зокрема для плеча ($r = 0,032$; $p = 0,741$), плечового поясу ($r = 0,013$; $p = 0,894$), грудної клітки ($r = 0,046$; $p = 0,637$), кистей рук ($r = -0,036$; $p = 0,713$), гомілок ($r = 0,009$; $p = 0,927$) та ступнів ($r = -0,059$; $p = 0,541$). Отже, у межах даного дослідження немає підстав вважати, що сприйняття окремих локальних ділянок тіла суттєво впливає на загальний рівень самооцінки, що може свідчити про опосередкований характер такого впливу або його незначущість у межах конкретної вибірки.

4. У ході кореляційного аналізу за критерієм Спірмена було виявлено, що образ тіла за Опитувальником образу власного тіла (ООВТ) має статистично значущий помірний обернений зв'язок із самооцінкою за шкалою Розенберга (RSES) ($r = -0,399$; $p < 0,001$). Це свідчить, що чим гірше людина сприймає власне тіло, тим нижча її самооцінка, і навпаки, позитивніше сприйняття тіла асоціюється з вищою самооцінкою. Разом з тим, результати за шкалою Римського опитувальника нервової орторексії (ORTO-15) не демонструють суттєвого зв'язку з рівнем самооцінки ($r = 0,027$; $p = 0,783$), оскільки кореляція є дуже слабкою та статистично незначущою. Аналогічно, кореляція між самооцінкою та загальним показником тесту «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT) виявилася слабкою і незначущою ($r = -0,088$; $p = 0,363$).

Слабкий, але статистично значущий позитивний зв'язок простежується між образом тіла (ООВТ) та рівнем орторексії за ORTO-15 ($r = 0,250$; $p = 0,009$), що

вказує на певну взаємозалежність між незадоволеністю тілом та орторексичними тенденціями. Однак кореляція між ООВТ та загальним показником САРТ ($r = -0,142$; $p = 0,143$) та між ORTO-15 і загальним показником САРТ ($r = -0,060$; $p = 0,538$) виявилися статистично незначущими через високі значення p ($p > 0,05$).

Аналіз показав, що 82 учасники (75,9%) мали позитивний результат за ORTO-15, що вказує на високий ризик орторексії, тоді як 24,1% не мали таких ознак. Позитивні результати за ООВТ і ORTO-15 одночасно спостерігалися у 24,07% вибірки, що може вказувати на поєднання незадоволеності тілом і орторексії. Натомість 12,96% показали незадоволеність тілом без орторексії, 52,78% мали схильність до орторексії без проблем зі сприйняттям тіла, а 10,19% не мали проблем за обома шкалами.

Розподіл за рівнем самооцінки показав, що серед учасників із високою самооцінкою 15,7% мали позитивний результат за ORTO-15, 1,9% – за ООВТ, 5,6% – за обома шкалами, а 4,6% не мали проблем. У групі із середньою самооцінкою 33,3% показали позитивний результат за ORTO-15, 10,2% – за ООВТ, 15,7% – за обома шкалами, а 4,6% не мали проблем. У групі з низькою самооцінкою 3,7% мали позитивний результат за ORTO-15, 0,9% – за ООВТ, 2,8% – за обома шкалами, і 0,9% не мали проблем.

Отже, найбільш тісний зв'язок спостерігається між образом тіла та самооцінкою, тоді як зв'язки між орторексією, загальним показником САРТ і самооцінкою є слабкими або відсутніми. Ці результати підкреслюють складність взаємозв'язків між орторексією, сприйняттям тіла та самооцінкою, вказуючи на необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки осіб із такими проблемами.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретичний аналіз ключових понять «розлади харчової поведінки», «образ тіла» та «самооцінка» дозволяє зробити ряд узагальнень, що відображають їхню сутність, взаємозв'язки та значення в контексті психологічного здоров'я. Ці висновки базуються на систематизації літературних джерел, класифікаціях та емпіричних дослідженнях, які підкреслюють багатогранність цих феноменів і їхній вплив на фізичне, психічне та соціальне благополуччя людини.

У цілому, теоретичний аналіз демонструє, що розлади харчової поведінки, образ тіла та самооцінка є взаємопов'язаними елементами психічної структури особистості, де спотворення одного компонента посилює проблеми в інших. Це підкреслює необхідність інтегративного підходу в психології та психотерапії, з урахуванням біопсихосоціальних факторів. Подальші дослідження, особливо в незахідних культурах та з лонгітудним дизайном, дозволять глибше зрозуміти механізми цих феноменів та розробити ефективні стратегії профілактики та корекції для покращення якості життя.

2. Дослідження підтвердило високу поширеність нервової орторексії серед чоловіків і жінок, з незначною тенденцією до вищих показників у жінок. Жінки демонструють більшу незадоволеність образом тіла, тоді як рівень самооцінки не має статевих відмінностей. Для глибшого розуміння цих явищ необхідні подальші дослідження з більшими вибірками та уточненням інструментів оцінки для підвищення точності діагностики.

3. Дослідження показало, що розлади харчової поведінки, пов'язані з незадоволеністю тілом та зі зниженням самооцінки, тоді як схильність до нервової орторексії не впливала на рівень самооцінки в цій вибірці. Ці результати підтверджують багатогранність розладів харчової поведінки та їхній різний вплив на психологічне благополуччя. Для ефективної профілактики та терапії необхідно враховувати специфіку кожного типу розладу, а також проводити подальші

дослідження для уточнення зв'язків між орторексією, образом тіла та самооцінкою в більших і різноманітніших вибірках.

4. Дослідження підтвердило наявність суттєвих взаємозв'язків між різними частинами тіла, що може демонструвати цілісне сприйняття образу тіла в опитуваній групі. Центральні зони є джерелом найбільшої незадоволеності, тоді як периферичні – часто нейтральними чи позитивними. Результати підкреслюють необхідність комплексного підходу в психології для корекції тілесних комплексів, а також подальших досліджень з використанням факторного аналізу для виділення латентних структур образу тіла. Це сприяє розробці ефективних стратегій профілактики розладів харчової поведінки та підвищення самооцінки.

5. У досліджуваній вибірці не виявлено виражених кореляцій між самооцінкою та оцінками окремих частин тіла. Це може означати, що сприйняття конкретних зон тіла не відіграє ключової ролі у формуванні самооцінки в цій групі. Результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до вивчення самооцінки, з урахуванням ширших психологічних і соціокультурних факторів, а також подальших досліджень для уточнення потенційних опосередкованих зв'язків між образом тіла та самооцінкою.

6. Аналіз виявив стійкий негативний зв'язок між образом тіла та самооцінкою, а також слабкий позитивний зв'язок між образом тіла та орторексією, тоді як інші взаємозв'язки є слабкими або відсутніми. Це може відображати складну, не завжди пряму взаємодію конструктів, де орторексія часто незалежна від незадоволеності тілом, але може посилюватися при проблемах з образом тіла. Результати підкреслюють актуальність проблеми орторексії в сучасному суспільстві та необхідність комплексних психологічних інтервенцій для профілактики та корекції, з акцентом на підвищення самооцінки та формування здорового ставлення до тіла. Подальші дослідження з більшими вибірками дозволять уточнити ці зв'язки та розробити ефективні стратегії підтримки психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. пр. Сєверодонецьк, 2017. № 3 (44). С. 35–43. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp 2017 3 5> (дата звернення: 07.05.2025).
2. Абсалямова Л.М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2016. Вип. 5, № 1. С. 7–11. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp 2016 5%281%29 3> (дата звернення: 07.05.2025).
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. Вип. 25. С. 19–33. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/irbis_nbuv/cgiirbis 64 (дата звернення: 07.05.2025).
4. Гончаренко В. Орторексія. Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. 23 серпня 2023. URL: <https://ed-ua.com/faq/ortoreksiya/> (дата звернення: 07.05.2025).
5. Дідковська Л., Балагурак О. Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-столітті. Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки. 2023. Вип. 15. С. 17–26. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.15.3> (дата звернення: 07.05.2025).
6. Дністрянська М. В., Таран О. В. Психологічні особливості харчової поведінки у людей з надлишковою вагою. Особистість в сучасних реаліях: становлення, розвиток, парадокси : зб. наук. пр. Вінниця, 2022. С. 13–16. URL: <https://vsei.vn.ua/images/Doc/Nauka/Konferentsiya ta seminary/zbirnik-naukovih-prac-v-psihologichnij-forum.pdf> (дата звернення: 07.05.2025).
7. Добровольська К. В. Сприйняття образу власного тіла. Психолого-педагогічний практикум : метод. посіб. / рец. Гірник А. М., Копець Л. В. ;

Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ : Дірект Лайн, 2019. Ч. 4. С. 19–27. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/30895> (дата звернення: 07.05.2025).

8. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я: 10-й перегляд (МКХ-10). URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (дата звернення: 07.05.2025).

9. Назаренко Т. Розлади харчової поведінки: діагностика та мішені терапії. Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. 2019. URL: <https://ed-ua.com/article/rozladi-harchovoyi-povedinki-diagnostika-ta-misheni-terapiyi/> (дата звернення: 07.05.2025).

10. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44, № 2. С. 184–191. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2012_44%282%29_22 (дата звернення: 07.05.2025).

11. Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15. URL: https://www.eztests.xyz/tests/eating_orto_15/ (дата звернення: 07.05.2025).

12. Фатєєва М. С. Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних та зарубіжних розшукувань. Теорія і практика сучасної психології. 2019. Т. 3, № 1. С. 153–157. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.3-1.28> (дата звернення: 07.05.2025).

13. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с. ISBN 966-7880-85-0. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/427530.pdf (дата звернення: 07.05.2025).

14. Шкала самооцінки Розенберга (RSES). URL: <https://kpt-center.com.ua/test/shkala-samooczinki-rozenberga/> (дата звернення: 07.05.2025).

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (дата звернення: 07.05.2025).

16. Balasundaram P. Eating Disorders / P. Balasundaram, P. Santhanam. StatPearls. National Center for Biotechnology Information, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551661/> (дата звернення: 07.05.2025).
17. Barnes R. D. An examination of weight bias among treatment-seeking obese patients with and without binge eating disorder / R. D. Barnes, V. Ivezaj, C. M. Grilo. General Hospital Psychiatry. 2014. Vol. 36, № 2. P. 177–180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.011> (дата звернення: 07.05.2025).
18. Berne E. What Do You Say After You Say Hello? Corgi Adult, 1975. 475 p.
19. Brechan I. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression / I. Brechan, I. L. Kvalem. Eating Behaviors. 2015. Vol. 17. P. 49–58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008> (дата звернення: 07.05.2025).
20. Button E. J. Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service / E. J. Button [et al.]. Psychiatric Bulletin. 2005. Vol. 29, № 4. P. 134–136. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.29.4.134> (дата звернення: 29.01.2025).
21. Body Image: a handbook of science, practice, and prevention / за ред. Т. F. Cash, L. Smolak. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2012. 490 p. ISBN 978-1-4625-0958-4. URL: <https://www.guilford.com/books/Body-Image/Cash-Smolak/9781609181826> (дата звернення: 07.05.2025).
22. Castellini G. Body esteem as a common factor of a tendency toward binge eating and sexual dissatisfaction among women: The role of dissociation and stress response during sex / G. Castellini, C. Lo Sauro, V. Ricca, A. H. Rellini. The Journal of Sexual Medicine. 2017. Vol. 14, № 8. P. 1036–1045. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.001> (дата звернення: 07.05.2025).
23. Colmsee I.-S. O. Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders / I.-S. O. Colmsee, P. Hank, M. Bošnjak. Zeitschrift für Psychologie. 2021. Vol. 229, № 1. P. 48–69. DOI: <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433> (дата звернення: 29.01.2025).
24. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco, 1967. 216 p.

25. Culbert K. M. Research review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research / K. M. Culbert, S. E. Racine, K. L. Klump. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015. Vol. 56, № 11. P. 1141–1164. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441> (дата звернення: 07.05.2025).
26. Demo D. H. Self-Esteem of Children and Adolescents. Extending Self-Esteem Theory and Research. 2001. P. 135–156. DOI: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511527739.007> (дата звернення: 13.06.2025).
27. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook / C. G. Fairburn, K. D. Brownell. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2002. URL: https://books.google.com/books/about/Eating_Disorders_and_Obesity.html?id=rNbdAGVNIh0C (дата звернення: 13.06.2025).
28. Eating disorders, body image, emotion, and self-esteem in adults: A systematic review / M. Abdoli [et al.]. Current Issues in Sport Science (CISS). 2024. Vol. 9, № 4. P. 027. DOI: <https://doi.org/10.36950/2024.4ciss027> (дата звернення: 29.01.2025).
29. Eating Disorders. National Institute of Mental Health. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders> (дата звернення: 07.05.2025).
30. Eating disorders – Overview. NHS – National Health Service. URL: <https://www.nhs.uk/mental-health/feelings-symptoms-behaviours/behaviours/eating-disorders/overview> (дата звернення: 07.05.2025).
31. Emotional Eating. HealthLink BC. URL: <https://www.healthlinkbc.ca/healthwise/emotional-eating> (дата звернення: 07.05.2025).
32. Fairburn C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York : The Guilford Press, 2008. 324 p. ISBN 978-1-59385-709-7. URL: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavior-Therapy-and-Eating-Disorders/Fairburn/9781593857097> (дата звернення: 07.05.2025).
33. Freud S. General Introduction to Psychoanalysis. Independently Published, 2020.
34. Fugh-Berman A. Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession With Healthful Eating. JAMA The Journal of the American Medical

Association. 2001. Vol. 285, № 17. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.285.17.2255-a> (дата звернення: 07.05.2025).

35. Grogan S. Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children. 3rd ed. London : Routledge, 2016. 228 p. ISBN 978-1-315-68152-8. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315681528> (дата звернення: 07.05.2025).

36. Horney K. Our inner conflicts. New York : Norton, 1945. 250 p.

37. Kelly A. C. Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility / A. C. Kelly, K. Vimalakanthan, K. E. Miller. Body Image. 2014. Vol. 11, № 4. P. 446–453. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005> (дата звернення: 07.05.2025).

38. Krauss S. The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies / S. Krauss, L. C. Dapp, U. Orth. Clinical Psychological Science. 2023. P. 216770262211442. DOI: <https://doi.org/10.1177/21677026221144255> (дата звернення: 29.01.2025).

39. Lewer M. Body image disturbance in binge eating disorder: A comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image / M. Lewer, N. Nasrawi, D. Schroeder, S. Vocks. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2015. Vol. 21. P. 115–125. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0200-5> (дата звернення: 07.05.2025).

40. Phillips K. A. Дисморфічний розлад тіла / K. A. Phillips, D. J. Stein. MSD Manual Professional Edition. 5 червня 2023. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/obsessive-compulsive-and-related-disorders/body-dysmorphic-disorder> (дата звернення: 07.05.2025).

41. Plichta M. Orthorexic Tendency in Polish Students: Exploring Association with Dietary Patterns, Body Satisfaction and Weight / M. Plichta, M. Jezewska-Zychowicz, J. Gębski. Nutrients. 2019. Vol. 11, № 1. P. 100. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11010100> (дата звернення: 29.01.2025).

42. Reichenberger J. Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies / J. Reichenberger, R. Schnepper, A.-K. Arend, J. Blechert. Proceedings of the Nutrition Society. 2020. Vol. 79, № 3. P. 290–299. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0029665120007004> (дата звернення: 07.05.2025).
43. Reitz A. K. Self-esteem development and life events: A review and integrative process framework. Social and Personality Psychology Compass. 2022. Vol. 16, № 11. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12709> (дата звернення: 13.06.2025).
44. Rogers C. R. Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. Boston : Houghton Mifflin, 1965. 560 p.
45. Salman E. J. Night Eating Syndrome / E. J. Salman, R. Kabir. StatPearls. National Center for Biotechnology Information, останнє оновлення: 14 верес. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585047/> (дата звернення: 07.05.2025).
46. Self-esteem: Enduring issues and controversies / за ред. М. В. Donnellan, К. Н. Trzesniewski, Р. В. Robins. The Wiley-Blackwell handbook of individual differences / за ред. Т. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, А. Furnham. Wiley Blackwell, 2011. P. 718–746. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781444343120.ch28>
47. Schilder P. The image and appearance of the human body. London : Kegan Paul, 1935. American ed. New York : International Universities Press, 1950. URL: <https://archive.org/details/schilder-paul.-the-image-and-appearance-of-the-human-body> (дата звернення: 07.05.2025).
48. Succinct Manual for Proactive Teaching of Eating Disorders: New to Eating Disorders / за ред. J. Morris, C. Nahman. Cambridge : Cambridge University Press, 2020. 96 с. ISBN 9781911623571. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01420-3> (дата звернення: 07.05.2025).
49. Tiggemann M. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: Television and magazines are not the same! European Eating Disorders Review. 2003. Vol. 11, № 5. P. 418–430. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.502> (дата звернення: 07.05.2025).

50. Wooley O. W. The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: stability, internal consistency, validity, and factor structure / O. W. Wooley, S. Roll. *Journal of Personality Assessment*. 1991. Vol. 56, № 3. P. 485–498. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5603_3 (дата звернення: 07.05.2025).
51. Wölfges R. Überprüfung des aktuellen Stressbewältigungsverhaltens bulimischer Frauen in einer sozialen Interaktion / R. Wölfges, T. Legenbauer, W. Hiller. *Verhaltenstherapie*. 2011. Vol. 21, № 1. P. 23–29. DOI: <https://doi.org/10.1159/000324255> (дата звернення: 07.05.2025).

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджується взаємозв'язок розладів харчової поведінки з образом тіла та самооцінкою. Актуальність теми зумовлена зростанням поширеності порушень харчової поведінки серед молоді та їхнім впливом на психічне здоров'я.

Метою дослідження є дослідження взаємозв'язку порушень харчової поведінки з образом тіла, орторексією та самооцінкою, а також оцінка їх зв'язку і статистичні відмінності між групами за статтю та наявністю розладів.

У роботі використано комплекс методів: теоретичний аналіз наукових джерел, психодіагностичні методики такі як опитувальник ORTO-15, Шкала самооцінки Розенберга, методика оцінки образу власного тіла та проективна методика «Вказівки кольору на незадоволеність власним тілом» (CAPT), а також методи математико-статистичної обробки даних.

Отримані результати засвідчили високу поширеність нервової орторексії, з тенденцією до вищих показників серед жінок. Виявлено, що незадоволеність образом тіла пов'язана зі зниженням самооцінки, тоді як рівень схильності до орторексії не має істотного зв'язку із самооцінкою. Також підтверджено наявність взаємозв'язку між образом тіла та розладами харчової поведінки, причому центральні зони тіла частіше стають джерелом незадоволеності. Аналіз показав негативний зв'язок між образом тіла та самооцінкою, а також слабкий позитивний зв'язок між образом тіла та орторексією.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки психопрофілактичних програм, спрямованих на формування адекватного образу тіла та підтримку позитивної самооцінки.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та додатків. Загальний обсяг становить 70 сторінок, з яких 63 - основний текст. Матеріал ілюстровано 7 таблицями. Список використаних джерел включає 51 найменування українських та зарубіжних праць.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, нервова орторексія, самооцінка, образ тіла, статеві відмінності, взаємозв'язок, ORTO-15, ООВТ, шкала Розенберга, САПТ.

ABSTRACT

This qualification paper examines the relationship between eating disorders, body image, and self-esteem. The relevance of the topic is determined by the growing prevalence of eating disorders among young people and their impact on mental health.

The aim of the study is to investigate the interrelation between eating disorders, body image, orthorexia, and self-esteem, as well as to assess their connections and statistical differences between groups based on gender and the presence of disorders.

A complex of methods was applied in the research: theoretical analysis of scientific sources, psychodiagnostic techniques such as the ORTO-15 questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale, Body Image Assessment Method, and the projective method "Color Attitudes toward Body Image Dissatisfaction" (CABID), along with methods of mathematical and statistical data processing.

The results revealed a high prevalence of orthorexia nervosa, with a tendency toward higher indicators among women. It was found that body image dissatisfaction is associated with lower self-esteem, while the level of orthorexia tendency does not have a significant connection with self-esteem. A relationship between body image and eating disorders was also confirmed, with central body areas more often becoming a source of dissatisfaction. The analysis showed a negative correlation between body image and self-esteem, as well as a weak positive correlation between body image and orthorexia.

The practical significance of the study lies in the possibility of applying the obtained results to the development of psychoprophylactic programs aimed at fostering an adequate body image and supporting positive self-esteem.

The paper consists of an introduction, three chapters, conclusions, and appendices. The total length is 70 pages, of which 63 pages represent the main text. The material is

illustrated with 7 tables. The list of references includes 51 sources of Ukrainian and international authors.

Keywords: eating disorders, orthorexia nervosa, self-esteem, body image, gender differences, interrelation, ORTO-15, Body Image Assessment, Rosenberg Self-Esteem Scale, CAPT.