

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ СХЕМАТЕРАПІЇ: РАННІ ДЕЗАДАПТИВНІ СХЕМИ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF SCHEMA THERAPY: EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AS PREDICTORS OF EATING DISORDERS OF PERSONALITY

Статтю присвячено аналізу особливостей когнітивно-поведінкового підходу, як класичного, так і КПТ третьої хвили, в розумінні психологічних механізмів розладів харчової поведінки (РХП) особистості. Розглядаються причини проблеми РХП як важливої і складновирішуваної для сучасної клінічної психології і психотерапії. Особлива увага приділяється схематерапії (СТ) як напряму КПТ третьої хвили, що суттєво розширює можливості класичної моделі когнітивно-поведінкової терапії. Послідовно розглядаються аргументи щодо значущості врахування ранніх дезадаптивних схем як предикторів невпорядкованого харчування і розвитку розладів харчової поведінки особистості. Аналізується центральна роль ранніх дезадаптивних схем (EMS) у схематерапевтичній моделі розвитку порушень харчової поведінки як таких, що розвиваються в ранньому дитинстві, формуючи протягом життя певні режими схеми, як більш залежні від стану та динамічні структури. На основі аналізу сучасних клініко-психологічних досліджень РХП виявляється психологічний механізм, за допомогою якого ранні дезадаптивні схеми пов'язані з невпорядкованою харчовою поведінкою, і який підкреслює роль порушення регуляції емоцій як ключового предиктора цієї моделі. Вони підтримують припущення, що когнітивно та емоційно вразливі люди виявляють сильнішу схильність до невідповідних моделей харчування як засобу компенсації своєї внутрішньої слабкості. У світлі проведеного попереднього аналізу схематерапія може розглядатися як багатонадійний терапевтичний підхід у роботі з розладами харчової поведінки, поряд із розладами особистості та іншими психічними проблемами, що, безумовно, потребує наступних науково-доводових досліджень і подальших практичних психотерапевтичних доказів.

Ключові слова: когнітивно-поведінковий підхід, схематерапія, розлади харчової поведінки, особистість, ранні дезадаптивні схеми.

The article is devoted to the analysis of the peculiarities of the cognitive-behavioural approach, both classical and CBT of the third minute, in understanding the psychological mechanisms of eating disorders. The reasons for the problem of eating disorders as an important and difficult problem for modern clinical psychology and psychotherapy are considered. Particular attention is paid to schema therapy (ST) as a direction of the third wave of CBT, which significantly expands the possibilities of the classical model of cognitive behavioural therapy. The arguments about the importance of taking into account early maladaptive schemas as predictors of disordered eating and the development of eating disorders are consistently considered. The central role of early maladaptive schemas (EMS) in the schema-therapeutic model of eating disorders as developing in early childhood, forming certain schema modes throughout life as more condition-dependent and dynamic structures, is analysed. Based on an analysis of current clinical and psychological research on ED, the author identifies a psychological mechanism by which early maladaptive schemas are linked to disordered eating behaviour and highlight the role of emotion dysregulation as a key predictor of this pattern. These findings support the assumption that cognitively and emotionally vulnerable individuals are more likely to engage in inappropriate eating patterns as a means of compensating for their internal weakness. In the light of the preliminary analysis, Schema Therapy can be seen as a promising therapeutic approach in the treatment of eating disorders, along with personality disorders and other mental health problems, which certainly requires further research and practical psychotherapeutic evidence.

Key words: Cognitive-Behavioural approach, Schema therapy, eating disorders, personality, early maladaptive schemas.

УДК 159.92: 616.89
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.34>

Спіцина Л.В.

к.психол.н., доцент кафедри психології
Запорізький національний університет

Розлади харчової поведінки (далі – РХП) є серйозною проблемою для психічного здоров'я, пов'язаною зі значною захворюваністю та смертністю [19; 20], великим ризиком супутніх захворювань (до 65%), включаючи розлади особистості. РХП важко піддаються лікуванню: лише від 22,5% до 54% людей відповідають на лікування, як відмічає Fairburn, 2009, залежно від індивідуальної ситуації клієнта [1; 20]. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш дослідженим підходом у лікуванні РХП. Ранні когнітивно-поведінкові моделі підкреслювали роль, яку невпорядковане харчування та дезадаптивне ставлення до свого тіла, форми та

ваги відігравали в підтримці патології [13; 19; 28]. Ґрунтуючись на цих звітах, когнітивно-поведінкові методи лікування були зосереджені на модифікації дисфункціональних думок і припущень, пов'язаних із формою, вагою та їх контролем (наприклад, Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993) і дійсно давали позитивні результати [2; 4; 5; 20].

КПТ була і залишається також одним із найефективніших методів лікування розладів харчової поведінки (РХП), і все ж досить багато людей не отримують очікуваних ефектів або й навіть практично не реагують на лікування з КПТ. Саме тому були розроблені деякі напрями когнітивно-поведін-

кової терапії третьої хвилі для більш ефективної роботи зі стійкими моделями мислення, почуттів і поведінки, включаючи розлади особистості. До підходів третьої хвилі КПТ зазвичай відносять: діалектичну поведінкову терапію (Linehan, 1993); КПТ, основу на майндфулнес (Kabat-Zinn, 2003); терапію на основі менталізації (Bateman & Fonagy, 2016), а також схематерапію (ST) [33; 34].

Поняття «схем» уперше було введено А. Беком, 1979 [7], який визначив їх як спотворені моделі мислення, що залежать від попередніх життєвих подій, активація яких зумовлює розуміння та інтерпретацію навколишнього середовища. У 1982 році Гарнер і Беміс постулювали, що за розладів харчової поведінки в людей спонтанно активуються неконтрольовані негативні думки, такі як життєствердження обов'язкової стриманості та потреба уникати їжі на основі базових переконань про захоплену природу худорлявості та неконтрольованість небезпечного набору ваги. Тоді ж виникло ще декілька важливих припущень, і насамперед, що лише тільки когніції, які лежать в основі розладу, не зможуть повністю розкрити психологічні механізми психопатологічного харчування [11].

У когнітивно-поведінковій терапії вже досить давно поставало питання про те, чи пов'язані основні аспекти патології харчової поведінки з ранніми дезадаптивними схемами (EMS) та чи лікування, орієнтоване на такі укорінені схеми, є ефективним у лікуванні розладів харчової поведінки. Виникло це питання в пошуках причин відносної ефективності наявних підходів, у світлі чого і була сформульована ідея, що така ситуація є наслідком нехтування лонгітудними факторами, які впливають на розвиток у пацієнтів розладів харчової поведінки, а також неврахування наявності в них укорінених ранніх дезадаптивних схем, через що в деяких випадках схематерапія може бути цінною альтернативою когнітивно-поведінковій психотерапії [30].

Пізніше було запропоновано додаткові підтримувальні фактори, включаючи надзвичайну потребу в контролі (Fairburn та ін., 1999), афективну дисрегуляцію (Berg et al., 2013, Heatherton and Baumeister, 1991) і переконання щодо хвороби [9; 16; 17; 19; 25]. Спираючись на ранні концептуалізації, Фейрберн та його колеги представили трансдіагностичну модель РХП, засновану на когнітивних і поведінкових процесах, спільних для всіх підходів [4; 5; 14; 15, 20]. У поєднанні з «основною психопатологією», пов'язаною з надмірним ставленням до форми, ваги та їх контролю, трансдіагностична модель передбачає чотири інші риси патологічної підтримки РХП: низька самооцінка, перфекціонізм, міжособистісні труднощі та настрої нетерпимості («mood intolerance»). На основі цієї моделі було розроблено «розширену» форму КПТ (КПТ-Р, 2003). Дана варіація КПТ, розроблена спеціально для лікування РХП, намагається впливати як на харчову поведінку, так і на переоцінювання переконання, а також на додаткові фактори підтримки,

викладені в трансдіагностичній моделі («широкої» форми КПТ-Р) [19]. Хоча КПТ продемонструвала досить високу ефективність за РХП, результати рандомізованих клінічних випробувань показали її відносну реальну ефективність. Таку ситуацію пояснюють декількома факторами: по-перше, тим, що поточні моделі не враховують лонгітудні фактори [31]. По-друге, дослідження вказують на те, що дезадаптивні стилі мислення, виявлені щодо РХП, виходять за межі дисфункціонального ставлення до форми й ваги [23; 27], і, по-третє, дисфункціональне харчування виникає в контекстах, не пов'язаних з їжею [32].

Нарешті, додаткові модулі лікування, запропоновані в КПТ-Р, як виявилось, не викликають змін у відповідних областях патології, як-от клінічний перфекціонізм і нетерпимість до настрою [10]. Ці результати показали, що дана модель КПТ є «необхідною, але недостатньою» для лікування всіх проявів РХП [31, с. 239], незважаючи на «вдосконалення» підходу. Таким чином, когнітивно-поведінкові підходи до патології харчової поведінки потребують розвитку і вдосконалення.

У світлі таких викликів очевидно зріс консенсус щодо того, що ефективне лікування РХП може вимагати втручання як на «поверхневих» рівнях пізнання (тобто рівнях дезадаптивних думок та припущень) [10], так і на «глибших» рівнях дезадаптивних схем [18; 28]. І отже, саме звернення та врахування ранніх дезадаптивних схем, як їх розуміє схематерапія, відкриває таку потрібну перспективу опрацювання лонгітудних факторів і різних аспектів їх впливу в розумінні механізмів РХП і врахування їх у подальшому лікуванні. Тим не менш, вивчення розладів харчової поведінки на рівні ранніх дезадаптивних схем дотепер залишається маловивченим полем, що і є основною причиною нашого звернення до цієї проблеми в цій статті.

Отже, **метою статті** є аналіз особливостей схематерапевтичного підходу в розумінні психологічних механізмів розладів харчової поведінки особистості й дослідження ранніх дезадаптивних схем як предикторів невпорядкованого харчування.

Клінічні дослідження, проведені на початкових етапах розроблення проблематики РХП у багатьох країнах і культурних середовищах світу, підкреслювали кореляцію між патологією харчової поведінки та психологічним дистресом, незадоволеністю тілом, особистісними рисами та труднощами, пов'язаними з афектом, тощо [22]. Однак поступово стала очевидною значущість звернення під час вивчення психопатології розвитку невпорядкованої харчової поведінки до дисфункціональних основних переконань [21]. Дійсно, в дослідженнях було показано, що дезадаптивні когнітивні профілі, характерні для певних розладів (як-от румінації/ мисленнєва гумка або надмірне занепокоєння через нездатність контролювати вагу, форму тіла та стиль харчування), на основі підґрунтя дисфункціональних когнітивно-афективних процесів

різко підвищували індукцію та прояви патологічного харчування [7; 24].

Як уже відзначалося вище, поняття «схеми» вперше було введено А. Беком у 1979 р., який визначив їх як спотворені моделі мислення, що залежать від попередніх життєвих подій, активність яких зумовлює розуміння та інтерпретацію навколишнього середовища. Дещо пізніше теорія Дж. Янга (Young, J.E. 1999; 2006) представила конструкт ранніх дезадаптивних схем, побудований на клінічному аналізі розладів особистості, та стала фактично початком нового схематерапевтичного підходу в психотерапії, який Дж. Янг розвиває на основі когнітивно-поведінкового підходу [33; 34]. Схематерапія описується як «інтегративна терапія..., яка значно розширює традиційні когнітивно-поведінкові методи лікування» [34, с. 1]. Цей підхід розвиває традиційну КПТ, звертаючись до процесів розвитку, які підтримують психопатологію, і включає елементи інших методів лікування, в тому числі психоаналітичний підхід, теорію прив'язаності, емоційно-сфокусований підхід тощо.

Для розуміння механізмів психопатології харчової поведінки слід насамперед відмітити, що ранні дезадаптивні схеми (EMS) займають центральне місце в схемній моделі психопатології. EMS визначаються як всепроникні теми про себе, які з'являються в ранньому дитинстві та розвиваються протягом життя [33]. Дж. Янг визначив 18 ранніх дезадаптивних схем, кластеризованих у п'яти ширших доменах схеми [33]. Процеси підтримки/обслуговування схеми стосуються когнітивних і поведінкових стилів подолання, які зберігають EMS. Останніми роками особлива увага приділяється «режимам» схеми. Режими схеми стосуються наборів EMS і підтримувальних їх процесів, які активуються в певний час. На відміну від EMS, які концептуалізуються як стабільні структури, режими схеми є залежними від стану та більш динамічними [6].

Для пояснення схемних механізмів саме харчових дисфункцій Waller, Corstorphine & Mountford, 2007 [30] була запропонована орієнтована на схему модель РХП, в якій розрізняються рестриктивні та булімічні розлади в процесах підтримки схеми. Припускають, що поведінкові прояви схемної компенсації, швидше за все, мають більш компульсивний характер (наприклад, спричинені надмірними фізичними навантаженнями для компенсації основного дефекту EMS) і пов'язані з більш відстороненими алекситичними клінічними проявами. У булімічних РХП невідповідне харчування концептуалізується для полегшення афекту після того, як схеми були запущені (вторинне уникнення афекту) через уникнення схеми. Методи вторинного уникнення афекту, скоріше, мають більш імпульсивний характер (наприклад, переїдання) і зазвичай пов'язані з більш хаотично-дисоціативними презентаціями [30]. Теоретично ці схемні процеси керують досить жорсткими

моделями мислення та поведінки, які спостерігаються в РХП, а також розробленням відповідних дисфункціональних припущень [31].

У подальших дослідженнях, спрямованих на більш глибоке розуміння психологічних чинників невідповідного ставлення до їжі, було показано, що найчастіше в перелік цих невід'ємних предикторів включають когнітивні спотворення, емоційну дисрегуляцію та невідповідну харчову поведінку. Було підкреслено, що внутрішній механізм, за допомогою якого дезадаптивні когнітивні схеми пов'язуються з невідповідною харчовою поведінкою, базується на порушенні регуляції емоцій, які відіграють головну роль у цій моделі. Фактично було доведено припущення, що когнітивно та емоційно вразливі люди виявляють сильнішу схильність до невідповідних моделей харчування як засобу компенсації своєї внутрішньої слабкості [29; 30].

Більше того, результати досліджень показали, що порушення в домені схем безпечного емоційного зв'язку/прихильності до оточення були безпосередньо пов'язані з підвищеною схильністю до невідповідної харчової поведінки [8]. Схеми цього домену характеризують людей, які не в змозі надійно встановити задовільні зв'язки зі своїми однолітками та оточенням, маючи переконання, що їхні життєво важливі міжособистісні потреби, як-от повага, прийняття, інтеграція, увага, любов, емоційний обмін і захист, ніколи не будуть задоволені.

Було встановлено специфічні зв'язки між ранніми дезадаптивними схемами порушення зв'язку (наприклад, емоційна депривація, покинутість та соціальна ізоляція) та невідповідною харчовою поведінкою [8; 12]. Точніше, схема недовіри із цього домену виявилася найбільш характерною для невідповідного харчування молодих дорослих, що стало свідченням її невідповідно значущої ролі як механізму в психопатології розладів харчової поведінки. Недовіра означає побоювання намірів інших, а саме воно втілює в собі постійне очікування образи, брехні, приниження, маніпуляції або шкоди, яка походить від інших навмисно або випадково. Примітно, що пацієнти з діагнозом «нервова анорексія» виявляють психологічні профілі, які демонструють недовіру до себе, до інших та міжособистісних стосунків загалом [12; 13].

Подібним чином в одному з досліджень було виявлено, що наявність розладу харчової поведінки була пов'язана з основними показниками режиму «вразливої дитини», який характеризує людей, які часто відчувають сум, тривогу, сумніви в собі та почуваються жертвою [29]. Більше того, у відповідній літературі недовіра значною мірою пов'язується з розладами зловживання психоактивними речовинами, включаючи алкогольну залежність і зловживання опіатами [26; 27]. Ці спостереження підтверджують те, що схема недовіри/зловживання може бути спільною рисою між розладами харчової поведінки та вживання пси-

хоактивних речовин, що робить цю дезадаптивну схему потенційним трансдіагностичним процесом у різноманітних дезадаптивних поведінкових моделях [15].

На відміну від домену схем безпечного емоційного зв'язку/прихильності з оточенням, який був тісно пов'язаний з дисфункціональним харчуванням, кореляції між рештою доменів дезадаптивних схем та невпорядкованим ставленням до їжі були значущими лише тоді, коли підкріплювалися когнітивно-афективною парадигмою. Так, на відміну від жінок зі здоровою масою тіла, жінки-кандидати на бариатричну хірургію мали викривлені когнітивні уявлення та брак навичок емоційної регуляції; отже, вони були надзвичайно вразливими до нездорових харчових звичок. Також дослідження показали, що у клієнтів із симптоматикою РХП виявлено тісний зв'язок із дисфункціональними процесами мислення та негативними емоціями [15].

Також доцільно враховувати, що поряд із ранніми дезадаптивними схемами труднощі в регуляції афекту також визначаються порушенням гнучкості в модулюванні емоційних реакцій, що може спричиняти численні психопатології (як-от розлади особистості, посттравматичні стресові розлади, тривожні розлади настрою, міжособистісні травми тощо). Низка авторів, наприклад, S.R. Damiano, J. Reese, S. Reid, L. Atkins, G. Patton, засвідчують корисність схемної терапії, яка сприяє регуляції емоцій, чітко підкреслюючи сильний зв'язок ранніх дезадаптивних схем із проблемними стратегіями регуляції емоцій, які сприяють збереженню дисфункційних емоційних реакцій [11; 12].

Таким чином, схематерапія забезпечує межі, в яких когнітивні функції, емоції, поведінка та міжособистісні дисфункції, пов'язані з патологією харчової поведінки, можуть бути оптимально розглянуті та включені в терапевтичний процес [31]. Розроблена для розширення можливостей когнітивно-поведінкової терапії комплексних розладів схематерапія також добре підходить для розв'язання проблем складних супутніх захворювань, які часто супроводжують РХП, включаючи хронічну депресію, междовний розлад особистості й комплексну травму.

Висновки. Отже, ми можемо зазначити, що існують психологічні механізми, за допомогою яких ранні дезадаптивні схеми пов'язуються з невпорядкованою харчовою поведінкою, і які підкреслюють роль порушення регуляції емоцій як ключового предиктора цієї моделі. Вони підтримують припущення, що когнітивно та емоційно вразливі люди виявляють сильнішу схильність до невідповідних моделей харчування як засобу компенсації своєї внутрішньої слабкості. У світлі проведеного попереднього аналізу схематерапія може розглядатися як перспективний психотерапевтичний підхід у роботі з розладами харчової поведінки поряд із розладами особистості та іншими психічними проблемами, що, безумовно, потребує наступних науково-доказових досліджень і подальших практичних психотерапевтичних доказів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Мартинова Л. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. 1(122). URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2021/1\(122\)/nn21_46-50.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2021/1(122)/nn21_46-50.pdf)
2. Шебанова В., Яблонська Т. Нікнейм як засіб мовної самопрезентації в Інтернеті людей з розладами харчової поведінки. *Psycholinguistics*. 2019. № 25(1). С. 409–430. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-409-430>
3. Лінет Вайтгед. Подолати розлад харчової поведінки. Львів: Свічадо-УІКПТ. 2017. 112 с.
4. Стюарт В., Аграс & Робін Ф. Когнітивно-поведінкова терапія при нервовій булімії та психогенному переїданні. *Керівництво психотерапевта*. Київ: Діалектика, 2021. 178 с.
5. Agras W.S. et al. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2000. 57. pp. 459–466.
6. Arntz & Jacob. Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. 2013. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
7. Beck A. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. 1979. Penguin Publishing Group: NY.
8. Bosmans G., Braet C., Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link. *Clin. Psychol. Psychother.* 2010. 17. 374–385. <https://doi.org/10.1002/cpp.667>.
9. Berg K.C., Crosby R.D. Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. 122. pp. 111–118.
10. Byrne, Fursland, Allen, & Watson. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2011. 49. pp. 219–226.
11. Cooper M.J., Todd G., Wells A. Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Cogn. Psychother.* 1998. 12 pp. 213–230.
12. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eat. Behav. Int. J.* 2015. 16. pp. 64–71.
13. Garner D., Bemis K. A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 1982. 6. pp. 123–150.
14. Goldbloom D.S., Olmsted M., et al. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behaviour Research and Therapy*. 1997. 35. pp. 803–811.
15. Gerges S., Obeid S., Hallit S. Validation of the Arabic Version of the Disordered Eating Attitudes in Pregnancy Scale (A-DEAPS) among Lebanese Pregnant Women: A Step Closer to Pregorexia Awareness. 2021. URL: <https://com/files/rs-797458/v1/45012137-e69e-481c-9211-4ba15e16e472.pdf?c=164430446>
16. Haddad C., Khoury C., Salameh P., Sacre H., Hallit R., Kheir N., Obeid S., Hallit S. Validation of the Arabic version of the eating attitude test in Lebanon: A population study. *Public Health Nutr.* 2020. 24. p. 1–12. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002955>

17. Heatherton and Baumeister. Binge eating as escape from self awareness *Psychological Bulletin*. 1991. 110. pp. 86–108.
18. Hughes M.L. et al. The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders. *Eating Behaviors*. 2006. 7. pp. 125–133.
19. Fairburn Cooper, Shafran. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav. Res. Ther.* 2003. 41. 509–528.
20. Fairburn C., Marcus N., & Wilson G. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Guilford Press, NY. 1993. pp. 361–404.
21. Jones C., Leung N., Harris G. Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *J. Cogn. Psychother.* 2007. 21. 156–171. <http://doi:10.1891/088983907780851531>
22. Nowakowski M.E., McFarlane T., Cassin S. Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *J. Eat. Disord.* 2013. 1. 21. <http://doi:10.1186/2050-2974-1-21>
23. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2015. 39. p. 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
24. Rawal A., Park R.J., Williams J. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behav. Res. Ther.* 2010. 48. p. 851–859. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.009>
25. Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006. 45. pp. 343–366.
26. Shorey R.C., Stuart G.L., Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *J. of Subst. Abus. Treat.* 2013. 44. 522–527.
27. Tiggemann M. Dieting and cognitive style: The role of current and past dieting behaviour and cognitions. *Journal of Health Psychology*. 2000. 5. pp. 17–24.
28. Vitousek K., Hollon S. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Theory and Research*. 1990. 14. pp. 191–214.
29. Unoka Z., Tölgyes T., Czobor P., Simon L. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. 198. p. 425–431. Dot: 10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d
30. Waller, Kennerley, Ohanian. The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2007. 15. pp. 317–331. <https://doi.org/10.1080/10640260701454337>
31. Waller G., Ohanian V., Meyer C., Osman S. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. International. *International Journal of Eating Disorders*. 2000. 28. pp. 235–241.
32. Waters Hill, Waller. Internal and external antecedents of binge eating episodes in a group of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2001. 29. pp. 17–22. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200101\)29:1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200101)29:1)
33. Young J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. 1999. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange: Sarasota, FL.
34. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 2006. Guilford Press: NY.