

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти “бакалавр” на тему
«Психологічні особливості розладів харчової поведінки підлітків»

Виконала студентка 4 курсу 431 групи
очної форми навчання

Спеціальність 053 Психологія

Ксенія ВАСИЛЕВСЬКА

Керівник: к. психол. н., доцентка

Руслана БІЛОУС

Рецензент: к. психол. н., доцентка

Тетяна БОРОЗЕНЦЕВА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	6
1.1 Поняття та класифікація розладів харчової поведінки	6
1.2 Основні психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки	9
1.3 Соціокультурний вплив та сімейні фактори у формуванні харчової поведінки	12
1.4 Наслідки розладів харчової поведінки для фізичного та психологічного здоров'я підлітків	14
Висновки до розділу 1	16
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	18
2.1 Методологічні основи та організація дослідження	18
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	23
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів кореляційного дослідження	37
2.4 Рекомендації щодо профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітків	39
Висновки до розділу 2	41
ВИСНОВКИ	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тематика кваліфікаційної роботи є вкрай актуальною і важливою в сучасному соціокультурному контексті. Обрана проблема стосується великої кількості підлітків, які стикаються з порушеннями харчової поведінки, що мають як психологічні, так і фізіологічні наслідки. Дослідження цієї теми має безпосереднє практичне значення та може принести вагомий внесок у розуміння механізмів розвитку розладів харчової поведінки (РХП) у підлітковому віці, а також у розробку ефективних методів їхньої профілактики та корекції.

Основні аспекти актуальності даної теми – це її глобальний характер. У сучасному суспільстві, де зовнішність відіграє важливу роль, підлітки часто зіштовхуються з тиском суспільства та медіа щодо ідеальних стандартів тіла. Це може призводити до розвитку негативного ставлення до власного тіла, що в подальшому формує основи для виникнення порушень харчової поведінки. Глибокий психологічний вплив – розлади харчової поведінки часто супроводжуються тривожними та депресивними розладами, зниженням самооцінки, соціальною ізоляцією, що суттєво впливає на всі аспекти життя підлітка. Важливим є розуміння того, як особистісні особливості, сімейні відносини та соціальні фактори сприяють формуванню цих розладів. Сприяння психологічному добробуту – дослідження може сприяти розробці ефективних методів психодіагностики, корекції та профілактики порушень харчової поведінки серед підлітків. Також важливим є питання підготовки психологів, педагогів та батьків до своєчасного розпізнавання ознак РХП та надання необхідної підтримки.

Важливість психологічної підтримки – підлітки, які страждають на розлади харчової поведінки, часто переживають серйозний стрес та внутрішні конфлікти, що можуть мати довготривалі негативні наслідки для їхнього психічного та фізичного здоров'я. Розуміння особливостей розвитку та

перебігу цих порушень є ключовим для створення ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості підлітків із розладами харчової поведінки та визначити чинники, що сприяють їхньому розвитку.

На основі визначеної мети нами було виокремлено наступні **завдання дослідження**:

1. Визначити психологічні характеристики підлітків із РХП.
2. Дослідити вплив соціальних та сімейних факторів на формування порушень харчової поведінки.
3. Розглянути методи діагностики та психологічної корекції таких розладів.
4. Проаналізувати роль профілактики у зниженні ризиків розвитку РХП у підлітковому віці.

Об'єктом дослідження є розлади харчової поведінки серед підлітків.

Предметом дослідження є психологічні особливості підлітків із РХП та фактори, що впливають на їх розвиток.

Методи та методики дослідження: теоретичні (аналіз, синтез та узагальнення інформації, опитування), емпіричні (тест вподобань харчової поведінки; шкала самоповаги Розенберга; шкала тривоги Спілбергера; п'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI; опитувальник "Шкала сімейної адаптації та згуртованості") та коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона.

Практичне значення: отримані результати можуть використовуватися для розробки заходів профілактики, програм психологічної допомоги та соціальної підтримки підлітків, які страждають на РХП. Крім того, вони можуть бути корисними для психологів, педагогів, лікарів та батьків у процесі роботи з підлітками.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології від 27.05.2025 року протокол № 17.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків. Список використаних джерел налічує 25 найменування. Обсяг роботи становить 44 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

ПІДЛІТКІВ

1.1 Поняття та класифікація розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) – це складна група психічних розладів, що характеризуються патологічними змінами у харчовій поведінці, негативним ставленням до власного тіла та страхом набрати вагу. Ці розлади мають значний вплив на фізичне та психічне здоров'я, а також можуть призводити до тяжких медичних ускладнень, таких як виснаження, серцево-судинні захворювання та гормональні порушення (1). Важливо зазначити, що РХП мають як психологічну, так і фізіологічну складову, що робить їх діагностику та лікування досить складним процесом. В останні роки дослідники все більше уваги приділяють комплексному підходу до вивчення цих розладів, зокрема аналізу їхньої соціокультурної природи.

Розлади харчової поведінки часто виникають у підлітковому та юнацькому віці, коли відбувається активне формування особистості. Саме в цей період людина найбільше піддається зовнішнім впливам, які формують її сприйняття себе та власного тіла. Соціальні фактори, такі як ідеали краси, стандарти зовнішності, пропаговані в ЗМІ та соціальних мережах, мають значний вплив на розвиток таких порушень (2). Багато підлітків прагнуть відповідати нав'язаним стандартам, що змушує їх змінювати своє харчування, обмежувати раціон або вдаватися до шкідливих методів контролю ваги. Крім психологічних факторів, причинами можуть бути генетична схильність, порушення роботи нейромедіаторних систем (серотоніну, дофаміну) та аномалії у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (1). Часто ці розлади супроводжуються іншими психологічними проблемами, такими як депресія, тривожні розлади або obsесивно-компульсивний синдром.

За класифікацією DSM-5 та МКХ-11, розлади харчової поведінки поділяються на кілька основних типів, кожен з яких має свою специфіку перебігу та наслідки.

До основних типів належать такі розлади харчової поведінки:

1. Нервова анорексія – психічне захворювання, що проявляється страхом набрати вагу, викривленим сприйняттям власного тіла та навмисним обмеженням їжі. У пацієнтів часто спостерігається критичне зниження маси тіла, гормональні порушення, ризик розвитку остеопорозу та кардіологічних ускладнень (2). Важливо розуміти, що нервова анорексія – це не просто бажання схуднути, а глибоке психологічне порушення, яке потребує серйозного втручання фахівців.

2. Нервова булімія – характеризується нападами неконтрольованого переїдання з наступним використанням компенсаторних заходів: блювання, зловживання проносними засобами, надмірна фізична активність. Попри нормальний або трохи підвищений індекс маси тіла, це захворювання має серйозні наслідки для травної та серцево-судинної систем (1). Часто такі хворі довго приховують свої симптоми, що ускладнює своєчасну діагностику.

3. Компульсивне переїдання – характеризується епізодами надмірного споживання їжі без компенсаторних механізмів. Це призводить до ожиріння, підвищеного ризику діабету та серцево-судинних захворювань (2). Оскільки цей розлад має прямий вплив на фізичне здоров'я людини, особливо важливо вчасно його виявляти та коригувати харчову поведінку [16].

4. Атипові та специфічні розлади харчової поведінки – група порушень, які не відповідають критеріям анорексії, булімії чи BED, але мають серйозні наслідки для здоров'я. Сюди входять:

- Піка – патологічне споживання неїстівних предметів (глина, крейда, мило тощо) (1). Хоча цей розлад зустрічається рідше, він може мати

серйозні наслідки, включаючи інтоксикацію організму та порушення травної системи.

- Румінаційний розлад – мимовільне зригування та повторне пережовування їжі без органічних причин (2). Це порушення нерідко зустрічається у дітей, але також може спостерігатися і в дорослих.
- Синдром нічного харчування – надмірне споживання їжі вночі, що часто супроводжується порушеннями сну та депресією (1). У багатьох випадках цей синдром залишається недооціненим, хоча він суттєво впливає на якість життя людини [25].

Окрім основних категорій, сучасні дослідження розглядають такі феномени, як орторексія (патологічна одержимість здоровим харчуванням) та діабулімія (навмисне порушення режиму інсулінотерапії для контролю ваги у хворих на діабет) (2). Хоча ці розлади ще не включені до основних класифікаційних систем, вони привертають все більше уваги дослідників та медичних фахівців [18].

Розлади харчової поведінки є серйозними психічними порушеннями, що впливають як на фізичне, так і на психоемоційне здоров'я людини. Вони потребують комплексного лікування, включаючи психологічну терапію, медикаментозну корекцію та соціальну підтримку. Найефективнішими методами лікування є когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія та індивідуальна психотерапія (1,2). Важливо також враховувати індивідуальні особливості пацієнта, оскільки кожен випадок розладу харчової поведінки є унікальним [12].

Сучасні дослідження вказують на необхідність розробки стратегій профілактики, що включають освітні програми, ранню діагностику та корекцію факторів ризику. Подальші наукові роботи у цій сфері допоможуть розширити розуміння механізмів розвитку розладів харчової поведінки та створити більш ефективні методи їхнього запобігання та лікування.

1.2 Основні психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки

Самооцінка особистості розглядається у сучасній психологічній науці як складне інтегративне утворення, що відображає загальне, узагальнене ставлення індивіда до власного "Я", зокрема — до фізичних, когнітивних, соціальних та моральних характеристик. У підлітковому віці, що є періодом інтенсивного онтогенетичного розвитку, особливого значення набуває тілесний компонент самооцінки, детермінований комплексом біологічних, психологічних та соціальних факторів.

Згідно з концепціями українських науковців (О. С. Чебикін, Н. В. Семагіна), у пубертатному віці різко зростає вплив соціокультурних стандартів фізичної привабливості, які нав'язуються через мас-медіа, соціальні мережі та безпосереднє соціальне оточення. Невідповідність цим еталонним уявленням нерідко спричиняє фрустрацію, емоційну дестабілізацію, почуття неповноцінності, що, своєю чергою, може стати основою для формування розладів харчової поведінки (РХП).

У цьому контексті особливої значущості набуває феномен дзеркальної ідентичності, обґрунтований у психоаналітичній теорії Ж. Лакана. Він підкреслює, що формування уявлення про себе великою мірою залежить від того, як суб'єкт сприймає власне відображення — як буквальне (у дзеркалі), так і символічне (через оцінку з боку інших). У підлітків цей механізм функціонує з особливою чутливістю та варіативністю, що зумовлює вразливість до зовнішнього впливу і призводить до зниження тілесної самооцінки, яка виступає тригером розвитку девіантної харчової поведінки. Період пубертату супроводжується кардинальними фізіологічними змінами — гормональними коливаннями, морфологічною перебудовою, формуванням вторинних статевих ознак. Як зазначає О. Я. Савченко, такі трансформації вимагають від підлітка здійснення психологічної адаптації до нової тілесної

ідентичності. За умов низького рівня самоприйняття, напружених сімейних стосунків або надмірного соціального контролю, може формуватися феномен відторгнення власного тіла, що є характерним для дезадаптивного сприйняття зовнішності. Особливо виразно цей процес проявляється у дівчат, які схильні до об'єктивації з боку оточення ще в ранньому підлітковому віці [22].

Таким чином, фізіологічні зміни пубертатного періоду не лише мають соматичний вимір, а й виступають активаторами глибинних інтраперсональних конфліктів, що здатні спричинити порушення інтеграції тілесного Я та розщеплення тілесної ідентичності.

Одним із провідних психологічних чинників виникнення РХП є когнітивне викривлення образу тіла — його форма, розмір, вага сприймаються суб'єктом як недосконалі, що не завжди має під собою об'єктивне підґрунтя. У психодіагностичній практиці це явище ідентифікується як тілесна дисморфія або дисморфофобія, яка становить центральний симптомокомплекс при анорексії, булімії та компульсивному переїданні.

Підлітки з підвищеним рівнем тілесної тривожності часто фіксують увагу на уявних або перебільшених недоліках зовнішності, орієнтуючись на нереалістичні візуальні зразки, поширені в соціальних мережах. Як зазначають Н. М. Печериця та І. І. Губеладзе, спотворене тілесне сприйняття часто виступає не вторинною реакцією на РХП, а його першопричиною — своєрідним пусковим механізмом патологічної поведінки.

Наявність хронічного невдоволення зовнішнім виглядом статистично корелює з широким спектром деструктивних харчових стратегій: голодуванням, епізодичним переїданням, зловживанням проносними препаратами або навмисним викликанням блювоти. При цьому у свідомості підлітка подібна поведінка часто не розцінюється як проблемна, а сприймається як необхідний інструмент досягнення бажаного ідеалу [23].

Таким чином, спотворене тілесне сприйняття виконує системоутворюючу функцію у формуванні РХП, інтегруючи в собі афективні, когнітивні та поведінкові дисфункції.

У пубертатному віці, що супроводжується активним процесом становлення Я-концепції, розширенням соціальних ролей та інтенсифікацією міжособистісних відносин, психоемоційна вразливість підлітків до РХП досягає критичних значень.

До провідних психологічних детермінант розвитку РХП належать: розмитість Я-образу, нестійка або занижена самооцінка, когнітивні спотворення у тілесному сприйнятті, труднощі емоційної регуляції, особистісні акцентуації, а також несприятлива сімейна атмосфера. Зазначені чинники можуть діяти як автономно, так і в складних міжсистемних взаємозв'язках, формуючи базис для виникнення девіантного ставлення до їжі та зовнішності [14].

Особливе місце займає зниження рівня загальної самооцінки, що має тенденцію до нестабільності в підлітковому віці. Найчастіше вона ґрунтується на зовнішніх характеристиках, передусім на фізичній привабливості, яка у свою чергу конструюється під впливом інформаційного середовища. Дослідження (Печериця Н. М., Савицька) засвідчують, що соціальні мережі значно підсилюють зовнішню детермінацію самооцінки. У контексті теорії ідентичності сформовані уявлення про власну цінність визначають мотиваційну структуру поведінки, зокрема — у сфері харчових звичок [7].

Порушення образу тіла — один із найістотніших елементів у структурі РХП. Цей конструкт включає когнітивно-афективну складову (емоційне ставлення до тіла, оцінку привабливості) та перцептивну (адекватність сприйняття розмірів і форм). І. І. Губеладзе (2020) у своєму дослідженні встановила, що серед підлітків з нормальним індексом маси тіла поширене сприйняття себе як "грубого" або "неідеального". Саме така перцептивна дезінтеграція, на думку авторки, є предиктором високого ризику анорексії чи

булімії. У зазначеному контексті контроль харчової поведінки виступає як компенсаторна спроба досягти уявного еталону зовнішності [2].

1.3 Соціокультурний вплив та сімейні фактори у формуванні харчової поведінки

Формування харчової поведінки у підлітковому віці відбувається під впливом широкого спектра зовнішніх чинників, серед яких особливої ваги набувають соціокультурні умови та особливості сімейного мікросередовища. Саме ці фактори визначають первинні уявлення дитини про тіло, їжу, контроль, прийнятність форм поведінки та соціальні очікування.

Соціокультурний контекст задає систему норм та ідеалів, що стосуються тілесності, краси, ваги, способу життя та харчування. У сучасному інформаційному просторі спостерігається нав'язування уніфікованого образу «ідеального тіла», що асоціюється зі стрункістю, фізичною активністю та певною дієвою дисципліною. Згідно з дослідженнями Миськів Г. В. (2024), засоби масової інформації, блогери та соціальні мережі виступають потужним каналом формування харчових сценаріїв, які часто суперечать реальним біологічним потребам підлітка. Унаслідок цього дитина починає ототожнювати зовнішність із соціальною вартістю, а харчову поведінку — із засобом досягнення соціального схвалення [15].

У цьому контексті важливою є дія механізмів соціального порівняння та конформності. Підлітки схильні орієнтуватися на оцінки з боку однолітків і популярних фігур у соцмережах, що посилює чутливість до теми зовнішності та «нормативного» харчування. Особливо небезпечним є культурний тренд глорифікації жорстких дієт, детоксів, харчових обмежень, які подаються не як медична практика, а як елемент естетичного стилю життя. Це створює передумови для формування викривленої харчової мотивації, не пов'язаної з

фізіологічними сигналами голоду або ситості, а базованої на страху набрати вагу або бажанні відповідати ідеалу [19].

Суттєвим є також вплив гендерно зумовлених культурних норм. У багатьох культурах тіло дівчини розглядається як символ її соціальної цінності, що підсилює об'єктивізацію та фіксацію на зовнішньому вигляді. Такий підхід формує схильність до самоідентифікації через тіло та зовнішність, знижуючи значущість внутрішніх особистісних рис [4]. Це стає фоном для розвитку тривожності, сором'язливості та розладів харчової поведінки у дівчат підліткового віку. З іншого боку, хлопці підпадають під вплив установок, що асоціюють «мужність» із фізичною силою та м'язистістю, що також може провокувати певні види харчової поведінки (наприклад, гіперпротеїнове харчування, компульсивні тренування) [24].

Поряд із культурними імперативами, вирішальну роль у становленні харчової поведінки відіграє сім'я. Саме в родині закладаються перші уявлення про харчування як процес — його ритуали, правила, дозволеність емоційної виразності під час споживання їжі, ставлення до тіла та зовнішності [3]. Дослідження Печериці Н. М. свідчать, що діти, які зростають у сім'ях із гіперконтролюючими або амбівалентними виховними практиками, де фігурує надмірна увага до зовнішності, частіше демонструють ознаки розладів харчової поведінки [13].

Сімейні харчові сценарії часто передаються між поколіннями. Наприклад, матері з власними проблемами сприйняття тіла або історією дієтичного харчування часто несвідомо проєктують ці установки на доньок, формуючи у них уявлення про тілесність як про об'єкт постійного вдосконалення. Крім того, відсутність емоційної близькості в родині, конфліктність або емоційна холодність можуть призводити до використання їжі як компенсаторного механізму або засобу саморегуляції. У цьому сенсі харчування виконує не лише фізіологічну, а й комунікативну та емоційну функцію [6].

Крім того, слід звернути увагу на харчову соціалізацію — процес, у межах якого дитина опановує правила та цінності, пов'язані з їжею. Якщо в родині їжа часто використовується як нагорода чи покарання, або з нею пов'язані заборони та емоційні конфлікти, це сприяє формуванню неадекватного харчового стилю. Аналогічно, надмірна емоційна фіксація на їжі або спільні сімейні ритуали, що фокусуються винятково на їжі, можуть закріпити дисфункціональні моделі сприйняття голоду, ситості та задоволення [17].

Загалом, вплив соціокультурного середовища та сімейної системи є фундаментальним для розуміння причин розладів харчової поведінки. Вони формують базові схеми ставлення до себе, свого тіла та харчових стратегій, які у підлітковому віці стають особливо вразливими до викривлень. З огляду на це, психопрофілактика РХП повинна включати не лише індивідуальну роботу з підлітками, а й просвітницьку діяльність серед батьків та корекцію деструктивних культурних наративів щодо тіла та харчування.

1.4 Наслідки розладів харчової поведінки для фізичного та психологічного здоров'я підлітків

Розлади харчової поведінки (РХП) у підлітковому віці становлять серйозну загрозу як для фізичного, так і для психологічного благополуччя особистості. Патологічні форми харчування — такі як нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання та атипові порушення — мають тенденцію до хронізації та супроводжуються глибокими соматичними, емоційними та когнітивно-поведінковими порушеннями [8].

Серед основних фізичних наслідків РХП у підлітків можна виділити: різке зниження маси тіла або, навпаки, ожиріння, гормональний дисбаланс, затримку статевого розвитку, порушення менструального циклу у дівчат, проблеми зі шлунково-кишковим трактом (запори, гастрити, діареї), дефіцит

мінералів і вітамінів, що спричиняє ламкість кісток, анемію, випадіння волосся, ламкість нігтів тощо. У важких випадках анорексія може призвести до незворотних уражень внутрішніх органів, зниження імунітету та навіть летальних наслідків. Організм підлітка, що знаходиться в активній фазі росту та розвитку, особливо вразливий до дефіциту нутрієнтів, що підсилює тяжкість наслідків [5].

Психологічні наслідки РХП не менш значущі. Вони проявляються в підвищеному рівні тривожності, депресивних розладах, емоційній нестабільності, соціальній ізоляції, почутті провини та сорому, нав'язливих думках щодо їжі, фігури та контролю над тілом [20]. Формується специфічна когнітивна схема, у межах якої самовартість підлітка оцінюється виключно через параметри зовнішності або маси тіла. Таке мислення знижує мотивацію до навчання, зменшує життєву активність, ускладнює побудову міжособистісних стосунків.

Поглиблюється емоційна дезадаптація, що часто проявляється у вигляді емоційного оніміння або гіперреактивності. Підлітки можуть втрачати здатність до автентичного переживання емоцій, що призводить до емоційного вигорання, а також знижує здатність до емпатії та рефлексії. Відзначається також зростання проявів агресивності, внутрішньої напруги та дратівливості, що знижує рівень соціального функціонування та поглиблює конфлікти в сім'ї та колі однолітків [1].

Формується залежність від компульсивних дій (зважування, перевірка відображення, очищення, ритуальне вживання їжі), що з часом призводить до звуження свідомості та розвитку obsесивно-компульсивних симптомів. У деяких випадках порушується здатність до прийняття рішень, самостійного планування і саморегуляції. Усе це знижує загальний рівень психологічної стійкості, що підвищує вразливість до стресу, а також ризик розвитку інших психічних розладів [10].

Особливої уваги заслуговує вплив РХП на ідентичність та емоційну сферу. Часто розлади харчової поведінки виступають як спосіб самовираження або впливу на оточення, особливо в умовах емоційного дефіциту. Їх наявність може бути пов'язана з вторинною вигодою — увагою, співчуттям, контролем, що ускладнює лікування.

Згідно з дослідженнями Яковенко М. Ф. (2021), високий рівень симптомів РХП у підлітків корелює з підвищеним ризиком суїцидальних думок, аутоагресії, а також зростанням ризику розвитку залежностей (зокрема, від психоактивних речовин). У психологічному плані відбувається звуження інтересів, домінування теми тіла й ваги, що значно знижує адаптаційні можливості та погіршує якість життя [9].

Таким чином, розлади харчової поведінки мають багатоплановий деструктивний вплив на здоров'я підлітка. Їх наслідки охоплюють соматичну, психоемоційну, когнітивну та соціальну сфери, що зумовлює потребу у своєчасному виявленні, міждисциплінарному підході до терапії та цілісній психопрофілактичній роботі.

Висновки до розділу 1:

Проведений теоретичний аналіз дозволив виявити ключові психологічні, соціокультурні та сімейні чинники, що впливають на формування та розвиток розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Було встановлено, що однією з визначальних психологічних передумов є рівень самооцінки, образ тіла та дзеркальна ідентичність, які формуються у складних умовах міжособистісної взаємодії та соціального порівняння. Підлітковий вік є вразливим періодом щодо впливу фізіологічних змін, що можуть спотворювати сприйняття себе та провокувати дисбаланс між тілесним образом і його оцінкою. Водночас соціокультурний тиск (особливо медійний) формує ідеали зовнішності, які стають тригерами до обмежувальної поведінки, переїдання чи контролю ваги.

Сімейне середовище також відіграє важливу роль у становленні харчової поведінки. Низький рівень згуртованості, відсутність підтримки або навпаки — надконтроль з боку батьків, можуть провокувати компенсаторне звернення до їжі як до джерела емоційної стабілізації. У результаті розлади харчової поведінки виступають не лише як реакція на зовнішній тиск чи невдоволення тілом, але й як маркер глибших особистісних труднощів. Виявлено також значний зв'язок між РХП і психологічними наслідками — зокрема, підвищенням тривожності, депресивних проявів, емоційної нестабільності та проблемами міжособистісної взаємодії.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

2.1 Методологічні основи та організація дослідження

Дослідницька група налічувала 34 особи віком від 14 до 17 років. Дослідження проводилося в період з початку грудня 2024 року по кінець лютого 2025 року. В опитуванні взяли участь 10 хлопців та 24 дівчини. У дослідженні застосовувались такі методи:

1. Для оцінки харчової поведінки респондентів використовувався тест вподобань харчової поведінки (EAT-26), розроблений Д. Гарнером та П. Гарфінкелем. Ця методика дозволяє визначити ризики розвитку порушень харчової поведінки, таких як анорексія та булімія. Опитувальник складається з 26 тверджень, які відображають ставлення до їжі, контролю ваги та форми тіла. Відповіді оцінюються за шестибальною шкалою від «ніколи» до «завжди», що дає змогу виявити ступінь стурбованості харчовою поведінкою та можливі ризики її порушень.

2. Для визначення рівня самооцінки учасників дослідження було застосовано шкалу самоповаги Розенберга (RSES), яка є однією з найпоширеніших методик у психології особистості. Вона складається з 10 тверджень, що оцінюють загальне ставлення людини до себе, своїх можливостей та значущості. Відповіді надаються за чотирибальною шкалою, що дозволяє визначити рівень самоповаги: високий, середній або низький. Високий рівень свідчить про впевненість у собі та стійкість до критики, середній вказує на баланс між впевненістю та певними сумнівами, тоді як низький рівень може сигналізувати про невпевненість, самокритику та схильність до негативного самосприйняття.

3. Для оцінки рівня тривожності було використано шкалу тривоги Спілбергера (STAI), що дозволяє виміряти як ситуативну (реактивну), так і особистісну тривожність. Методика містить 40 тверджень, розділених на дві підшкали: одна оцінює, як респондент почувається в даний момент, а друга – наскільки він схильний до тривожних станів загалом. Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою, що дозволяє класифікувати рівень тривожності як низький, середній або високий. Високі показники можуть вказувати на підвищену емоційну напругу, труднощі у саморегуляції та адаптації до стресових ситуацій.

4. Для аналізу особистісних характеристик підлітків застосовувався п'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п'ятірка»), розроблений П. МакКреєм та Р. Костою. Ця методика оцінює п'ять основних рис особистості: нейротизм, екстраверсію, відкритість до нового досвіду, доброзичливість та сумлінність. Опитувальник складається з 75 тверджень, що допомагають визначити домінуючі особистісні риси. Високі показники за певними шкалами свідчать про вираженість відповідних особливостей, наприклад, високий рівень нейротизму може сигналізувати про емоційну нестабільність і схильність до стресу, тоді як високий рівень сумлінності вказує на відповідальність та самодисципліну.

5. Для оцінки сімейного середовища та рівня підтримки з боку близьких було використано опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3), розроблений Д. Олсоном, Х. Портнером та Й. Беллом. Ця методика дозволяє визначити рівень згуртованості та адаптаційних можливостей у сім'ї. Вона включає дві основні шкали: перша оцінює емоційний зв'язок між членами сім'ї, а друга – здатність сім'ї пристосовуватися до змін. Високі показники згуртованості свідчать про наявність міцних емоційних зв'язків та взаємопідтримки, тоді як низькі можуть сигналізувати про відсутність довірливих стосунків та емоційну дистанцію між членами родини.

Вибір цих методик пояснюється їхньою надійністю, точністю та відповідністю меті дослідження. Вони допомагають всебічно вивчити проблему та зрозуміти, що впливає на харчову поведінку підлітків.

По-перше, тест вподобань харчової поведінки (EAT-26) добре підходить для виявлення ризиків анорексії та булімії. Він дає змогу оцінити, як підлітки ставляться до їжі та контролюють свою вагу.

По-друге, шкала самоповаги Розенберга (RSES) допомагає визначити рівень самооцінки. Оскільки впевненість у собі впливає на харчову поведінку, цей тест дозволяє простежити можливі зв'язки між самооцінкою та розладами харчової поведінки.

По-третє, шкала тривожності Спілбергера (STAI) дає змогу оцінити рівень тривожності підлітків. Оскільки тривожність може бути як причиною, так і наслідком проблем із харчуванням, її аналіз є важливим.

По-четверте, п'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п'ятірка») допомагає зрозуміти особистісні риси підлітків, які можуть впливати на їхню харчову поведінку. Наприклад, емоційно нестійкі підлітки можуть частіше мати проблеми з харчуванням.

Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3) допомагає оцінити роль сім'ї у формуванні харчових звичок. Дослідження сімейної підтримки дозволяє з'ясувати, як взаємини з рідними впливають на харчову поведінку підлітків.

Для виявлення статистично значущих взаємозв'язків між основними показниками дослідження було використано **коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона (r)**. Даний метод дозволяє кількісно оцінити ступінь та напрямок зв'язку між двома змінними, що вимірюються за інтервальною або шкалою відносин.

Кореляція Пірсона є доцільною у разі, коли дані мають нормальний або близький до нормального розподіл, а також у випадках, коли вибірка є

достатньо репрезентативною ($n \geq 30$). Показник r може набувати значень у межах від -1 до +1, де:

- $r \approx +1$ свідчить про сильний прямий зв'язок;
- $r \approx -1$ — про сильний обернений зв'язок;
- $r \approx 0$ — про відсутність лінійної залежності.

Розрахунок кореляційних коефіцієнтів здійснювався для встановлення зв'язків між рівнем самооцінки, тривожності, схильності до розладів харчової поведінки, сімейної згуртованості, адаптивності, а також між окремими факторами особистості згідно з п'ятифакторною моделлю. Отримані значення інтерпретувалися відповідно до загальноприйнятої градації сили зв'язку:

- **0,1–0,3** – слабкий зв'язок;
- **0,3–0,5** – помірний зв'язок;
- **0,5 і більше** – сильний зв'язок.

Таким чином, застосування коефіцієнта Пірсона дозволило не лише кількісно підтвердити гіпотези про взаємозв'язок окремих психологічних показників, а й виявити тенденції, що мають практичну значущість у контексті психологічної підтримки підлітків.

Отже, обрані методики дозволяють комплексно дослідити проблему. Вони допомагають зібрати інформацію про психологічні особливості, тривожність, самооцінку, вплив сім'ї та риси характеру, що робить дослідження більш глибоким і точним.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

При оцінюванні харчової поведінки респондентів використовувався тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26), були отримані наступні результати:

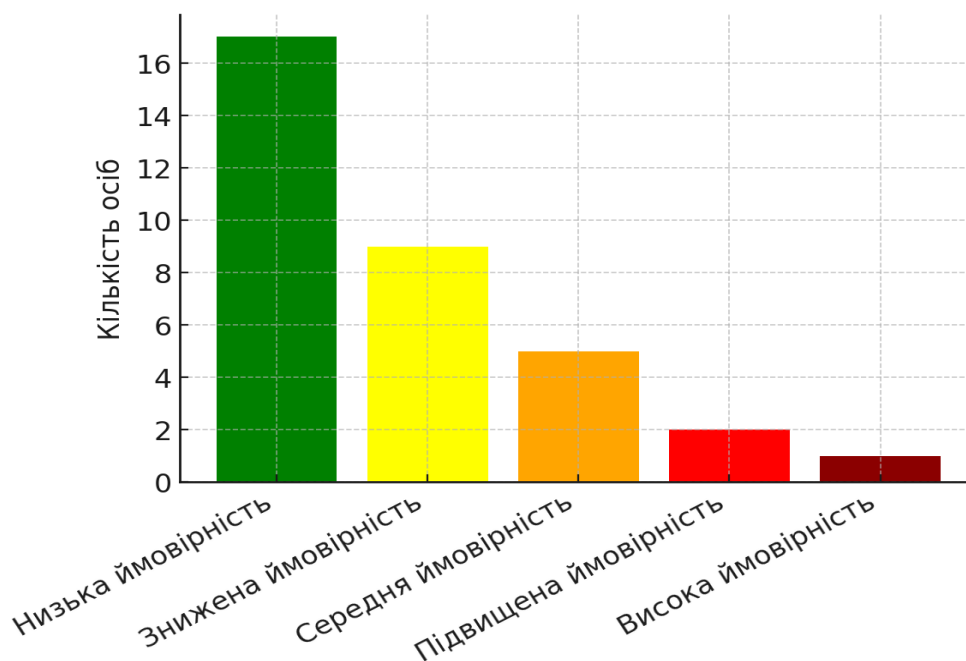


Рис. 1.1. Результати за методикою “Тест вподобань харчової поведінки”(EAT-26)

Отримані результати свідчать, що у 17 респондентів (50 %) виявлено низьку ймовірність розвитку розладів харчової поведінки. Це дозволяє інтерпретувати їхній стан як такий, що характеризується збалансованим ставленням до харчування, поміркованістю у сприйнятті власного тіла, відсутністю нав'язливих установок щодо зниження ваги або зовнішньої привабливості. Такі особи, як правило, демонструють стабільний рівень емоційної саморегуляції, адекватне сприйняття сигналів голоду та ситості, а також низьку залежність від соціальних стандартів у формуванні харчових стратегій.

Ще у 9 респондентів (26 %) виявлено знижену ймовірність РХП. Це свідчить про наявність окремих поведінкових або когнітивних патернів, що можуть свідчити про певну вразливість до харчових девіацій. У таких випадках можливе епізодичне виникнення тривожних думок щодо фігури, періодичне обмеження в їжі або спроби дієтичного контролю, які однак не носять системного характеру і можуть бути зумовлені ситуативними емоційними або соціальними впливами.

У 5 осіб (15 %) зафіксовано середній рівень ризику РХП. Ця група характеризується підвищеною увагою до зовнішності, коливаннями у ставленні до тіла, наявністю ригідних установок щодо харчування (наприклад, уникання певних продуктів, надмірний контроль калорійності раціону). Ймовірно, у таких респондентів спостерігається нестійка самооцінка, залежність від соціального схвалення, а також емоційна нестабільність, що актуалізує компенсаторне використання харчової поведінки.

Підвищений рівень ймовірності розладів харчової поведінки виявлено у 2 респондентів (6 %). Такі результати вказують на високий рівень психологічної фіксації на контролі за масою тіла, наявність дисфункціональних харчових ритуалів, а також можливу схильність до емоційного переїдання або, навпаки, жорсткого обмеження споживання їжі в умовах стресу. В таких випадках вже наявні ознаки дезадаптації, що можуть трансформуватися в клінічно значимі порушення у разі відсутності психокорекційного супроводу.

У 1 респондента (3 %) виявлено високий рівень ризику, що потребує особливої уваги. Такий показник може свідчити про наявність чітко сформованих дезадаптивних патернів харчової поведінки, на кшталт нав'язливого уникання їжі, сильного страху перед набором ваги, епізодів неконтрольованого переїдання або очищення. Виявлення такого рівня ризику є підставою для направлення до психолога або психотерапевта для подальшої глибшої діагностики та можливої корекції.

Загалом, переважна більшість підлітків (76 %) продемонструвала функціональний рівень харчової поведінки, що свідчить про сформовану психоемоційну рівновагу та відносну стійкість до соціальних впливів. Водночас 24 % опитаних виявили ознаки потенційної вразливості, які можуть у майбутньому перерости у патологічні форми взаємодії з їжею за умови дії стресогенних або соціокультурних тригерів.

При визначенні рівня самооцінки учасників дослідження було застосовано шкалу самоповаги Розенберга (RSES), були отримані наступні результати:

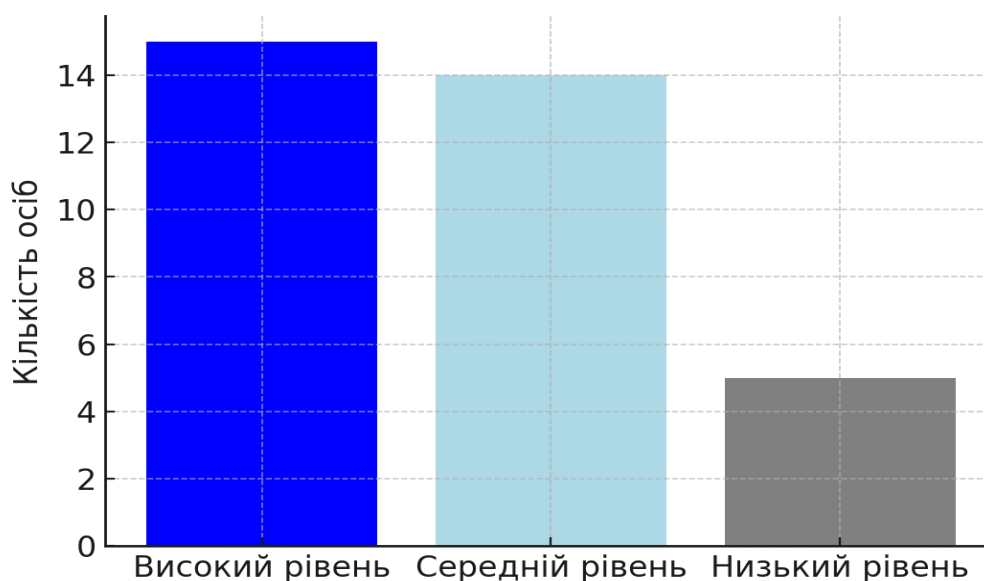


Рис. 1.2. Результати за методикою “Шкала самоповаги Розенберга”

Результати проведеного дослідження свідчать, що у 15 респондентів (44 %) зафіксовано високий рівень самоповаги. Такий показник є індикатором сформованого позитивного ставлення до себе, емоційної стабільності та впевненості у власних силах. Підлітки з високою самоповагою, як правило, демонструють високу мотивацію до досягнень, конструктивне реагування на невдачі, здатність до самостійного прийняття рішень, а також низьку залежність від зовнішньої оцінки. Вони краще адаптуються до соціального середовища, легше інтегруються у колектив, що сприяє формуванню здорового способу життя та підвищує резистентність до соціальних ризиків, зокрема й у сфері харчової поведінки.

У 14 осіб (41 %) виявлено середній рівень самоповаги. Такий рівень можна охарактеризувати як потенційно стійкий, але з певними коливаннями в емоційному самосприйнятті. Такі респонденти здебільшого позитивно оцінюють себе, однак можуть демонструвати нестійкість у самооцінці за умов підвищеного стресу, соціального тиску або критики. Вони можуть проявляти залежність від зовнішнього схвалення та переживати періоди сумнівів у

власній значущості, що в деяких випадках спричиняє епізоди тривожності або зниженого настрою.

Низький рівень самоповаги виявлено у 5 підлітків (15 %). Це є ознакою значних внутрішньоособистісних труднощів, зокрема схильності до самознецінення, підвищеної емоційної вразливості, соціальної тривожності та порушення механізмів самопідтримки. Такі особи часто залежні від зовнішньої оцінки, демонструють уникнення нових ситуацій через страх невдачі або осуду, мають труднощі у прийнятті рішень та низьку віру у власну ефективність. Згідно з сучасними дослідженнями (зокрема, даними Савицької О. В., 2013), такий рівень самоповаги є предиктором підвищеного ризику розвитку депресивних станів, тривожних розладів та девіантних форм поведінки, включно з розладами харчової поведінки.

Загалом, сукупний аналіз результатів показує, що 85 % підлітків мають середній або високий рівень самоповаги, що свідчить про сформовану базову самооцінку, емоційну зрілість та відносну психологічну стабільність. Утім, наявність 15 % респондентів із низьким рівнем самоповаги вказує на потребу в психопрофілактичних заходах, спрямованих на розвиток внутрішніх ресурсів, навичок емоційної регуляції та підвищення самоприйняття.

Для оцінки рівня тривожності було використано шкалу тривоги Спілбергера (STAI), були отримані наступні результати:

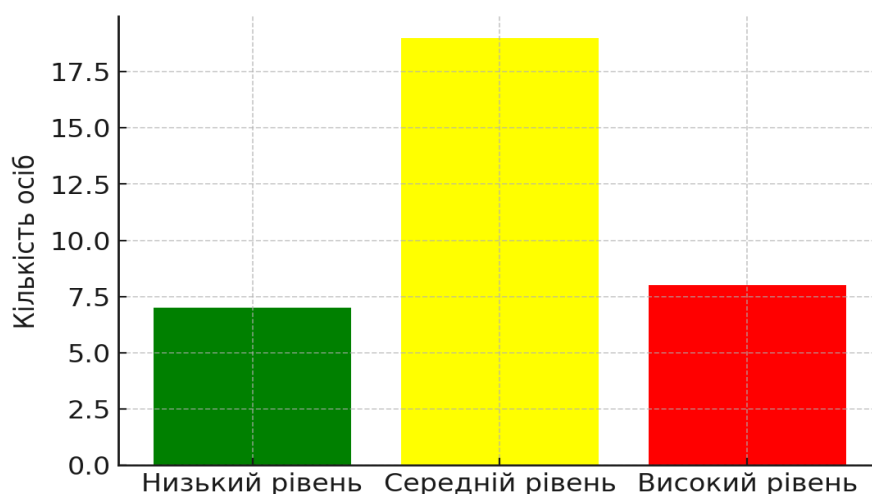


Рис. 1.3. Результати за методикою “Шкала тривоги Спілберга”

Отримані результати свідчать, що 7 респондентів (20 %) мають низький рівень тривожності. Це може бути ознакою сформованої емоційної саморегуляції, впевненості у власних силах, адекватного рівня стресостійкості та гармонійної адаптації до умов навколишнього середовища. Такі підлітки, як правило, здатні ефективно долати щоденні труднощі, конструктивно вирішують конфліктні ситуації, зберігають емоційну рівновагу та рідко демонструють симптоми внутрішньої напруги.

У більшості опитаних (19 осіб, 55 %) зафіксовано середній рівень тривожності, що вважається нормативним для пубертатного періоду. Такий рівень є адаптивним і свідчить про здатність особистості мобілізуватись у відповідь на виклики без суттєвих порушень у психоемоційному функціонуванні. Однак у певних ситуаціях можлива поява епізодів емоційної нестійкості, пов'язаних із віковими кризовими змінами, впливом соціального середовища або внутрішньоособистісними конфліктами.

У 8 осіб (25 %) виявлено високий рівень тривожності, що є потенційним показником емоційної дисрегуляції, підвищеної чутливості до зовнішніх подразників та зниження рівня психологічної адаптивності. Такий рівень тривожності може супроводжуватись соматичними скаргами, порушеннями сну, емоційною лабільністю, униканням соціальних взаємодій, а також труднощами у навчальній і міжособистісній сферах. У цьому контексті високий рівень тривожності може виступати як предиктор формування вторинних психологічних розладів, зокрема тривожних, афективних та поведінкових порушень, і потребує психологічного супроводу або корекційної роботи.

Загалом, результати дослідження підтверджують, що тривожність є природною реакцією організму на нові, складні або невизначені ситуації. Водночас стабільно високий рівень тривожності в підлітковому віці може бути маркером труднощів із саморегуляцією, дефіциту емоційної підтримки або невіршених внутрішніх конфліктів. Це вимагає уважного ставлення з боку

фахівців і включення до програми психопрофілактики та психоосвітніх інтервенцій.

П'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п'ятірка»), отримали такі результати:

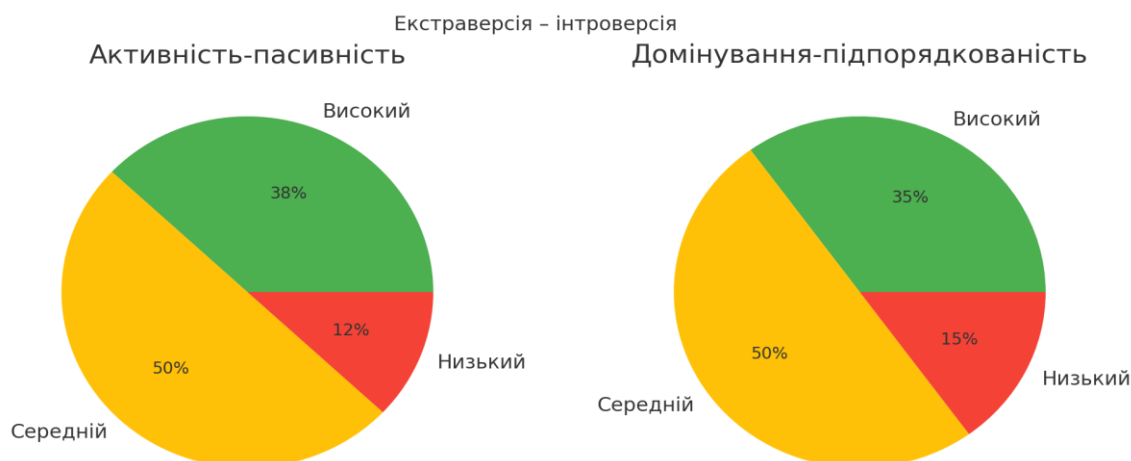


Рис. 1.4. Результати за методикою “П'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п'ятірка»)”: екстраверсія - інтроверсія

Рівень активності підлітків є важливим показником їхньої психосоціальної адаптації, особистісної динаміки та соціальної включеності. Підлітки з високим рівнем активності зазвичай демонструють яскраво виражені риси екстраверсії, ініціативність, прагнення до домінування у соціальних взаємодіях, високий рівень комунікативних навичок і гнучкість у нових середовищах. Їм властиве прагнення бути у центрі уваги, швидка адаптація до нових умов, активна участь у групових заходах, що вказує на сформовану потребу в соціальній самореалізації. Такі респонденти, як правило, характеризуються підвищеною впевненістю в собі, стресостійкістю та мобільністю у прийнятті рішень.

Середній рівень активності зазвичай є маркером внутрішнього балансу між потребою у соціальних контактах та схильністю до інтровертованої поведінки. Такі підлітки можуть бути достатньо відкритими у знайомому середовищі, водночас демонструючи потребу в особистому просторі, саморефлексії та періодичному емоційному «відключенні» для відновлення

ресурсу. Вони здатні до ефективної взаємодії, але потребують гнучких умов соціалізації, без надмірного тиску або конкуренції.

Низький рівень активності може свідчити про домінування інтровертованих тенденцій, емоційну стриманість, схильність до уникнення нових або потенційно напружених ситуацій. Такі підлітки зазвичай обережні у встановленні контактів, можуть демонструвати знижену ініціативність, труднощі в адаптації до соціальних змін, а також підвищену потребу у стабільності та безпеці. У деяких випадках низька активність може мати компенсаторний характер, пов'язаний із невпевненістю, низькою самооцінкою або попереднім негативним досвідом міжособистісної взаємодії.

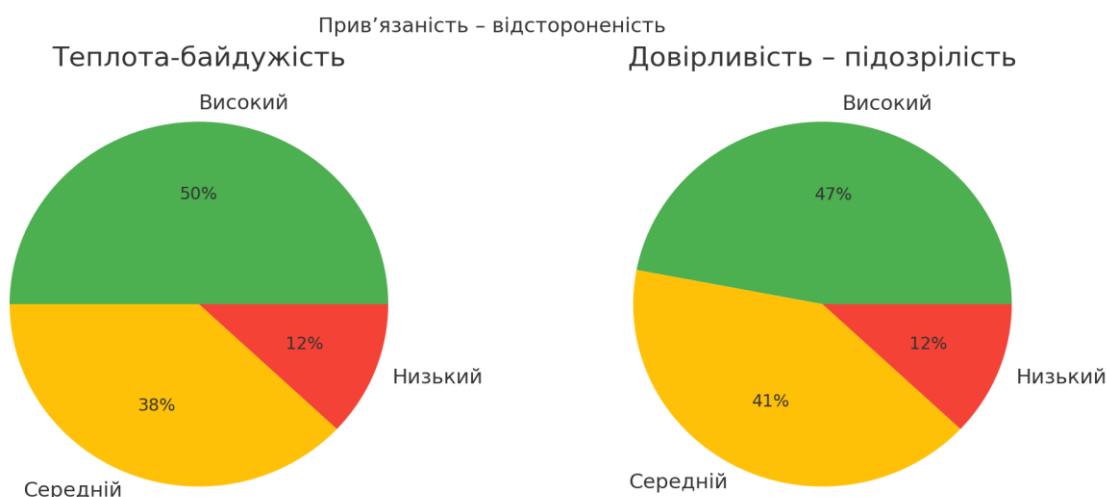


Рис. 1.5. Результати за методикою “П'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п'ятірка»): прив'язаність - відстороненість

Рівень теплоти та довірливості є ключовим показником емоційної відкритості особистості та здатності до побудови значущих міжособистісних стосунків. Підлітки з високим рівнем цього показника зазвичай характеризуються емпатійністю, чуйністю, вираженим прагненням до емоційної взаємодії, здатністю до співпереживання та безконфліктної співпраці. Вони легко налагоджують контакти, демонструють доброзичливість і високий рівень базової довіри до людей, що сприяє успішній

соціальної адаптації, популярності серед однолітків і формуванню стійкої підтримуючої соціальної мережі.

Середній рівень теплоти та довірливості свідчить про збалансовану позицію між відкритістю до соціальних контактів і прагненням зберігати емоційну автономію. Такі респонденти, як правило, демонструють доброзичливість і дружелюбність у знайомому середовищі, однак обирають більш обережну стратегію поведінки в нових або невизначених соціальних ситуаціях. Установки на довіру в них залежать від контексту взаємодії, минулого досвіду та індивідуальних особливостей партнера по спілкуванню.

Низький рівень теплоти та довірливості вказує на емоційну стриманість, знижений рівень міжособистісної довіри та потенційні труднощі в налагодженні близьких соціальних зв'язків. Такі підлітки можуть уникати відкритої взаємодії, виявляти настороженість, дистанційованість або навіть підозрілість у стосунках. У деяких випадках така поведінка є результатом негативного соціального досвіду (травматичних подій, відторгнення, булінгу) або сформованих захисних механізмів, спрямованих на збереження психологічної безпеки. Це може ускладнювати процес соціалізації, поглиблювати почуття самотності та впливати на емоційне благополуччя в довгостроковій перспективі.

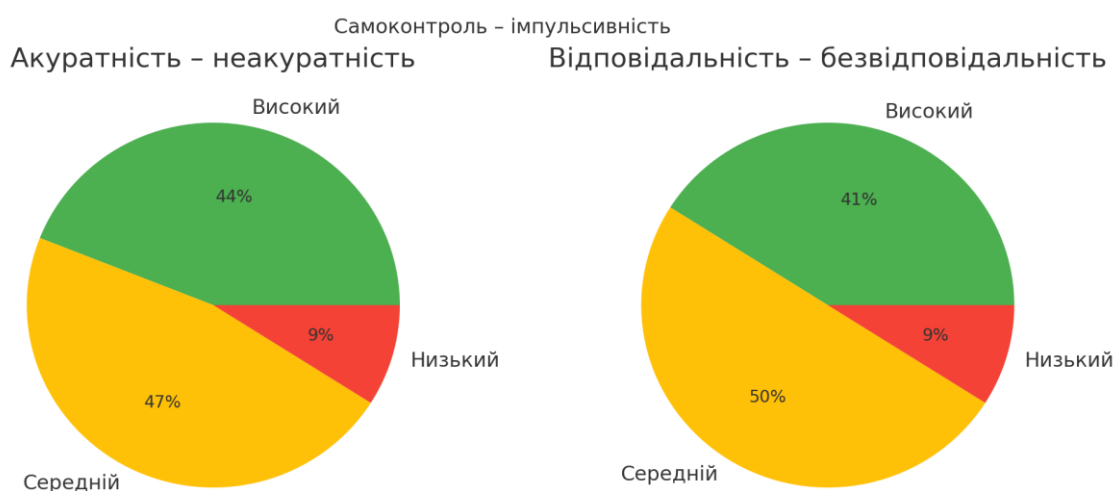


Рис. 1.6. Результати за методикою “П’ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п’ятірка»): самоконтроль - імпульсивність

Рівень самоконтролю є важливою характеристикою саморегуляційної сфери особистості, що відображає здатність до вольового управління поведінкою, емоціями та мотиваційними імпульсами. Підлітки з високим рівнем самоконтролю зазвичай демонструють високу організованість, відповідальність і цілеспрямованість. Вони мають розвинені навички тайм-менеджменту, дотримуються соціально прийнятних норм, здатні відкладати миттєве задоволення заради досягнення довготривалих цілей. Такі респонденти вирізняються підвищеним рівнем академічної та особистої ефективності, а також високою адаптивністю в умовах структурованого середовища.

Середній рівень самоконтролю вказує на гнучкий баланс між здатністю до самодисципліни та схильністю до ситуативної спонтанності. Підлітки з таким рівнем можуть бути відповідальними й продуктивними в умовах зовнішнього контролю або високої мотивації, однак у менш структурованих ситуаціях схильні до відтермінування виконання завдань, епізодичної неувважності чи втрати цілеспрямованості. Такі особи зазвичай реагують на зовнішні стимули, але в цілому зберігають базовий рівень відповідальності та здатні до мобілізації за необхідності.

Низький рівень самоконтролю свідчить про недостатню сформованість вольових механізмів регуляції поведінки. Такі підлітки часто діють імпульсивно, демонструють труднощі у плануванні, організації діяльності та прийнятті відповідальних рішень. Їм властива низька стійкість до фрустрації, зниження концентрації уваги, недостатнє дотримання правил і труднощі в досягненні довготривалих цілей. Ці характеристики можуть негативно позначатись на академічній успішності, соціальних стосунках і здатності до адаптації в умовах підвищеної вимогливості.

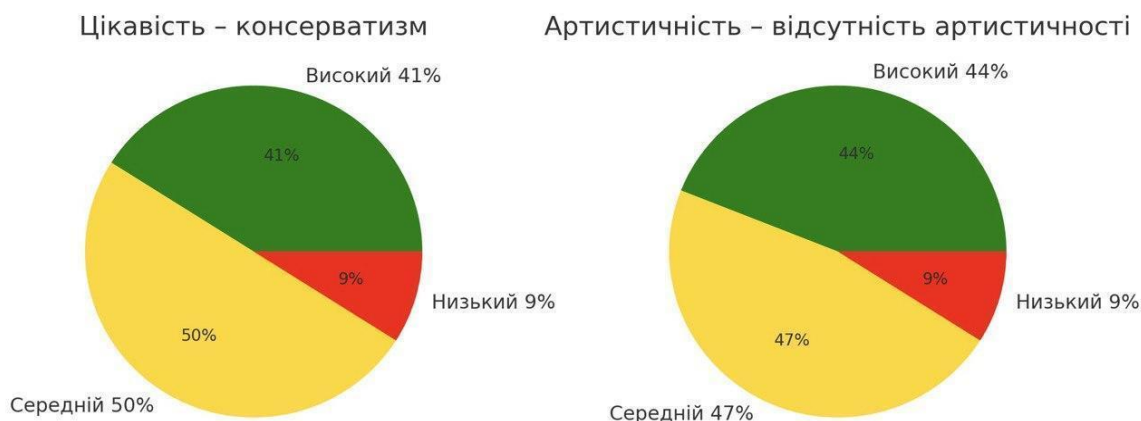


Рис. 1.7. Результати за методикою “П’ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п’ятірка»): експресивність - практичність

Рівень цікавості та артистичності (відкритості до досвіду) є важливою складовою когнітивно-особистісного профілю підлітка, що відображає схильність до дослідницької поведінки, креативного мислення та естетичного сприйняття світу. Підлітки з високим рівнем цього показника зазвичай характеризуються розвиненою уявою, інтелектуальною допитливістю, естетичною чутливістю та прагненням до самовираження через мистецтво, наукові пошуки чи творчі проекти. Вони відкриті до нових ідей, нетипових підходів, мають схильність до рефлексії та інтелектуальної гнучкості. Такі особи часто виявляють інноваційність у вирішенні завдань, орієнтуються на внутрішню мотивацію та здатні до продукування нових концептів або рішень.

Середній рівень відкритості до досвіду вказує на гармонійне поєднання раціонального підходу до діяльності з наявністю креативних задатків. Такі підлітки можуть виявляти творчість у сприятливому середовищі або за наявності зовнішньої підтримки. Вони демонструють здатність мислити нестандартно, однак у межах логічно обґрунтованих рамок, що забезпечує баланс між прагматизмом і експериментаторством. Їхній творчий потенціал може активізуватись у ситуаціях самовираження або пошуку альтернативних рішень.

Низький рівень відкритості до досвіду може свідчити про схильність до традиціоналізму, консервативного мислення та орієнтації на перевірені алгоритми дій. Такі респонденти зазвичай обирають знайомі й структуровані середовища, уникають ризику або новизни, віддають перевагу стабільності й чітким правилам. Вони можуть виявляти труднощі у прийнятті нових ідей, опиратись на зовнішні авторитети та схильні до відтворювального стилю діяльності. В окремих випадках низький рівень відкритості асоціюється з ригідністю мислення, що може обмежувати когнітивну гнучкість та інноваційний потенціал.



Рис. 1.8. Результати за методикою “П’ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI («Велика п’ятірка»)”: відкритість до нового - консерватизм

Високий рівень відкритості до нового (Openness to Experience) свідчить про сформовану здатність до когнітивної гнучкості, інтелектуальну допитливість, високий рівень адаптивності та інтерес до незвіданого. Підлітки з такою особистісною характеристикою мають схильність до експериментування, відкриті до альтернативних поглядів, швидко опановують нову інформацію та позитивно сприймають зміни. Їм властиве критичне мислення, творчий потенціал і прагнення до саморозвитку через досвід.

Середній рівень відкритості до досвіду вказує на збалансованість між раціональним мисленням та здатністю до інноваційного підходу. Такі респонденти можуть виявляти гнучкість у прийнятті рішень і водночас

дотримуватись певної послідовності у поведінці. Вони здатні комбінувати традиційні підходи з новаторськими ідеями, адаптуючи власну поведінку відповідно до соціального контексту. Такий профіль є найбільш характерним для адаптивної поведінки в умовах змінного середовища.

Низький рівень відкритості може бути індикатором ригідності мислення, схильності до підтримки сталих уявлень, уникнення нових досвідів та змін. Такі підлітки надають перевагу знайомим ситуаціям, діють за перевіреними схемами, обережно ставляться до новизни та можуть відчувати дискомфорт у ситуаціях, що виходять за межі звичних сценаріїв. Це може обмежувати їхню здатність до адаптації в умовах освітніх або соціальних трансформацій, а також стримувати розвиток творчого потенціалу.

Загальний аналіз особистісного профілю учасників дослідження за п'ятифакторною моделлю показав, що переважна більшість підлітків мають середній рівень розвитку ключових рис особистості. Це дозволяє зробити висновок про їх загальну емоційну врівноваженість, здатність до інтеграції в соціум та функціональну адаптивність. У той же час, виявлені крайні значення деяких параметрів (високий або низький рівень відкритості, самоконтролю, емоційної стабільності тощо) свідчать про наявність індивідуальних психосоціальних запитів. Такі особи можуть потребувати цілеспрямованої підтримки у формуванні гнучких навичок міжособистісної взаємодії, підвищенні стресостійкості або розвитку креативного мислення.

Для оцінки сімейного середовища та рівня підтримки з боку близьких було використано опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3), були отримані наступні результати:

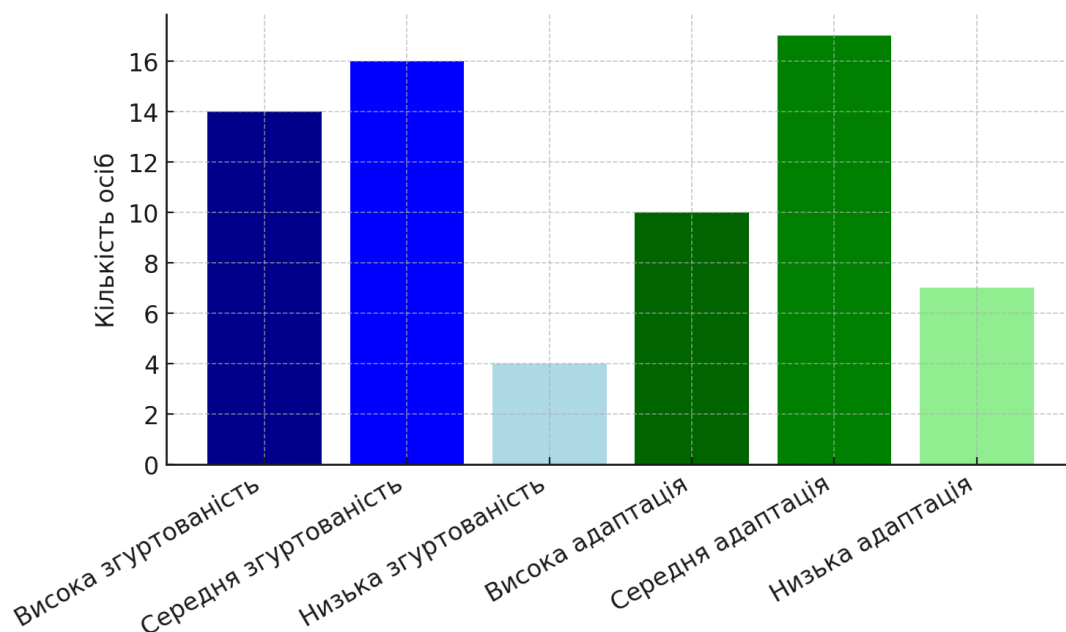


Рис. 1.9. Результати за методикою “Шкала сімейної адаптації та згуртованості”

Результати тестування за шкалами згуртованості та адаптивності родини свідчать про наявність у більшості підлітків позитивного досвіду сімейної взаємодії. Зокрема, у 30 респондентів (87 %) зафіксовано середній або високий рівень згуртованості в сімейній системі, що свідчить про емоційно насичені стосунки з близькими, наявність довіри, взаємної підтримки та спільних цінностей. Такий рівень згуртованості розглядається як адаптивна ознака функціональної родини, що забезпечує базову емоційну безпеку, підтримку в кризових ситуаціях і сприяє формуванню у підлітків стійкої самооцінки, емпатії та навичок конструктивного спілкування.

Водночас 4 респонденти (13 %) продемонстрували низький рівень згуртованості, що може вказувати на емоційну дистанцію між членами родини, фрагментарність сімейного часу, дефіцит теплих взаємин або хронічні конфлікти. У таких випадках можлива наявність порушень у системі сімейного спілкування, обмежена емоційна виразність або домінування формальних функцій над афективними. Це створює передумови для підвищеної тривожності, ізоляції або компенсаторної залежності від зовнішніх соціальних контактів.

Щодо рівня адаптації родини, 10 респондентів (30 %) мають високі показники, що вказує на здатність їхніх сімей до ефективної мобілізації ресурсів у стресових ситуаціях, високий ступінь гнучкості, розвинені механізми спільного прийняття рішень і злагоджену систему взаємної підтримки. Такі сім'ї відзначаються психологічною стійкістю та готовністю до трансформацій в умовах змін.

Середній рівень адаптації зафіксовано у 17 осіб (50 %), що свідчить про базову функціональність родинної системи за типових умов життєдіяльності. Такі сім'ї можуть успішно справлятися з повсякденними завданнями, однак зазнають певних труднощів у ситуаціях високої напруги або раптових змін. Їхня адаптивність обмежена, але не критично порушена.

7 респондентів (20 %) продемонстрували низький рівень сімейної адаптації, що вказує на обмежену здатність до конструктивного подолання життєвих труднощів, брак гнучкості в комунікації та розподілі ролей, конфліктогенність або жорстку структурованість у взаємодії. Це може призводити до емоційної нестабільності, фрустрації та підвищеного ризику формування дезадаптивних копінг-стратегій у підлітків.

Загалом, результати дослідження підтверджують, що сімейна згуртованість і здатність до адаптації є ключовими детермінантами емоційного благополуччя підлітків. Високі показники за цими шкалами асоціюються з позитивною соціалізацією, стресостійкістю та внутрішньою стабільністю. Натомість низькі рівні можуть виступати як ризикові чинники для формування емоційно-особистісних порушень, зниження самооцінки, труднощів у побудові довірливих стосунків та підвищення тривожності.

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів кореляційного дослідження

Для поглибленого аналізу взаємозв'язків між психологічними показниками особистості підлітків та ключовими родинними факторами, було

застосовано коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. У межах дослідження вдалося виявити низку статистично значущих зв'язків, які проливають світло на структуру взаємовпливів між самооцінкою, тривожністю, відкритістю до досвіду, адаптивністю родини, згуртованістю тощо.

Показник 1 / Показник 2	Самоповага	Тривожність	Самоконтроль	Відкритість до досвіду	Адаптивність родини	Згуртованість родини	Теплота-довірливість	Артистичність	Ризик РХП
Самоповага	-	-	-	-	-	0,62	-	-	-
Тривожність	-	-	-0,29	-0,27	-0,49	-	-	-	-
Самоконтроль			-	0,38	-	-	-	-	
Відкритість до досвіду			-	-	-	-	-	-	
Адаптивність родини			-	-	-	-	-	-	
Згуртованість родини			-	-	-	-	-	-	
Теплота-довірливість			-	-	-	0,66	-	-	
Артистичність			-	0,47	-	-	-	-	
Ризик РХП	-0,52		-	-	-	-	-	-	

Рис. Розподіл результатів кореляційного аналізу

Прямий зв'язок між високим рівнем самоповаги та високим рівнем згуртованості в сім'ї ($r = 0,62$). Підлітки, які демонструють високий рівень позитивного ставлення до себе, здебільшого виховуються в емоційно теплих та згуртованих родин. Це підтверджує гіпотезу про роль підтримуючого сімейного середовища як чинника формування адекватної самооцінки, позитивного образу Я та впевненості у власній цінності.

Обернений зв'язок між високим рівнем тривожності та низьким рівнем адаптивності сімейної системи ($r = -0,49$). У родинях з недостатнім рівнем гнучкості та проблемами адаптації до життєвих змін діти частіше виявляють емоційну нестабільність і схильність до тривожних станів. Такі умови можуть посилювати вразливість підлітків до стресу та сприяти формуванню тривожних патернів реагування.

Прямий зв'язок між високим рівнем самоконтролю та високою відкритістю до досвіду ($r = 0,38$). Це вказує на те, що підлітки, які здатні до планування, самодисципліни та контролю поведінки, водночас демонструють готовність до прийняття нового, відкритість до досвіду та креативне мислення. Така комбінація рис забезпечує ефективну адаптацію в умовах змінного середовища.

Обернений зв'язок між високим рівнем тривожності та низьким рівнем відкритості до досвіду ($r = 0,27$). Особи з ригідним мисленням, схильністю до уникнення нового та зниженим рівнем когнітивної гнучкості частіше демонструють підвищену емоційну напругу, острах перед невизначеністю та знижену здатність до адаптації у нових ситуаціях.

Прямий зв'язок між високим рівнем теплоти-довірливості та високим рівнем згуртованості в сім'ї ($r = +0,66$). Цей результат підтверджує, що емпатійність, доброзичливість та здатність до емоційної відкритості тісно пов'язані з позитивним досвідом родинного спілкування. У таких сім'ях переважає взаємна підтримка, відсутні емоційні бар'єри, що сприяє формуванню соціально компетентної особистості.

Обернений зв'язок між високим ризиком розладів харчової поведінки та низьким рівнем самоповаги ($r = -0,52$). Підлітки з низькою самоповагою схильні до дезадаптивної харчової поведінки, яка може виконувати функцію компенсаторного механізму у відповідь на почуття меншовартості, емоційної порожнечі або прагнення до контролю через їжу.

Прямий зв'язок між високим рівнем артистичності та високим рівнем відкритості до досвіду ($r = 0,47$). Підлітки з вираженою творчою складовою особистості демонструють більшу цікавість до нового, здатність до дивергентного мислення, схильність до самовираження та експериментування, що загалом є передумовою для розвитку інтелектуальної гнучкості.

Обернений зв'язок між високим рівнем тривожності та низьким рівнем самоконтролю ($r = -0,29$). Підлітки з низькою здатністю до саморегуляції частіше мають труднощі в управлінні емоціями, реагують імпульсивно, що створює підґрунтя для розвитку хронічного емоційного напруження та тривожності.

Таким чином, проведений кореляційний аналіз дозволив виокремити низку важливих тенденцій у взаємозв'язках між особистісними характеристиками та ключовими чинниками родинного середовища. Отримані дані можуть бути використані для прогнозування ризиків емоційних порушень, розвитку девіантних форм поведінки, а також для розробки психопрофілактичних заходів у межах родинної психотерапії та шкільного консультування.

2.4 Рекомендації щодо профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітків

З огляду на результати дослідження, профілактика та корекція розладів харчової поведінки у підлітків має здійснюватися комплексно, з урахуванням психологічних, соціокультурних та сімейних чинників. У фокусі профілактичної роботи має бути гармонійний розвиток особистості, формування здорового ставлення до тіла та їжі, а також емоційна стабільність і підтримка з боку найближчого соціального оточення.

Перш за все, надзвичайно важливим є впровадження системної психопросвіти для підлітків, що включає формування навичок усвідомленого ставлення до харчування. Це можуть бути тематичні тренінги, інтерактивні заняття або освітні проєкти, що знайомлять з базовими принципами здорового харчування, впливом емоцій на апетит, небезпекою дієт та інформаційних пасток, які провокують деструктивні харчові установки. Підвищення обізнаності підлітків дозволяє попередити розвиток дезадаптивних моделей поведінки.

Не менш важливою є психологічна робота з самооцінкою та образом тіла. Підлітки з низьким рівнем самоповаги більш схильні до спотвореного сприйняття власної зовнішності та схильні до харчових обмежень з метою досягнення «ідеалу». У межах корекційної роботи доцільно використовувати когнітивно-поведінкові техніки для перебудови негативних переконань щодо тіла, роботу з тілесною уявою, а також впровадження практик самоспостереження і тілесної обізнаності. Ці інтервенції сприяють формуванню позитивного ставлення до себе як до цілісної особистості, а не лише носія зовнішніх характеристик.

Особливу увагу слід приділяти роботі з тривожністю та емоційною регуляцією. Як показали результати дослідження, високий рівень тривожності є одним з ключових чинників ризику розвитку РХП. Тому доцільним є застосування релаксаційних методик, майндфулнес-практик, технік дихальної саморегуляції та навчання навичкам самозаспокоєння. Формування емоційної грамотності допомагає зменшити ймовірність звернення до їжі як до засобу компенсації або емоційного захисту.

Надзвичайно важливою складовою профілактики є робота із сім'єю. Батьки мають бути поінформовані щодо особливостей харчової поведінки в підлітковому віці, важливості не критикувати зовнішність дитини, підтримувати здорові моделі спілкування за столом, а також створювати атмосферу емоційної підтримки. Консультативна робота з родиною повинна

передбачати аналіз сімейної системи, стиль виховання, рівень згуртованості та адаптивності. Позитивний вплив родинного середовища виступає захисним фактором від ескалації РХП.

Варто також звернути увагу на формування критичного ставлення до соціальних стандартів краси, що домінують у медіапросторі. Робота у форматі інтерактивних занять, арт-терапії або обговорень у групах дозволяє знижувати вплив шкідливих установок щодо ідеального тіла, формувати стійкість до соціального порівняння, а також сприяє самоприйняттю та цінуванню індивідуальності.

У випадках, коли у підлітка вже наявні ознаки РХП (наприклад, компульсивне переїдання, жорсткі харчові обмеження, надмірна фіксація на вазі чи калорійності), необхідна індивідуальна психологічна допомога. Залежно від вираженості симптомів, доцільно залучати психотерапевтів, психіатрів та дієтологів. У таких випадках важливо забезпечити не лише корекцію симптомів, але й роботу з глибинними причинами, що зумовлюють порушення — емоційною нестабільністю, травматичним досвідом, особистісними деформаціями тощо.

Таким чином, ефективна профілактика та корекція розладів харчової поведінки у підлітків потребує багатовекторного підходу, в основі якого лежить взаємодія школи, сім'ї, психологічної служби та медичних спеціалістів. Лише комплексна система заходів дозволить своєчасно виявляти ризики, підтримувати підлітків у критичні моменти та формувати основу для здорового психологічного та фізичного розвитку.

Висновки до розділу 2.

Результати емпіричного дослідження підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками харчової поведінки підлітків, особистісними характеристиками та параметрами сімейного функціонування. Встановлено, що високий рівень тривожності, низька самоповага, знижений самоконтроль та ригідність мислення є предикторами підвищеного ризику розвитку розладів харчової поведінки. Водночас такі чинники, як висока згуртованість родини, розвинене відчуття підтримки, позитивний образ Я, відкритість до досвіду та здатність до саморегуляції, чинять захисну дію та знижують вірогідність виникнення РХП.

Кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона продемонстрував, що гармонійна сімейна динаміка позитивно корелює з розвитком таких якостей, як емоційна стабільність, самоконтроль і низький рівень тривожності. Натомість виявлені обернені зв'язки між тривожністю та відкритістю до досвіду, а також між самоповагою і ризиком РХП, свідчать про потребу у психологічному супроводі підлітків із вразливими індивідуальними профілями.

На основі отриманих результатів було сформульовано низку психопрофілактичних рекомендацій, що охоплюють когнітивно-поведінкову корекцію, тілесно-орієнтовані техніки, роботу з родиною, розвиток емоційної компетентності та просвітницьку діяльність. Комплексна профілактична модель дозволяє не лише знижувати прояви порушень харчової поведінки, а й формувати психологічно стійку, адаптивну та самопідтримувальну особистість.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів теоретичного та емпіричного дослідження дозволяє зробити висновок про те, що проблема розладів харчової поведінки (РХП) у підлітковому віці є надзвичайно актуальною та комплексною. Вона охоплює низку взаємопов'язаних детермінант — від індивідуально-особистісних особливостей до родинного функціонування та соціального контексту. Теоретичний аналіз дозволив виокремити основні психологічні чинники, серед яких домінують знижений рівень самоповаги, викривлене тілесне Я, тривожність, емоційна нестабільність та внутрішня конфліктність. Суттєвий вплив мають також соціокультурні стандарти краси, медіа-впливи та міжособистісне порівняння, що особливо значимо вразливими для підлітків.

Особливої значущості у даному дослідженні набув емпіричний етап, у якому було проаналізовано взаємозв'язки між рівнем вираженості окремих психологічних характеристик підлітків, особливостями їх сімейного середовища та схильністю до РХП. Статистичний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона дозволив виявити як прямі, так і обернені кореляційні зв'язки. Зокрема, високий рівень тривожності достовірно пов'язаний з низьким рівнем самоповаги ($r = -0,52$), зниженим самоконтролем ($r = -0,29$) та слабкою здатністю до емоційної саморегуляції. Водночас було виявлено, що висока згуртованість у родині та її адаптивність значущо корелюють із позитивним образом Я, розвитком самоконтролю, відкритістю до нового досвіду та емоційною стабільністю.

Інтерпретація результатів дозволила не лише виявити статистичні зв'язки, а й якісно описати психологічні профілі ризику — зокрема, поєднання високої тривожності, зниженої самооцінки та негативного образу тіла виступає маркером підвищеної вірогідності РХП. Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки профілактичних програм, що включають формування адекватного образу Я, тілесної ідентичності, розвиток

емоційної регуляції та соціально підтримуючого середовища. У цьому контексті особливу цінність має мультидисциплінарний підхід, що поєднує зусилля психологів, педагогів, сімейних консультантів і медичних працівників.

Таким чином, результати дипломного дослідження мають як теоретичне значення — у контексті систематизації знань про психологічну природу РХП у підлітковому віці, так і практичне — у вигляді створення підґрунтя для ефективної психопрофілактики, корекції та підтримки психологічного благополуччя підлітків у сучасному соціальному середовищі.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш глибокому аналізі специфіки гендерних відмінностей у переживанні розладів харчової поведінки, дослідженні впливу цифрового середовища (особливо соціальних мереж) на тілесну ідентичність та самооцінку, а також у розширенні вікової вибірки з метою вивчення динаміки формування РХП упродовж підліткового періоду та переходу до ранньої дорослості. Доцільним також є подальше застосування факторного та кластерного аналізу для виявлення типових профілів ризику, що дозволить розробляти індивідуалізовані профілактичні програми для різних категорій підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Аналіз ефективності методів та стратегій психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. Психологічний часопис. 2022. № 5. С. 9.
2. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2023. № 3. С. 35.
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2024. Вип. 25. С. 19.
4. Абсалямова Л. Чинники успішності психологічної допомоги особистості з розладом харчової поведінки. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія. 2021. Т. 32(71), № 4. С. 1.
5. Аврамчук О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Problems of modern psychology. 2025. Iss. 43. С. 9.
6. Аврамчук О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Problems of modern psychology. 2019. Iss. 43. С. 9.
7. Альтанова А. Б. Розлади харчової поведінки у дітей та підлітків як комплексна проблема громадського здоров'я: ризики, тенденції, менеджмент. Здоров'я людини і нації. 2024. № 4. С. 69.
8. Анохіна Г. А. Особливості харчування при розладах аутистичного спектра. Репродуктивна ендокринологія. 2019. № 5. С. 73.
9. Антонєць В. А. Дослідження ймовірності виникнення розладів харчової поведінки у дітей і підлітків. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2024. Т. 14, № 4. С. 215.

10. Арделян Т. О. Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки. Соціально-гуманітарний вісник. 2022. Вип. 24. С. 42.
11. Каневський В. І. Вплив аутоагресивної поведінки на розвиток розладів харчової поведінки. Габітус. 2021. Вип. 32. С. 94.
12. Кириленко М. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт Практик. 2019. № 5. С. 46.
13. Няньковський С. Л. Принципи харчової корекції функціональних розладів травної системи у дітей раннього віку. Здоровье ребенка. 2023. № 4. С. 40.
14. Пархоменко Л. К. Якість життя та девіантні розлади харчової поведінки у дітей і підлітків з ожирінням. Современная педиатрия. 2022. № 8. С. 137.
15. Салюк М. А. Суб'єктивне благополуччя осіб підліткового та юнацького віку з ознаками розладів харчової поведінки. Молодий вчений. 2022. № 1(2). С. 139.
16. Снісар О. С. Теоретичне обґрунтування розладів харчової поведінки дівчат 15-21 років. Вісник проблем біології і медицини. - 2022. Вип. 1. С. 113.
17. Табачников С. І. Характеристика адиктивних розладів поведінки підлітків, які вживають психоактивні речовини. Алгоритм надання медико-соціальної допомоги. Архів психіатрії. 2025. Т. 21, № 1. С. 101.
18. Харченко Д. М. Комплексний підхід у дослідженні психосоматичних розладів. Актуальні проблеми психології. 2022. Т. 1, Вип. 35. С. 154.
19. Харченко Д. М. Чинники впливу на психосоматичні розлади. Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. 2023. Т. 2, Вип. 11. С. 302.
20. Харченко Є. М. Дослідження гендерних особливостей при негативних емоційних станах та їх вплив на виникнення соматоформних розладів особистості. Архів психіатрії. 2025. Т. 21, № 1. С. 151.

- 21.Харченко Є. М. Дослідження характеру хімічної та нехімічної залежної поведінки у підлітків з непсихотичними психічними розладами. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2025. № 1-2. С. 92.
- 22.Харченко Н. В. Соціальні, психоемоційні фактори та особливості харчування хворих на функціональні розлади шлунково-кишкового тракту. Фітотерапія. 2022. № 2. С. 34.
- 23.Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: : Психологічні науки. 2023. Вип. 2. С. 48.
- 24.Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки як феномен захисного реагування. Вісник післядипломної освіти. 2022. Вип. 6. С. 422.
- 25.Щербак Т. І. Психологічні особливості образу фізичного я у осіб із розладами харчової поведінки. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 104.