МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Міщенко Ірина Валеріївна

УДК 159.922.8

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Психологічні чинники дисфункціональних харчових установок у підлітковому віці

Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра психології.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____І.В. Міщенко

Керівник роботи:
доцент КУЛАКОВСЬКИЙ Т.Ю.

Житомир – 2026

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри
№_____ від «___»_____ 20__ року

Завідувач кафедри
_____ _____ _____
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту кваліфікаційної роботи
Здобувач вищої освіти
_____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою ECTS _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК
_____ _____ _____
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батько

ЗМІСТ

ВСТУП…….8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ……...12

1.1. Поняття та види розладів харчової поведінки……12

1.2. Психологічні особливості людей з розладом харчової поведінки……...21

1.3. Взаємозв'язок самооцінки та схильності до порушень харчової поведінки……...30

Висновки до розділу 1…….35

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ……37

2.1. Методи дослідження розладів харчової поведінки……..37

2.2. Організація емпіричного дослідження……..39

Висновки до розділу 2…….43

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ……45

3.1. Порівняльний аналіз показників розладів харчової поведінки та самооцінки у підлітків…….45

3.2. Комплексний підхід до психологічної корекції: розкриття потенціалу терапевтичних методів……...61

Висновки до розділу 3……64

ВИСНОВКИ……66

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……69

ДОДАТКИ……73

АНОТАЦІЯ

Міщенко І. В. Психологічні чинники дисфункціональних харчових установок у підлітковому віці. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія», ОПП «Практична психологія». – Поліський національний університет, Житомир, 2026.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років та їх взаємозв'язку з рівнем самооцінки і характеристиками самоставлення. Актуальність дослідження зумовлена зростанням поширеності деструктивних харчових патернів у підлітковому віці, підвищеним соціальним тиском щодо зовнішності, а також недостатньою кількістю емпіричних досліджень цієї проблематики у вітчизняному психологічному просторі.

Теоретичний аналіз засвідчив, що формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці відбувається під впливом поєднання індивідуально-психологічних та соціокультурних чинників, серед яких провідну роль відіграють нестабільність самооцінки, негативний образ тіла, порушення самоставлення та підвищена чутливість до соціальних стандартів. Розглянуто сучасні підходи до класифікації розладів харчової поведінки відповідно до DSM-5 та МКБ-11, а також психологічні механізми їх виникнення та підтримання.

Теоретичну основу дослідження становлять когнітивно-поведінкові та психодинамічні підходи до розуміння розладів харчової поведінки, концепції самооцінки та самоставлення особистості, а також сучасні уявлення про роль образу тіла в структурі особистісної ідентичності підлітків. Особливу увагу приділено взаємозв'язку між емоційною сферою, самооцінкою та деструктивною харчовою поведінкою.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці учнів 11-х класів закладу загальної середньої освіти м. Житомира. У дослідженні використано опитувальник

харчових установок EAT-26, шкалу самооцінки Розенберга, методику дослідження самоставлення В. В. Століна та С. Р. Пантилєєвої, а також методи математичної статистики. Отримані результати свідчать про наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем самооцінки та вираженістю ознак розладів харчової поведінки, а також про існування статевих відмінностей у прояві досліджуваних психологічних характеристик.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів закладів освіти для раннього виявлення ризиків формування розладів харчової поведінки, а також для розробки профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підвищення самооцінки та формування позитивного самоставлення у підлітків.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, підлітковий вік, самооцінка, самоставлення, образ тіла, EAT-26.

ABSTRACT

Mishchenko I. Psychological factors of dysfunctional eating attitudes in adolescence. – Qualification thesis manuscript.

Master's qualification thesis for the degree of Master of Psychology, specialty 053 "Psychology", Educational and Professional Program "Practical Psychology". – Polissia National University, Zhytomyr, 2026.

The qualification thesis is devoted to the study of psychological characteristics of eating disorders in adolescents aged 16–17 and their relationship with self-esteem and features of self-attitude. The relevance of the research is determined by the increasing prevalence of disordered eating patterns during adolescence, heightened sociocultural pressure regarding appearance, and the insufficient number of empirical studies on this issue in the national psychological research context.

The theoretical analysis has shown that the development of eating disorders in adolescence is influenced by a combination of individual psychological and sociocultural factors, among which instability of self-esteem, negative body image, disturbances in self-attitude, and increased sensitivity to social standards play a leading role. Modern approaches to the classification of eating disorders according to DSM-5 and ICD-11 are considered, as well as the psychological mechanisms of their emergence and maintenance.

The theoretical framework of the study is based on cognitive-behavioral and psychodynamic approaches to understanding eating disorders, concepts of self-esteem and self-attitude, and contemporary views on the role of body image in the structure of adolescent identity. Special attention is paid to the relationship between the emotional sphere, self-esteem, and disordered eating behavior.

The empirical study was conducted on a sample of 11th-grade students from a general secondary education institution in the city of Zhytomyr. The research methods included the Eating Attitudes Test (EAT-26), the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Self-Attitude Questionnaire by V. V. Stolin and S. R. Pantileev, as well as methods of

mathematical statistics. The obtained results indicate the presence of a statistically significant relationship between the level of self-esteem and the severity of eating disorder symptoms, as well as the existence of gender differences in the manifestation of the studied psychological characteristics.

The practical significance of the study lies in the possibility of using the obtained results in the work of school psychologists for early identification of the risk of eating disorders and for the development of preventive and corrective programs aimed at enhancing self-esteem and fostering positive self-attitude in adolescents.

Keywords: eating disorders, adolescence, self-esteem, self-attitude, body image, EAT-26.

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному суспільстві спостерігається стійка тенденція до зростання кількості осіб із розладами харчової поведінки, що становлять серйозну загрозу як для фізичного, так і для психічного здоров'я особистості. Особливо вразливими до формування дезадаптивних харчових патернів є підлітки та молодь, для яких характерні нестабільність самооцінки, підвищена чутливість до соціальних оцінок та активний вплив медіаідеалів зовнішності. Розлади харчової поведінки мають мультифакторну природу й формуються внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників, серед яких провідну роль відіграють емоційна дисрегуляція, когнітивні спотворення, перфекціонізм і порушення образу тіла.

Незважаючи на наявність значної кількості досліджень, проблема психологічних механізмів формування та підтримання розладів харчової поведінки залишається недостатньо вивченою, що зумовлює необхідність подальших наукових пошуків у цьому напрямі. Особливої актуальності набуває дослідження психологічних особливостей осіб із РХП з метою розробки ефективних профілактичних і корекційних програм.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки та визначити роль психологічних чинників у формуванні дезадаптивних харчових патернів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення поняття та класифікації розладів харчової поведінки.
2. Розкрити психологічні механізми формування та підтримання розладів харчової поведінки.
3. Охарактеризувати психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки.

4. Дослідити взаємозв’язок емоційного стану, самооцінки та харчової поведінки.

5. Визначити практичні напрями психологічної допомоги особам із розладами харчової поведінки.

Об’єкт дослідження – розлади харчової поведінки як психологічний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості та чинники формування розладів харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що що у підлітків існують статистично значущі відмінності у рівні проявів розладів харчової поведінки залежно від статі, а також простежується взаємозв’язок між вираженістю ознак розладів харчової поведінки та рівнем їхньої самооцінки.

Теоретична основа дослідження базується на працях вітчизняних і зарубіжних учених у галузі клінічної та медичної психології, психотерапії, психосоматики, зокрема на біопсихосоціальній моделі розладів харчової поведінки, когнітивно-поведінковому та психодинамічному підходах до їх пояснення.

Методологічна основа дослідження базується на принципах системності, детермінізму, розвитку та єдності свідомості й діяльності, що дозволяє розглядати розлади харчової поведінки як багатовимірний психічний феномен, що формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. У роботі застосовано як загальнонаукові, так і спеціальні психологічні методи дослідження, що забезпечують комплексний аналіз проблеми. Зокрема, загальнонаукові принципи (об’єктивності, надійності, валідності) дозволили побудувати коректну емпіричну базу та здійснити достовірну інтерпретацію даних.

Спеціальні психологічні методи включають стандартизовані психодіагностичні інструменти, що дозволяють оцінити різні аспекти психічного

функціонування підлітків. Для визначення схильності до розладів харчової поведінки використовувався опитувальник харчових установок EAT-26, який є надійним і валідним інструментом у вітчизняних і зарубіжних дослідженнях. Рівень самооцінки оцінювався за допомогою шкали Розенберга, а характеристика самоставлення здійснювалася за методикою В. В. Століна і С. Р. Пантилєєвої. Для аналізу даних застосовано математико-статистичні методи: описовий аналіз, t-критерій Стьюдента для порівняння середніх, кореляційний аналіз Пірсона для виявлення взаємозв'язків між показниками. Використання такого комплексу методів забезпечило всебічну оцінку психологічних особливостей підлітків та дозволило встановити статеві відмінності у прояві розладів харчової поведінки та їх взаємозв'язок із самооцінкою і самоставленням.

Наукове значення дослідження полягає в поглибленні розуміння психологічних механізмів формування і підтримання розладів харчової поведінки у підлітковому віці, а також у систематизації теоретичних підходів до їх вивчення. Результати роботи дозволяють уточнити роль самооцінки, самоставлення та образу тіла у розвитку дезадаптивних харчових патернів, що сприяє розширенню теоретичних уявлень про мультифакторну природу РХП. Дослідження підтверджує важливість врахування статевих відмінностей у психологічних механізмах, які впливають на ризик виникнення та хронізації розладів харчової поведінки. Наукові висновки можуть стати підґрунтям для подальших досліджень у сфері психології підлітків, психотерапії та психосоматики, зокрема щодо розробки адаптованих психокорекційних та профілактичних програм.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у діяльності практичних психологів закладів освіти, психотерапевтів, соціальних працівників та педагогів для раннього виявлення ризиків формування розладів харчової поведінки у підлітків. Отримані дані дозволяють розробляти профілактичні та корекційні програми, спрямовані на підвищення самооцінки, формування позитивного самоставлення, розвиток

навичок емоційної регуляції та критичного мислення щодо соціальних стандартів краси. Особлива увага приділяється дівчатам-підліткам як групі підвищеного ризику. Крім того, результати дослідження можуть бути використані в навчальному процесі при викладанні психологічних дисциплін та підготовці майбутніх практичних психологів, а також у практиці міждисциплінарної взаємодії з медичними фахівцями для комплексного підходу до профілактики та психокорекції РХП.

Публікації:

1. Міщенко І. В. Особливості когнітивних механізмів розладів харчової поведінки // Science and education: synergy of innovation : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (26–28 жовтня 2025 р.). Berlin : MDPC Publishing, 2025. 207 с.
2. Міщенко І. В. Взаємозв’язок розладів харчової поведінки та самооцінки у підлітків // European science and innovation congress : матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (8–10 грудня 2025 р.). Barcelona : Barca Academy Publishing, 2025. С. 574.
3. **Міщенко І. В.** Психологічні особливості осіб із розладами харчової поведінки: емоційна дисрегуляція та когнітивні фактори // *Інформаційне суспільство: технологічні, економічні та технічні аспекти становлення* : матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції. – Вип. 105. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.konferenciaonline.org.ua/ua/article/id-2464/

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Поняття та види розладів харчової поведінки

Харчова поведінка визначається як особистісно значуще ставлення до їжі та її споживання, усталені харчові стереотипи в повсякденному житті та в умовах стресогенних факторів, а також поведінка, орієнтована на конструювання образу тіла та відповідні дії з його модифікації. Харчова поведінка охоплює індивідуальні когнітивні установки, набуті харчові звички, емоційні реакції та поведінкові патерни, що мають відношення до харчування [4].

Дослідження показують, що харчова поведінка є результатом взаємодії особистості та середовища, зосереджуючись на задоволенні енергетичних потреб. Вона є мультидетермінованою системою, що включає біологічні, психологічні та соціокультурні компоненти. Важливими є не лише задоволення потреби, але й процес інгібування харчових продуктів, що впливає на інтенсивність цієї потреби [8].

Харчова поведінка охоплює ціннісно-орієнтоване ставлення особи до їжі та процесу її споживання, а також усталені харчові стереотипи, які проявляються як у повсякденному житті, так і в стресових ситуаціях. Ця поведінка формується під впливом індивідуального образу тіла та активності, спрямованої на його формування [11].

І. Г. Малкіна-Пих визначила «харчову поведінку» як систему цінностей щодо їжі та її споживання, а також як стереотипи норм харчування в культурному середовищі. П'єр Жане у 1903 році підкреслив психологічний характер розладів харчової поведінки, виділивши обсесивний тип, при якому пацієнти відчувають огиду до тіла, та істеричний тип, при якому апетит відсутній[1].

Дослідження причин розладів харчової поведінки вказують на їх багатофакторну природу, в якій біологічні, психологічні та соціокультурні чинники взаємодіють між собою. Генетична схильність є одним із ключових аспектів розвитку розладів харчової поведінки. Наявність таких розладів у близьких родичів значно підвищує ризик їх виникнення, що підтверджується результатами близнюкових досліджень, які демонструють вищу конкордантність у монозиготних близнюків у порівнянні з дизиготними. Генетичні фактори можуть впливати на нейрохімічну регуляцію, темперамент, рівень тривожності та схильність до перфекціонізму, що створює біологічну основу для формування патологічних харчових патернів за наявності відповідних зовнішніх умов [20]..

Біопсихосоціальні чинники також відіграють важливу роль у формуванні розладів харчової поведінки, відображаючи взаємозв'язок між індивідуальними психологічними характеристиками та соціальним оточенням. Сімейні умови, стиль виховання, характер взаємин між батьками та дитиною, а також сімейні уявлення про харчування і зовнішність можуть суттєво впливати на ставлення до їжі та власного тіла. Підвищена увага до маси тіла, критичні зауваження щодо зовнішності або надмірний контроль харчової поведінки в сім'ї можуть сприяти розвитку тривожності та зниженню самооцінки. У поєднанні з негативними думками про їжу та власну цінність це формує основу для закріплення дезадаптивних харчових стратегій [6].

Культурні чинники також мають значний вплив на розвиток розладів харчової поведінки, зокрема домінування у сучасному суспільстві ідеалів худорлявості та фізичної досконалості. Засоби масової інформації та соціальні мережі активно поширюють нереалістичні стандарти зовнішності, які сприймаються як еталон успішності, привабливості та соціального схвалення. Постійне порівняння себе з медіаобразами сприяє формуванню незадоволення власним тілом, викривленого образу тіла та прагнення до жорсткого контролю

харчування. Особливо вразливими до такого впливу є підлітки та молодь, у яких процес формування ідентичності ще не завершений [29].

Особистісні чинники також відіграють значну роль у виникненні розладів харчової поведінки. Харчові порушення можуть бути способом психологічного реагування на внутрішні конфлікти, невирішені емоційні проблеми або травматичний досвід. Пережиті психологічні травми, зокрема емоційне чи фізичне насильство, втрати або хронічний стрес, можуть викликати відчуття безпорадності та втрати контролю над власним життям. У таких випадках контроль над харчуванням стає компенсаторним механізмом, що дозволяє відновити ілюзію керованості та стабільності [7].

Психологічні чинники розвитку розладів харчової поведінки тісно пов’язані з емоційною нестійкістю, підвищеною чутливістю до оцінювання та залежністю від думки значущих інших. Особи з розладами харчової поведінки часто переживають інтенсивні почуття провини, сорому та тривоги, які посилюються у соціальних ситуаціях. Недостатньо сформовані навички емоційної регуляції сприяють використанню харчової поведінки як засобу зниження внутрішнього напруження. Ці механізми особливо яскраво проявляються у підлітковому віці, коли емоційна сфера є нестабільною, а потреба у прийнятті та схваленні з боку оточення набуває особливої значущості [28].

Отже, причини розладів харчової поведінки мають комплексний характер і формуються внаслідок взаємодії генетичних, психологічних, особистісних та соціокультурних чинників. Усвідомлення цієї багатовимірності є необхідною умовою для розробки ефективних профілактичних та корекційних програм, орієнтованих на індивідуальні потреби осіб із розладами харчової поведінки[17].

Розлади харчової поведінки є складним психопатологічним явищем, в якому психологічні чинники відіграють ключову роль у формуванні та підтримці. Одним із основних аспектів РХП є когнітивні спотворення, що проявляються у стійких неадекватних переконаннях та автоматичних думках щодо їжі, маси тіла,

зовнішності та власної цінності. Для осіб із розладами харчової поведінки характерне дихотомічне мислення, за якого харчування та власна поведінка оцінюються в категоріях «правильно – неправильно», «успіх – провал». Навіть незначні відхилення від встановлених харчових норм сприймаються як катастрофічні, що супроводжується різким зниженням самооцінки. Вага та форма тіла стають центральними критеріями самосприйняття, що призводить до звуження образу «Я» та підміни загальної самоцінності фізичними параметрами [14].

Важливу роль у психологічній структурі РХП відіграє емоційна дисрегуляція, яка проявляється у труднощах усвідомлення, розпізнавання та вербалізації власних емоцій. Особи з РХП часто мають обмежений досвід адекватних стратегій емоційної регуляції та схильні використовувати харчову поведінку як засіб впливу на емоційний стан. Переїдання, обмеження в їжі або компенсаторна поведінка виконують функцію тимчасового зниження внутрішнього напруження, тривоги чи відчуття емоційної порожнечі. Проте така форма регуляції емоцій не вирішує психологічних проблем, а лише посилює почуття провини, сорому та втрати контролю, що сприяє хронізації розладу [12].

Центральним симптомом більшості форм розладів харчової поведінки є порушення самосприйняття та образу тіла. Це характеризується стійким негативним ставленням до власної зовнішності та викривленим сприйняттям фізичних параметрів, яке не відповідає об’єктивній реальності. Особи з РХП схильні до надмірної фіксації на окремих частинах тіла, які оцінюються як неприйнятні або «дефектні», а також до постійного порівняння себе з іншими, зокрема з ідеалізованими медіаобразами. Негативний образ тіла поширюється на загальне самосприйняття, формуючи стійке незадоволення собою, зниження самооцінки та відчуття внутрішньої неповноцінності [9].

Розлади харчової поведінки також тісно пов’язані з порушеннями міжособистісних стосунків. Для осіб із РХП характерні труднощі у встановленні

емоційної близькості, висока чутливість до оцінювання з боку оточення та страх відторгнення. Часто спостерігається соціальна ізоляція, уникання спільних прийомів їжі та обмеження соціальних контактів загалом. Контроль над харчуванням може виконувати компенсаторну функцію, слугуючи способом збереження відчуття автономії або психологічного захисту від емоційної залежності у стосунках. Водночас міжособистісні труднощі не лише підтримують симптоматику РХП, але й виступають значущим фактором її виникнення, формуючи замкнене коло психологічної дезадаптації [15].

Отже, психологічні аспекти розладів харчової поведінки охоплюють взаємопов'язані когнітивні, емоційні та міжособистісні порушення, які зумовлюють стійкість патологічних харчових патернів. Усвідомлення цих механізмів є важливим підґрунтям для розробки комплексних психокорекційних і психотерапевтичних підходів у роботі з особами, які страждають на РХП.

Розлади харчової поведінки (РХП) – це складні психологічні порушення, які харктеризуються стійкими відхиленнями у харчових звичках та значним впливом на фізичне та психологічне здоров'я особистості. Вони виходять за межі простої дієти або модних тенденцій, оскільки є результатом глибоких психологічних процесів, які формуються під впливом біологічних, психологічних та соціальних факторів [4].

Харчові розлади, або розлади харчової поведінки (РХП), є категорією психічних розладів, що характеризуються порушенням процесу харчування (відповідно до МКХ-10): F50.0 – анорексія нервова; F50.1 – анорексія нервова атипова; F50.2 – булімія нервова; F50.3 – булімія нервова атипова; F50.4 – компульсивне переїдання, спровоковане дистресом; F50.5 – психогенне блювання; F98.2 – розлад харчування в інфантильному віці; F98.3 – алотриофагія (патологічне поїдання неїстівних субстанцій) [10].

Екстернальна харчова поведінка характеризується реакцією на зовнішні стимули, а не на фізіологічні сигнали. Індивіди з такою поведінкою їдять під

впливом візуальних образів, реклами та спостереження за іншими. Емоціогенна харчова поведінка зумовлена емоційним дискомфортом, де їжа слугує способом заспокоєння та покращення настрою. Вона може проявлятися у компульсивному переїданні та синдромі нічної їжі, що супроводжується надмірним споживанням їжі та порушеннями сну. Обмежувальна харчова поведінка передбачає свідоме самообмеження у харчуванні, що часто призводить до періодів переїдання [1].

Класифікація РХП:

Анорексія нервова: Характеризується патологічним страхом повноти, виснаженням організму, спотворенням сприйняття власного тіла та відмовою від їжі. Нервова анорексія характеризується значним обмеженням харчування, що призводить до критично низької маси тіла, при цьому інтенсивний страх набору ваги зберігається, і більшість індивідів продовжують вживати заходів для подальшого зниження маси тіла, незважаючи на вже наявний дефіцит ваги. Ключовими клінічними ознаками розладу є постійне прагнення до схуднення, відмова від достатнього харчування для підтримання нормальної ваги, ірраціональний страх збільшення маси тіла, порушення перцепції власної ваги або форми тіла, а також надмірна залежність самооцінки від ваги та фігури [11].

Зниження апетиту аж до його повної відсутності (анорексія, від грецького «an» – заперечення, «orexis» – апетит) може бути зумовлене дисфункцією харчового центру та травної системи, ендокринними, нейрогенними та психогенними розладами, а також інтоксикаціями. Епідеміологічні дослідження свідчать, що спостерігається тенденція до зниження віку маніфестації розладу, включаючи випадки госпіталізації дівчаток віком восьми років [19].

Булімія нервова: Проявляється чергуванням періодів обжерливості та компенсаторної поведінки (викликання блювоти, надмірні фізичні навантаження, використання проносних). Нервова булімія визначається як розлад, при якому самооцінка значною мірою залежить від сприйняття власного тіла, супроводжуючись інтенсивним страхом перед набором зайвої ваги. На відміну від

нервової анорексії, вага пацієнтів зазвичай залишається в межах норми, однак спостерігаються повторювані епізоди неконтрольованого переїдання (компульсивного харчування), що супроводжуються компенсаторними діями, спрямованими на запобі гання збільшенню ваги. До таких дій належать викликання блювоти, вживання проносних засобів та надмірна фізична активність. Нервова булімія є розладом, що характеризується рецидивуючими нападами переїдання та нав'язливою стурбованістю контролем ваги, що призводить до використання крайніх методів [19].

Дисоціація в контексті розладів харчової поведінки виступає як механізм, що демонструє певні паралелі з аутоагресивною поведінкою. Індивід переходить від переживання інтенсивних негативних думок і емоцій до відчуття реального фізичного болю. Компенсаторні стратегії, такі як надмірні фізичні вправи або штучне випорожнення шлунково-кишкового тракту, а також коливання між відчуттям голоду та епізодами переїдання, можуть функціонувати як засоби досягнення стану емоційного відсторонення або притуплення сенсорних переживань, подібно до дисоціативних механізмів [18].

Ритуали. Досліджуваний аспект харчової поведінки представляє собою спробу організації повсякденного життя відповідно до чітко визначених норм, що регулюють процес харчування. Важливою характеристикою є стійке прагнення дотримуватися встановленого розкладу прийому їжі, ретельного контролю за вагою порцій, калорійністю, а також обмеженого асортименту продуктів, які індивідуально сприймаються як безпечні для споживання [13].

Соціальна ізоляція характеризується тенденцією індивіда до дистанціювання від звичного соціального оточення з метою оптимізації зовнішніх умов, що сприяють формуванню бажаної харчової поведінки (наприклад, інтенсивні заняття спортом, суворе дотримання дієтичних рекомендацій). Дана поведінка може супроводжуватися емоційними проявами у вигляді підвищеної дратівливості та тривожності [36].

Компульсивне переїдання: це розлад харчової поведінки, що характеризується періодичними епізодами споживання великої кількості їжі за короткий проміжок часу, супроводжувальними відчуттям втрати контролю над цим процесом. Після таких епізодів людина може відчувати провину, сором або відразу до себе, але на відміну від булімії, не вдається до компенсаторних заходів, таких як блювота або зловживання проносними [17]. Перверсія визначається як неконтрольований потяг до споживання неїстівних субстанцій, серед яких можна виділити крейду, землю, вугілля, папір та інші матеріали. У певних випадках це явище може бути наслідком інтенсивного специфічного бажання, тоді як в інших ситуаціях воно слугує ознакою психічного розладу та дисфункції харчового центру. Цей розлад класифікується як геофагія.

Бігорексія є психічним розладом, який в основному вражає чоловіків, що мають спотворене сприйняття власної фізичної форми та оцінюють інших на основі їх мускулатури. Цей стан, який можна вважати аналогом чоловічої булімії, найчастіше спостерігається серед бодібілдерів. Сітофобія, в свою чергу, є патологічним страхом перед прийомом їжі, що зазвичай спостерігається при невротичних та психопатичних розладах. Орторексія характеризується обсесивним прагненням до «правильного» харчування. Особи, які страждають на орторексію, виявляють надмірну стурбованість якістю споживаної їжі, часто більше, ніж її кількістю, постійно коригуючи свій раціон відповідно до власних уявлень про шкідливі та корисні продукти. Наприклад, багато орторексиків вживають виключно сирі фрукти та овочі або дотримуються веганської чи фрукторіанської дієти. Деякі з них обмежують свій раціон продуктами певного кольору. Питання валідності віднесення орторексії до категорії захворювань залишається предметом дискусії. Дранкорексія є видом розладу харчової поведінки, при якому індивід замінює вживання поживних речовин споживанням алкогольних напоїв з метою досягнення або підтримання низької ваги тіла[16].

Розлади харчової поведінки, пов'язані з іншими психічними розладами: РХП можуть бути симптомом інших психічних захворювань, таких як депресія, тривожні розлади та обсесивно-компульсивний розлад [10].

Причини виникнення РХП є багатофакторними і включають як біологічні (генетична схильність, нейрохімічні дисбаланси), так і психосоціальні фактори (низька самооцінка (особливо у жінок), проблеми в сім'ї, соціальний тиск на зовнішність, стресові життєві події).

Компульсивне переїдання – поширений тип розладів харчової поведінки, що проявляється в неконтрольованому споживанні великої кількості їжі за короткий час, супроводжуючись відчуттям втрати контролю. Основні характеристики включають: неможливість зупинитися під час переїдання, швидке споживання їжі, почуття сорому і провини після епізоду, а також відсутність компенсаторної поведінки. Часто це явище є способом регуляції негативних емоцій, таких як стрес і тривога, коли їжа використовується для заспокоєння та відволікання[19].

Компульсивне переїдання являє собою структурований поведінковий патерн, що включає в себе наступну послідовність: первинний тригер, який викликає емоційну реакцію внаслідок певної події; емоція, що характеризується інтенсивним і непереборним бажанням споживати їжу, незалежно від фізіологічних сигналів голоду, часу останнього прийому їжі або рівня фізичної активності; бажання, яке безпосередньо призводить до акту споживання їжі, часто неселективного характеру, у великих обсягах, без усвідомленого сприйняття смакових якостей та розуміння процесу; наслідком епізоду переїдання є погіршення фізичного стану, що супроводжується інтенсивним почуттям провини [2].

Отже, харчова поведінка є складним феноменом, що формується під впливом біологічних, психологічних, особистісних і соціокультурних чинників. Розлади харчової поведінки пов'язані з когнітивними спотвореннями, емоційною дисрегуляцією та труднощами в соціальних взаємодіях. Вони мають

мультифакторну природу, де генетика, психологічні особливості, сімейне середовище та культурні стандарти взаємодіють. Особливо вразливі до цих розладів підлітки та молодь через нестабільність самооцінки та залежність від соціального схвалення. Розуміння психологічних механізмів є важливим для розробки профілактичних і терапевтичних програм, які спрямовані на нормалізацію харчування та позитивне самосприйняття.

1.2. Психологічні особливості людей з розладом харчової поведінки

Люди з розладами харчової поведінки мають низку спільних психологічних характеристик, які не лише сприяють виникненню цих розладів, а й підтримують їх перебіг. Однією з ключових особливостей є низька самооцінка, що зазвичай формується на основі негативного сприйняття власного тіла та зовнішності. Самооцінка таких осіб значною мірою залежить від ваги, форми тіла та відповідності соціальним стандартам привабливості, що робить їх особливо вразливими до зовнішніх оцінок і критики. У тісному зв’язку з цим перебуває перфекціонізм, який проявляється у завищених вимогах до себе, прагненні до контролю та ідеальності, зокрема у сфері харчування та зовнішнього вигляду. Будь-яке відхилення від власних стандартів сприймається як поразка та посилює почуття провини і сорому [35].

Частими супутниками РХП є тривожні та депресивні стани, які можуть мати як психологічні, так і соматичні прояви — безсоння, головний біль, порушення травлення, хронічну втому. У таких умовах їжа або, навпаки, відмова від неї стають способом тимчасового зниження внутрішньої напруги. Важливу роль у цьому процесі відіграють труднощі з регуляцією емоцій: люди з РХП часто мають обмежену здатність розпізнавати, називати та конструктивно виражати свої почуття. Емоції накопичуються, не знаходячи адекватного виходу, і реалізуються через дезадаптивні харчові патерни[20].

Не менш значущими є труднощі у міжособистісних стосунках, що проявляються у страху відторгнення, підвищеній чутливості до думки оточення та схильності до соціальної ізоляції. Відсутність відчуття прийняття й емоційної підтримки посилює внутрішню порожнечу та сприяє використанню їжі як засобу самозаспокоєння або самопокарання. Ці процеси підтримуються когнітивними спотвореннями — неадекватними переконаннями та автоматичними думками про себе, їжу й тіло, зокрема чорно-білим мисленням, катастрофізацією та надмірною генералізацією.

Емоційний стан відіграє центральну роль у розвитку та підтримці розладів харчової поведінки, оскільки негативні емоції, такі як тривога, стрес чи депресія, часто виступають пусковими механізмами для епізодів переїдання, жорстких обмежень у харчуванні або компенсаторної поведінки. Емоційний стан є багатокомпонентним явищем і включає фізіологічний компонент, що проявляється у змінах серцевого ритму, дихання та м’язового тонусу; когнітивний компонент, який охоплює думки, оцінки та інтерпретації ситуації; поведінковий компонент, що відображається у міміці, жестах і рухах; а також суб’єктивний компонент — внутрішні переживання та почуття людини. Порушення гармонійної взаємодії цих компонентів призводить до того, що емоції переживаються як некеровані та загрозливі [22].

У цьому контексті їжа починає виконувати функцію універсального регулятора емоційного стану. Переїдання може тимчасово знижувати інтенсивність тривоги або створювати ілюзію емоційного комфорту, тоді як обмеження їжі чи контроль над харчуванням дають відчуття контролю та впорядкованості внутрішнього світу. Однак такий спосіб емоційної регуляції є неефективним у довготривалій перспективі, оскільки не вирішує першопричин емоційних труднощів, а лише закріплює патологічний цикл, у якому негативні емоції, дезадаптивні харчові стратегії та почуття провини взаємно підсилюють одне одного [21].

Розлади харчової поведінки (РХП) формуються під впливом складної взаємодії емоційних, когнітивних та поведінкових чинників, серед яких особливе місце займає роль їжі як інструменту регуляції внутрішнього стану. Для багатьох осіб їжа перестає виконувати виключно біологічну функцію та набуває психологічного значення, стаючи засобом заспокоєння, контролю або реагування на емоційні тригери.

Одним із найпоширеніших механізмів є використання їжі як способу зниження напруги та тривоги. У стані стресу людина може інтуїтивно звертатися до солодкої, жирної або висококалорійної їжі, оскільки така їжа активує центри задоволення в мозку та сприяє короткочасному вивільненню дофаміну й серотоніну. Це створює відчуття комфорту, безпеки та тимчасового полегшення емоційного стану. Проте ефект заспокоєння є нетривалим, а регулярне використання їжі як «антистресового засобу» поступово формує стійку звичку емоційного переїдання [23].

У ситуаціях смутку або депресивних переживань їжа нерідко виконує функцію заповнення емоційної порожнечі. Так зване «заїдання» проблем дозволяє на певний час притлумити біль, самотність або безнадію. Однак після епізодів переїдання часто виникають почуття провини, сорому та самозвинувачення, які, у свою чергу, поглиблюють негативний емоційний фон і підтримують замкнене коло РХП. Таким чином, їжа з інструменту полегшення поступово перетворюється на джерело додаткового психологічного дистресу.

Не менш значущими є стани нудьги та самотності, за яких їжа може виступати своєрідним «замінником» емоційного контакту. У відсутності змістовної діяльності або близьких стосунків процес споживання їжі створює ілюзію наповненості та присутності, допомагає структурувати час і тимчасово знижує відчуття внутрішньої порожнечі. У таких випадках людина може втрачати здатність розрізняти фізичний голод та емоційну потребу у підтримці чи спілкуванні [41].

Іншим важливим психологічним аспектом РХП є використання їжі як засобу контролю. Для осіб, які переживають відчуття безсилля, хаосу або втрати контролю в різних сферах життя, харчова поведінка стає тією зоною, де можна відчути владу над собою. Обмеження в їжі, суворе дотримання дієт або жорсткий підрахунок калорій створюють ілюзію керованості та самоконтролю, що тимчасово підвищує суб'єктивне відчуття впевненості [29].

Особливо небезпечним у цьому контексті є перфекціонізм. Прагнення до ідеалу, надмірна самокритичність та жорсткі вимоги до власної зовнішності можуть спричиняти формування ригідних харчових правил. Будь-яке їх порушення сприймається як особиста поразка, що посилює тривогу та знижує самооцінку. З часом така стратегія контролю може перерости в тяжкі форми РХП, зокрема нервову анорексію або булімію.

Важливу роль у підтриманні розладів харчової поведінки відіграють емоційні тригери. Певні продукти, запахи або ситуації здатні активувати спогади та асоціації, пов'язані з минулим емоційним досвідом. Наприклад, домашня їжа може асоціюватися з теплом і безпекою, тоді як інші страви — з періодами стресу або втрат. Такі асоціації можуть несвідомо впливати на вибір їжі та інтенсивність харчової поведінки.

Соціальні ситуації також часто стають потужними емоційними тригерами. Святкування, сімейні зібрання або вечірки, де їжа займає центральне місце, можуть викликати внутрішній конфлікт між бажанням відповідати очікуванням оточення та страхом втрати контролю. Тиск з боку соціуму, коментарі щодо зовнішності чи кількості з'їденого посилюють тривогу та можуть провокувати як переїдання, так і жорсткі обмеження [12].

Таким чином, розлади харчової поведінки є багатогранним психологічним феноменом, у якому їжа набуває символічного значення — засобу заспокоєння, контролю або реагування на емоційні тригери. Глибоке розуміння цих психологічних механізмів є необхідною умовою для розробки ефективних

психотерапевтичних стратегій, спрямованих на відновлення здорової харчової поведінки, розвиток навичок емоційної регуляції та досягнення стійкого одужання.

Емоційна сфера осіб із розладами харчової поведінки (РХП) характеризується високою складністю та внутрішньою суперечливістю, що зумовлює труднощі як у повсякденному функціонуванні, так і в процесі психотерапевтичної роботи. Саме емоційні порушення часто виступають не лише фоном, а й ключовим чинником формування, підтримання та рецидивування РХП, тому їх глибоке розуміння є необхідною умовою ефективної психологічної допомоги.

Однією з характерних особливостей емоційної сфери таких осіб є нестабільність настрою. Для них типові різкі коливання емоційного стану — від короткочасного піднесення або ейфорії до глибокого пригніченого настрою та емоційного виснаження. Ці перепади часто пов’язані з харчовою поведінкою, оцінкою власного тіла або реакцією оточуючих, що робить емоційний стан залежним від зовнішніх і внутрішніх тригерів [40].

Поширеною проблемою є труднощі з ідентифікацією та вербалізацією власних емоцій. Багато осіб із РХП не здатні чітко розрізняти, що саме вони відчувають — тривогу, злість, сум чи розчарування. У таких випадках емоції переживаються як дифузне внутрішнє напруження, яке не має чіткої назви, але потребує негайного зниження. Їжа стає доступним і соціально прийнятним способом «заглушити» цей дискомфорт.

Підвищена емоційна чутливість є ще однією характерною рисою. Особи з РХП гостро реагують на будь-які стимули, пов’язані з їжею, зовнішністю або оцінкою з боку інших. Коментарі щодо ваги, вигляду чи харчових звичок можуть викликати інтенсивні емоційні реакції — від тривоги та сорому до гніву або відчаю. Така гіперчутливість сприяє формуванню постійного внутрішнього напруження. У структурі емоційної сфери домінують страх і тривога. Постійні

переживання щодо маси тіла, форми фігури, кількості з'їденого та можливого осуду з боку оточуючих формують хронічний тривожний фон. Ця тривога може мати як ситуативний, так і стійкий, особистісний характер, що значно ускладнює процес саморегуляції [30].

Після епізодів переїдання або порушення жорстких харчових правил часто виникають інтенсивні почуття сорому та провини. Людина сприймає такі епізоди як доказ власної «слабкості» або неспроможності, що ще більше знижує самооцінку та підсилює негативне ставлення до себе і свого тіла. Низька самооцінка загалом є фоновою характеристикою осіб із РХП і тісно пов'язана з викривленим образом тіла та самокритичністю.

Центральною проблемою емоційної сфери при РХП є емоційна дисрегуляція — порушення здатності усвідомлювати, приймати та конструктивно регулювати власні емоції. У таких умовах їжа використовується як неефективний, але швидкодіючий спосіб управління емоційним станом. З часом це призводить до формування залежної моделі поведінки, коли будь-яке емоційне напруження автоматично асоціюється з потребою їсти або, навпаки, жорстко обмежувати себе в їжі.

Між емоційним станом та харчовою поведінкою існує тісний двосторонній взаємозв'язок. З одного боку, певні емоції виступають тригерами порушеної харчової поведінки. Стрес, пов'язаний із проблемами на роботі, у навчанні, особистому житті або фінансовими труднощами, часто провокує епізоди компульсивного переїдання. Нудьга та відчуття внутрішньої порожнечі спонукають звертатися до їжі як способу заповнення часу та переживань. Самотність і відчуття соціальної ізоляції підсилюють потребу в емоційному заспокоєнні, яке тимчасово забезпечується їжею. Навіть позитивні емоції, такі як радість або збудження під час святкових подій, можуть призводити до втрати контролю над харчуванням [26].

З іншого боку, сама порушена харчова поведінка стає джерелом негативних емоцій. Після переїдання або зриву виникають сором і провина, які посилюють внутрішній дистрес і підтримують замкнене коло РХП. Тривале перебування в такому стані може сприяти розвитку депресивних розладів, що проявляються пригніченим настроєм, відчуттям безнадії, зниженням енергії та втратою інтересу до життя.

Тривожні та депресивні стани є одними з найпоширеніших коморбідних проявів при РХП. Соціальна тривожність проявляється страхом негативної оцінки з боку інших, особливо в ситуаціях, пов'язаних із прийомом їжі або демонстрацією тіла. Узагальнена тривожність характеризується постійним занепокоєнням щодо майбутнього, здоров'я та життєвої стабільності. У деяких випадках можуть виникати панічні атаки, які різко підсилюють емоційний дистрес і провокують порушення харчової поведінки.

Депресивні прояви при РХП включають стійке зниження настрою, апатію, втрату життєвої енергії, порушення сну та значні коливання апетиту. Ці симптоми не лише ускладнюють перебіг основного розладу, а й знижують мотивацію до лікування та одужання.

Особи з РХП зазвичай використовують неадаптивні стратегії емоційної регуляції. До них належить уникнення емоцій, коли замість усвідомлення та проживання почуттів людина намагається їх приглушити через їжу або контроль над нею. Поширеним є чорно-біле мислення, що проявляється в крайніх оцінках себе («я хороший» — «я нікчемний») та власної поведінки. Перфекціонізм із надмірно високими вимогами до себе створює хронічний стрес і постійне відчуття невідповідності ідеалу [28].

Психологічна допомога особам із РХП має бути комплексною та спрямованою не лише на нормалізацію харчової поведінки, а й на відновлення емоційної регуляції. Когнітивно-поведінкова терапія сприяє зміні дисфункційних переконань щодо їжі, тіла та самоцінності. Діалектично-поведінкова терапія

допомагає сформувати навички усвідомлення емоцій, толерантності до дистресу та ефективної міжособистісної взаємодії. Майндфулнес-підходи розвивають здатність бути присутнім у теперішньому моменті та краще розпізнавати власні потреби. Інтерперсональна терапія фокусується на покращенні стосунків і соціальної підтримки, а групова психотерапія забезпечує досвід прийняття та взаєморозуміння [23].

Додатково ефективними є тілесно-орієнтована терапія, яка допомагає відновити контакт із тілом та зменшити психосоматичне напруження, а також арт-терапія, що створює безпечний простір для символічного вираження емоцій.

У межах емпіричного дослідження емоційної сфери осіб із РХП доцільним є використання комплексу психодіагностичних методик. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) дозволяє виявити наявність та вираженість емоційного і компульсивного переїдання. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна дає змогу оцінити рівень ситуативної та особистісної тривожності. Шкала депресії Бека використовується для визначення глибини депресивних проявів, а опитувальник емоційної регуляції Дж. Гросса — для аналізу стратегій управління емоціями [32].

Отже, глибоке розуміння особливостей емоційної сфери осіб із розладами харчової поведінки є фундаментом для побудови ефективної психотерапевтичної роботи. Поєднання різних підходів і методик дозволяє впливати на ключові психологічні механізми РХП та досягати стійких позитивних змін.

У сучасному суспільстві проблема порушень харчової поведінки серед молоді набуває дедалі більшої гостроти. Статистичні дані підтверджують тенденцію до зростання випадків нервової анорексії, булімії та інших дисфункціональних харчових патернів саме в підлітковому періоді. Особливо вразливою когортою виявилися дівчата-підлітки, які, перебуваючи під впливом медіа-культури та соціальних мереж, часто формують нереалістичні уявлення про ідеальне тіло. Цей феномен підтверджується численними психологічними,

соціологічними та медичними дослідженнями, що аналізують вплив медіа та соціальних платформ на образ тіла та психічне здоров'я підлітків, особливо жіночої статі [3].

Проведений теоретичний аналіз свідчить про те, що розлади харчової поведінки є складним багатофакторним психологічним феноменом, у формуванні та підтриманні якого важливу роль відіграють емоційні, когнітивні та міжособистісні чинники. Центральним психологічним підґрунтям розладів харчової поведінки є низька самооцінка, перфекціонізм, емоційна дисрегуляція, підвищена тривожність і депресивні переживання, які взаємопов’язані та взаємно підсилюють одне одного.

Дослідження показують, що особи з розладами харчової поведінки мають викривлене самосприйняття, при якому цінність особистості значною мірою визначається зовнішнім виглядом, масою тіла та відповідністю соціальним стандартам привабливості. Перфекціоністичні установки та жорсткі вимоги до себе сприяють формуванню ригідних харчових правил, порушення яких супроводжується інтенсивними почуттями провини та сорому, що підтримує патологічний цикл розладу [40].

Емоційна сфера має особливе значення у структурі розладів харчової поведінки. Нестабільність настрою, труднощі з усвідомленням і вербалізацією емоцій, домінування тривоги та страху, а також висока емоційна чутливість зумовлюють використання їжі або її обмеження як неадаптивного способу регуляції внутрішнього стану. У цьому контексті їжа набуває символічного значення — засобу заспокоєння, контролю, заповнення емоційної порожнечі або реагування на стресові й соціальні тригери.

Виявлено двосторонній взаємозв’язок між емоційним станом і харчовою поведінкою: негативні емоції виступають пусковими механізмами порушень харчування, тоді як дезадаптивна харчова поведінка посилює емоційний дистрес, сприяє розвитку тривожних і депресивних станів та знижує мотивацію до

одужання. Особливої уваги потребує підлітковий вік, оскільки в цей період під впливом соціальних мереж, медіа та соціального тиску формується вразливий образ тіла й закладаються деструктивні харчові патерни, особливо серед дівчат.

Отже, розлади харчової поведінки слід розглядати не лише як порушення харчових звичок, а як глибоку психологічну проблему, пов’язану з емоційною дисрегуляцією, порушенням самосприйняття та дефіцитом адаптивних стратегій подолання стресу. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги, спрямованого на нормалізацію харчової поведінки, розвиток навичок емоційної регуляції, корекцію дисфункційних переконань і відновлення позитивного ставлення до себе та власного тіла. Отримані теоретичні положення створюють основу для подальшого емпіричного дослідження емоційної сфери осіб з розладами харчової поведінки та розробки ефективних психокорекційних програм.

1.3. Взаємозв’язок самооцінки та схильності до порушень харчової поведінки

Актуальність теми дослідження обумовлена зростанням кількості випадків розладів харчової поведінки серед підлітків, що нерідко поєднується з низькою самооцінкою та емоційною нестабільністю. Цей феномен підтверджується численними психологічними, соціологічними та медичними дослідженнями, що аналізують вплив медіа та соціальних платформ на образ тіла та психічне здоров'я підлітків, особливо жіночої статі [9; 10].

Низька самооцінка виступає одним із чинників формування деструктивних харчових патернів [15; 17], тоді як самі розлади харчової поведінки здатні поглиблювати проблеми з емоційною стабільністю та образом тіла [12].

Проблема розладів харчової поведінки (РХП) у сучасному суспільстві набуває загрозливого масштабу, особливо серед підліткової когорти. Підлітковий вік є періодом інтенсивних фізіологічних та психологічних трансформацій,

активного формування ідентичності та соціалізації. У цей час молоді люди стають надзвичайно вразливими до впливу зовнішніх факторів, таких як ідеали краси, що транслюються медіа, та тиск з боку однолітків. Низька самооцінка часто виступає одним із ключових предикторів розвитку РХП, формуючи замкнене коло, де незадоволеність власним тілом та зовнішністю призводить до дисфункціональних харчових стратегій, які, у свою чергу, додатково підривають самооцінку. Розуміння динаміки цього взаємозв'язку є критично важливим для створення ефективних профілактичних та інтервенційних програм, спрямованих на підтримку психічного благополуччя підлітків.

Науковці С. Н. Зінченко, В. Г. Козачук, Л. В. Чурсіна виявили спільні риси у клініко-психологічній картині харчових розладів, такі як втрата контролю над харчуванням, схожість у способах задоволення харчових потреб та вплив факторів на формування цих розладів. І. Н. Гурвич і Н. А. Антонова зазначають, що у людей з харчовими розладами домінує поведінка, орієнтована на образ власного тіла. Ю. Г. Фролова підкреслює, що порушення образу тіла характерне для всіх випадків розладів прийому їжі. В. Д. Менделевич додає, що викривлення образу фізичного Я поширене серед таких осіб і пов'язане з негативним ставленням до свого тіла. Незадоволеність образом тіла призводить до дисфункціональних уявлень про вагу і форму, що підтримуються раціоналізацією та помилками суджень [5].

Причинами порушення образу фізичного Я є соціокультурні фактори, насильство та життєві зміни, такі як розлучення чи безробіття. Негативний образ тіла проявляється через незадоволеність, що може призводити до депресії та розладів харчової поведінки. Дослідження показують, що пацієнти з анорексією та булімією мають спотворене сприйняття власного тіла, що веде до негативної самооцінки. Дисморфофобія, переконаність у власній повноті, є діагностичним критерієм анорексії. Негативне сприйняття зовнішності пов'язане з різними психологічними проблемами, включаючи соціальну фобію та розлади настрою.

Пацієнти, навіть досягнувши худорлявості, продовжують прагнути схуднення через відчуття недосконалості.

Дослідження С. Н. Зінченка, В. Г. Козачука та Л. В. Чурсіної вказує на те, що дисморфофобія викликає у людей тривогу щодо їх зовнішності, що впливає на харчову поведінку, зокрема, призводить до відмови від їжі та зниження настрою. В. І. Шебанова зазначає, що особи з анорексією прагнуть змінити своє тіло, що підсилює внутрішню напругу. М. М. Кузнецова вказує на низьку самооцінку у хворих на анорексію та булімію, які часто сприймають своє тіло як окреме від себе. В. Д. Менделевич та інші підкреслюють, що позитивна оцінка зовнішності впливає на Я-концепцію, тоді як негативна знижує самооцінку. Порушення образу тіла у таких осіб пов'язане з соціальними факторами, що підвищують ризик булімії через спотворене сприйняття тіла.

Сьогодні спостерігається зростання поширеності схильності до порушень харчової поведінки серед осіб різних вікових груп. Проте проблема впливу неадекватної самооцінки на цю схильність залишається недостатньо дослідженою. Це підкреслює необхідність проведення досліджень, які вивчають взаємозв’язок між самооцінкою та схильністю до порушень харчової поведінки, а також розробки корекційних програм, спрямованих на корекцію неадекватної самооцінки (як низької, так і завищеної). Самооцінка розглядається як складова самосвідомості, що включає оцінювання особистістю своїх здібностей, моральних якостей та фізичних характеристик. Вона визначає соціальну активність і виступає регулятором поведінки особистості в соціальному та особистому контекстах [1].

Самооцінка формується в процесі міжособистісних взаємодій, де соціум має значний вплив на розвиток особистості. Оцінювання себе є більш пізнім етапом у системі особистого світосприйняття, проте в структурі особистості самооцінка займає важливе місце. Вона може бути відносно стабільним структурним самосприйняттям, що є складовою частиною Я-концепції та самопізнання, а також процесом самооцінювання. Базу розуміння формує система власних змістів

особистості та прийнята нею система цінностей. Самооцінка розглядається як центральне утворення особистості та ключовий компонент Я-концепції [3].

Взаємозв'язок між самооцінкою та харчовими розладами є складним психологічним феноменом, який потребує подальшого поглибленого наукового вивчення. Низька самооцінка нерідко виступає каталізатором для формування деструктивних харчових патернів водночас, самі РХП здатні додатково поглиблювати проблеми із самоповагою та емоційною стабільністю особистості [30] .

Самооцінка складається з загальної (глобальної) та власної частин. Загальна самооцінка відображає ставлення особистості до себе, тоді як власна оцінює окремі риси. Людина може мати адекватну або неадекватну самооцінку, що проявляється в завищенні чи заниженні своїх досягнень. Види неадекватної самооцінки включають занижену, неврівноважену, завищену та стійку завищену самооцінку. Формування самооцінки відбувається через досвід успіхів і невдач, а також під впливом ставлення дорослих. У зрілому віці самооцінка залишається важливою, але її формування менш залежить від зовнішніх оцінок[34].

Харчова поведінка включає звички, традиції та емоції, що формуються під впливом різних факторів. Вона може бути адекватною або неадекватною, залежно від цінностей особистості. Порушення харчової поведінки, такі як нервова анорексія та булімія, можуть виникати через внутрішні конфлікти, соціально-психологічний тиск та сімейні чинники. Хворі часто приховують свої проблеми, що ускладнює отримання допомоги. Взаємозв'язок між самооцінкою та харчовою поведінкою є важливим, оскільки люди з такими порушеннями часто залежать від зовнішнього оцінювання і схвалення[39].

Аналіз наукових джерел та теоретичних положень, представлених у даному розділі, свідчить про те, що розлади харчової поведінки серед підлітків є актуальною та соціально значущою проблемою сучасної психології. Їх поширення зумовлене поєднанням біопсихосоціальних чинників, серед яких провідне місце

посідають низька самооцінка, порушення образу тіла та емоційна нестабільність, що особливо загострюються в умовах інтенсивного впливу медіа й соціальних мереж.

Встановлено, що підлітковий вік є критичним періодом для формування як самооцінки, так і харчових патернів. Незадоволеність власною зовнішністю, орієнтація на соціально нав’язані стандарти привабливості та підвищена чутливість до оцінок оточення сприяють виникненню деструктивних стратегій харчування. При цьому низька або неадекватна самооцінка виступає не лише чинником ризику розвитку розладів харчової поведінки, а й механізмом, що підтримує їх перебіг, формуючи замкнене коло взаємного посилення психологічних порушень.

Узагальнення результатів досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців дозволяє зробити висновок, що ключовою характеристикою осіб із РХП є порушення образу фізичного Я, яке проявляється у спотвореному сприйнятті власного тіла, дисморфофобічних переживаннях та негативному ставленні до зовнішності. Такі особливості тісно пов’язані з тривожними й депресивними станами, зниженням самоповаги та залежністю від зовнішнього схвалення, що значно ускладнює процес психологічної адаптації.

Взаємозв’язок між самооцінкою та харчовою поведінкою має складний, двосторонній характер: з одного боку, неадекватна самооцінка сприяє формуванню патологічних харчових патернів, а з іншого — самі розлади харчової поведінки поглиблюють порушення самосприйняття та емоційної сфери особистості. Це підтверджує необхідність розглядати самооцінку як центральний компонент Я-концепції, що виконує регулятивну функцію у поведінці та соціальному функціонуванні підлітків [36].

Таким чином, проблема впливу самооцінки на схильність до порушень харчової поведінки потребує подальшого ґрунтовного наукового дослідження. Отримані теоретичні положення обґрунтовують доцільність розробки й

упровадження комплексних психокорекційних і профілактичних програм, спрямованих на формування адекватної самооцінки, позитивного образу тіла та стійких навичок емоційної саморегуляції, що є необхідною умовою збереження психічного здоров'я підлітків і попередження розвитку розладів харчової поведінки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз феномену розладів харчової поведінки як складного багатовимірного психопатологічного явища, що виникає на перетині біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Узагальнення наукових підходів дозволило детально розглянути поняття харчової поведінки як системи когнітивних установок, емоційних реакцій і поведінкових стратегій, пов'язаних із процесом споживання їжі та образом тіла. Встановлено, що розлади харчової поведінки не обмежуються лише порушеннями харчування, а відображають глибинні психологічні процеси, пов'язані з самооцінкою, самосприйняттям, регуляцією емоцій і міжособистісними взаєминами.

Проаналізовані класифікації розладів харчової поведінки відповідно до МКХ-10 дозволили виокремити основні форми розладів, зокрема нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання та атипові варіанти порушеної харчової поведінки, кожен з яких має специфічні клініко-психологічні прояви. Теоретичний аналіз психологічних особливостей осіб із розладами харчової поведінки підтвердив, що ключову роль у їх виникненні та підтриманні відіграють когнітивні спотворення, емоційна дисрегуляція, викривлений образ тіла та знижена самооцінка. У таких випадках їжа набуває символічного значення й використовується як засіб емоційної регуляції, контролю або реагування на внутрішні та зовнішні стресори. Виявлено тісний взаємозв'язок між емоційними тригерами, тривожно-депресивною симптоматикою та формуванням

дезадаптивних харчових патернів, що сприяє хронізації розладів харчової поведінки.

Отримані теоретичні узагальнення підтверджують необхідність комплексного підходу до вивчення та корекції розладів харчової поведінки, який враховує психологічні механізми, емоційні особливості та соціальний контекст життя особистості. Результати аналізу слугують теоретичним підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження та розробки ефективних психопрофілактичних і психокорекційних програм.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Методи дослідження розладів харчової поведінки

Протягом останнього десятиліття концептуальне розуміння розладів харчової поведінки (РХП) зазнало суттєвих змін. Сучасні підходи виходять за межі традиційного поділу на нервову анорексію та нервову булімію й включають також нападоподібне переїдання (Binge Eating Disorder, BED) та розлад уникнення/обмеження споживання їжі (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID). У п’ятій редакції *Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів* (DSM-5), опублікованій Американською психіатричною асоціацією (APA, 2013), ці порушення були чітко диференційовані та об’єднані в групу розладів харчування та споживання їжі (Feeding and Eating Disorders, FED). Аналогічні підходи були закріплені в одинадцятій редакції *Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов’язаних зі здоров’ям* (МКБ-11), затвердженій Всесвітньою організацією охорони здоров’я.

Зміни у діагностичних критеріях нервової анорексії в DSM-5 та МКБ-11 є порівняно незначними, проте мають принципове значення. Зокрема, такі симптоми, як аменорея та остеопенія, більше не розглядаються як обов’язкові діагностичні критерії, що дозволяє точніше діагностувати розлад у чоловіків, підлітків та жінок, які використовують гормональну контрацепцію. У DSM-5 введено градацію тяжкості нервової анорексії на основі індексу маси тіла (ІМТ), однак чіткої верхньої межі зниженої маси тіла не встановлено. Це дало змогу виокремити діагноз «Атипова нервова анорексія», який застосовується до осіб із нормальним або близьким до норми ІМТ за наявності характерних когнітивних та поведінкових симптомів. Крім того, акцент зміщено з обов’язкової наявності страху ожиріння на підтвердження поведінки, спрямованої на запобігання набору

ваги. [10]. Критерії нервової булімії також зазнали уточнення. Зокрема, знижено мінімальну частоту епізодів переїдання та компенсаторної поведінки до одного разу на тиждень протягом не менше трьох місяців. Водночас підкреслюється, що нервова булімія та BED можуть виникати у людей із різною масою тіла, що дозволяє уникнути хибної асоціації цих розладів виключно з ожирінням або дефіцитом маси тіла. Для BED у DSM-5 обов'язковою є наявність вираженого емоційного дистресу, пов'язаного з нападами переїдання, а також підтвердження щонайменше трьох із п'яти специфічних поведінкових ознак [35].

МКБ-11 пропонує дещо ширший підхід до діагностики BED, не вимагаючи обов'язкового вживання «об'єктивно великої» кількості їжі, що сприяє більшій клінічній чутливості та врахуванню суб'єктивного досвіду пацієнта. Особи, симптоматика яких не повністю відповідає основним діагностичним критеріям, класифікуються в категоріях «Інші зазначені розлади харчування та споживання їжі» (OSFED) або «Неуточнений розлад харчової поведінки» (UFED). До OSFED відносять атипову нервову анорексію, підпорогову нервову булімію, нападоподібне переїдання, розлад очищення та синдром нічного харчування. Клінічна практика свідчить, що ці стани потребують не менш серйозного лікування, ніж класичні форми РХП, оскільки можуть супроводжуватися значним психологічним дистресом і порушенням якості життя [12].

Методи дослідження розладів харчової поведінки мають комплексний характер і включають клінічну, психологічну та медичну оцінку. Ключову роль відіграє клінічне інтерв'ю, спрямоване на аналіз харчової поведінки, ставлення до власного тіла, емоційного стану та наявності компенсаторних стратегій. Для стандартизованої оцінки широко застосовуються психодіагностичні методики, зокрема Eating Disorder Examination (EDE), Eating Disorder Inventory (EDI), SCOFF-опитувальник, а також шкали оцінки депресії, тривожності та емоційної регуляції. Важливим доповненням є медичне обстеження, що включає оцінку ІМТ, соматичного стану, гормонального балансу та можливих ускладнень.

Сучасний підхід до дослідження та діагностики РХП передбачає міждисциплінарну взаємодію психологів, психіатрів, дієтологів і лікарів загальної практики. Розширення знань про BED та ARFID має важливе значення для клінічної практики та системи охорони здоров'я загалом, оскільки ці розлади часто залишаються недіагностованими. Це зумовлює необхідність підвищення обізнаності медичних фахівців, удосконалення діагностичних протоколів та розвитку спеціалізованих служб психологічної допомоги.

2.2. Організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було проведене з метою виявлення та аналізу взаємозв'язку між наявністю ознак розладів харчової поведінки та рівнем самооцінки у підлітків 16–17 років з урахуванням статевих відмінностей. Дослідження реалізовувалося протягом весняно-літнього періоду 2025 року (травень–червень) на базі Житомирського ліцею № 33 у межах проходження навчальної психологічної практики.

У вибірку дослідження увійшли учні 11-х класів ліцею віком 16–17 років, хлопці та дівчата. Вибір саме старшого підліткового віку зумовлений його психологічною специфікою: інтенсивним формуванням ідентичності, загостренням проблем самосприйняття, підвищеною чутливістю до соціальних оцінок і стандартів зовнішності, а також зростанням ризику формування деструктивних харчових патернів. Усі учасники брали участь у дослідженні добровільно з дотриманням принципів етичності, конфіденційності та анонімності.

Дослідження мало кореляційно-порівняльний дизайн і включало кілька взаємопов'язаних етапів. На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових джерел з проблематики розладів харчової поведінки, самооцінки та емоційного стану підлітків. Це дозволило уточнити

понятійний апарат, визначити ключові психологічні чинники досліджуваного феномену та сформулювати мету й завдання емпіричної частини роботи.

Другий етап передбачав проведення психодіагностичного обстеження підлітків з метою виявлення ознак розладів харчової поведінки, рівня самооцінки та особливостей самоставлення. Для забезпечення надійності та валідності результатів було використано комплекс стандартизованих методик.

Для діагностики ознак розладів харчової поведінки застосовувався **Опитувальник харчових установок EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)**. Дана методика дозволяє виявити схильність до деструктивних харчових патернів, оцінити рівень занепокоєності вагою та формами тіла, наявність обмежувальної харчової поведінки, компульсивного переїдання та надмірного контролю над прийомом їжі. У межах дослідження також аналізувалися окремі субшкали опитувальника: *Dieting, Bulimia and Food Preoccupation* та *Oral Control*, що дало змогу більш детально розкрити структуру харчових порушень.

Для визначення рівня глобальної самооцінки використовувалася **Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)**, яка є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки загального рівня самоповаги, самоприйняття та впевненості у власних можливостях. Методика дозволила диференціювати підлітків за рівнем самооцінки та проаналізувати її зв’язок із проявами РХП.

З метою глибшого аналізу системи самоставлення була застосована **Методика дослідження самоставлення (ОСС) В. В. Століна та С. Р. Пантилєєвої**. Вона дала змогу оцінити інтегральне самоставлення та його окремі компоненти, зокрема самоповагу, аутосимпатію, самоінтерес, очікування ставлення з боку інших, самовпевненість, самокерівництво, самозвинувачення та внутрішню конфліктність.

На третьому етапі здійснювалася статистична обробка отриманих даних. Було проведено кількісний аналіз результатів, порівняльний аналіз показників між

групами хлопців і дівчат, а також кореляційний аналіз для виявлення взаємозв’язків між рівнем самооцінки та наявністю ознак розладів харчової поведінки. Для підвищення наочності результати дослідження були представлені у вигляді таблиць і графіків.

Таким чином, використання комплексного психодіагностичного інструментарію та кореляційно-порівняльного підходу дозволило всебічно дослідити взаємозв’язок між самооцінкою та розладами харчової поведінки у підлітків 16–17 років, а також виявити статеві особливості прояву досліджуваних психологічних характеристик.

Передбачається, що у підлітків існують статистично значущі відмінності у рівні проявів розладів харчової поведінки залежно від статі, а також простежується взаємозв’язок між вираженістю ознак розладів харчової поведінки та рівнем їхньої самооцінки.

Для досягнення поставленої мети було використано три валідні та надійні психологічні методики, адаптовані для застосування у підлітковій віковій групі:

Опитувальник харчових установок (EAT-26 - Eating Attitudes Test-26): Ця методика є скринінговим інструментом, призначеним для оцінки симптомів, пов'язаних з розладами харчової поведінки. Опитувальник містить 26 питань, що охоплюють такі аспекти, як прагнення до худорлявості, булімічні тенденції та надмірне занепокоєння щодо їжі. Високі бали за EAT-26 вказують на підвищений ризик розвитку РХП, однак не є прямим діагностичним критерієм.

Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES): Ця 10-пунктова шкала є однією з найбільш поширених для вимірювання загального рівня глобальної самооцінки. Вона оцінює почуття власної цінності та самоповаги. Бали варіюються від 0 до 30, де вищі бали корелюють з вищою самооцінкою.

Опитувальник самоставлення (ОСС) (Століна В.В., Пантілєєва С.Р.): Ця методика надає можливість отримати більш глибоке та диференційоване уявлення про систему самоставлення особистості. ОСС включає 9 шкал, які відображають

різні аспекти самоставлення, зокрема Самоцінність, Самоприйняття, Очікування ставлення інших, Саморозуміння тощо. Для аналізу в контексті даного дослідження особлива увага була приділена інтегральним шкалам та тим, що тісно пов'язані з образом тіла та успішністю.

Методи математичної статистики.

Дослідження проводилось у спеціально визначених приміщеннях ліцею. Учасникам були надані чіткі інструкції щодо заповнення опитувальників, з особливим наголосом на конфіденційності та необхідності надання чесних відповідей. Час для заповнення не обмежувався, проте більшість підлітків впоралися із завданням протягом 25-35 хвилин. Збір даних здійснювався протягом двох тижнів травня 2025 року.

Отримані в ході дослідження емпіричні дані були піддані статистичній обробці з використанням програмного пакета SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). На першому етапі аналізу застосовувалися методи описової статистики, що дозволили узагальнити первинні результати дослідження та отримати уявлення про розподіл показників за основними змінними. Було розраховано середні значення, стандартні відхилення, а також показники медіани й моди для всіх шкал і субшкал використаних методик.

З метою виявлення статистично значущих відмінностей між групами хлопців і дівчат за показниками розладів харчової поведінки, самооцінки та самоставлення було проведено порівняльний аналіз із застосуванням t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок. Це дало змогу оцінити наявність та напрямок статевих відмінностей у досліджуваних психологічних характеристиках.

Для встановлення характеру й сили взаємозв’язків між показниками опитувальника харчових установок EAT-26, шкалою самооцінки Розенберга та окремими шкалами опитувальника самоставлення використовувався кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона. Зазначений підхід дозволив

виявити лінійні зв’язки між рівнем самооцінки, особливостями самоставлення та вираженістю ознак розладів харчової поведінки.

Для підвищення наочності та полегшення інтерпретації результатів статистичного аналізу отримані кореляційні зв’язки були представлені у графічній формі за допомогою діаграм розсіювання, що дало можливість візуально простежити характер взаємодії між досліджуваними змінними.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 детально розглянуто методологічні основи дослідження розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Аналіз сучасних діагностичних підходів, викладених у DSM-5 та МКБ-11, підтвердив значне розширення уявлень про спектр розладів харчової поведінки, уточнення їхніх діагностичних критеріїв та підвищення клінічної чутливості до атипових і підпорогових форм. Це створює надійну теоретико-методологічну базу для проведення психологічних досліджень і забезпечує більш точну інтерпретацію емпіричних даних.

Обґрунтовано доцільність комплексного підходу до дослідження розладів харчової поведінки, що передбачає інтеграцію клінічних, психологічних та статистичних методів. Використання стандартизованих психодіагностичних інструментів, зокрема опитувальника харчових установок EAT-26, шкали самооцінки Розенберга та методики дослідження самоставлення В. В. Століна і С. Р. Пантилєєвої, дозволило всебічно охарактеризувати як прояви деструктивної харчової поведінки, так і особливості самооцінки та самоставлення підлітків.

Організація емпіричного дослідження відповідала основним вимогам психологічної науки та етичним стандартам, що забезпечило надійність і валідність отриманих результатів. Кореляційно-порівняльний дизайн дослідження дав змогу не лише виявити зв’язки між ознаками розладів харчової поведінки та рівнем самооцінки, а й проаналізувати статеві відмінності у прояві досліджуваних психологічних характеристик.

Використання методів математичної статистики, зокрема описового аналізу, t-критерію Стьюдента та кореляційного аналізу Пірсона, створило можливість об’єктивної оцінки емпіричних даних і формування обґрунтованих висновків щодо взаємозв’язку між самооцінкою, самоставленням і розладами харчової поведінки у підлітків 16–17 років.

Отже, обрана методологія та організація дослідження відповідають поставленій меті й завданням роботи, створюючи підґрунтя для подальшого аналізу та інтерпретації результатів емпіричного дослідження, які будуть представлені в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДІТКІВ

3.1. Порівняльний аналіз показників розладів харчової поведінки та самооцінки у підлітків

Результати порівняльного аналізу, представлені в таблиці 3, отримані за допомогою t-критерію Стьюдента, засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між групами дівчат і хлопців за всіма досліджуваними показниками ($p < 0,001$), що вказує на системний характер виявлених гендерних відмінностей.

Таблиця 3:1 Порівняльний аналіз середніх значень EAT-26, RSES та ОСС у дівчат та хлопців.

Шкала	Середнє значення (дівчата)	Стандартне відхилення (дівчата)	Середнє значення (хлопці)	Стандартне відхилення (хлопці)	t-критерій Стьюдента	p-рівень
EAT-26 (Опитувальник харчових установок)	27.20	04.09	14.65	3.51	10.95	< 0.001
RSES (Шкала самооцінки Розенберга)	15.10	2.50	22.95	03.03	-8.76	< 0.001
ОСС – Самоповага	5.80	1.15	7.95	1.10	-6.21	< 0.001
ОСС – Самоприйняття	4.85	1.18	7.50	1.15	-7.26	< 0.001

ОСС – Самокерівництво	6.00	01.05	7.80	1.00	-5.73	< 0.001
ОСС – Саморозуміння	5.80	1.15	7.95	1.10	-6.21	< 0.001
ОСС – Самоцінність	5.55	1.23	8.00	1.14	-6.55	< 0.001

Результати порівняльного аналізу, представлені в таблиці 3, отримані за допомогою t-критерію Стьюдента, засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між групами дівчат і хлопців за всіма досліджуваними показниками ($p < 0,001$), що вказує на системний характер виявлених гендерних відмінностей.

Зокрема, аналіз результатів за опитувальником EAT-26 показав, що середнє значення у групі дівчат становить $M = 27,20$, тоді як у групі хлопців — $M = 14,65$. Отримані дані свідчать про суттєво вищу вираженість дисфункціональних харчових установок у дівчат-підлітків. Підвищені показники за шкалою EAT-26 у дівчат можуть відображати більшу зосередженість на контролі маси тіла, страх набору ваги, підвищену тривожність щодо зовнішності та схильність до жорстких харчових обмежень. Це підтверджує наявність у дівчат значно вищого ризику формування розладів харчової поведінки порівняно з хлопцями, що узгоджується з сучасними уявленнями про вплив соціокультурних стандартів привабливості та медіатиску саме на жіночу підліткову аудиторію.

Аналіз результатів за шкалою самооцінки Розенберга (RSES) виявив протилежну тенденцію. Середнє значення самооцінки у хлопців є значно вищим ($M = 22,95$) порівняно з дівчатами ($M = 15,10$). Це свідчить про більш сформоване почуття власної цінності, впевненості у собі та позитивного ставлення до власної

особистості у хлопців. Натомість нижчі показники самооцінки у дівчат можуть вказувати на підвищену самокритичність, залежність від зовнішніх оцінок та більшу вразливість до негативних суджень щодо власної зовнішності та поведінки, що, своєю чергою, може виступати психологічним підґрунтям для розвитку дисфункціональних харчових патернів.

Подібна закономірність підтверджується і результатами, отриманими за Опитувальником самоставлення (ОСС). Хлопці демонструють значно вищі показники за такими шкалами, як «Самоповага», «Самоприйняття», «Самокерівництво», «Саморозуміння» та «Самоцінність», що свідчить про більш позитивне, цілісне та внутрішньо узгоджене ставлення до себе. Високі показники за цими шкалами відображають здатність хлопців приймати власні особливості, усвідомлювати свої сильні сторони, відчувати контроль над власною поведінкою та життєвими рішеннями. У дівчат, навпаки, нижчі значення за зазначеними шкалами можуть свідчити про внутрішню суперечливість самосприйняття, недостатню впевненість у власних можливостях та знижену самоприйнятність, що підсилює емоційну нестабільність і залежність від зовнішнього схвалення.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що дівчата-підлітки є більш психологічно вразливою групою щодо формування дисфункціональних харчових установок, що поєднуються з нижчим рівнем самооцінки та менш позитивним самоставленням. Виявлений профіль психологічних особливостей підтверджує висунуту гіпотезу та свідчить про тісний взаємозв’язок між зниженим самоприйняттям, низькою самоцінністю та підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки у дівчат-підлітків. Отримані дані підкреслюють доцільність розробки цілеспрямованих профілактичних і психокорекційних програм, орієнтованих передусім на формування адекватної самооцінки, позитивного образу тіла та навичок емоційної регуляції саме у цій віковій і гендерній групі.

Інтерпретація результатів кореляційного аналізу у групі дівчат демонструє чіткі взаємозв’язки між схильністю до розладів харчової поведінки та показниками самооцінки та самоставлення. Загальний показник EAT-26 негативно корелює із загальною самооцінкою за опитувальником RSES ($r = -0.55$, $p < 0.05$), що свідчить про помірний обернений зв’язок: дівчата з більш вираженими ознаками РХП зазвичай мають нижчу самооцінку.

Аналіз субшкал EAT-26 показав, що дієтична поведінка (Dieting), що відображає занепокоєння вагою та тілом, була значно вищою у дівчат порівняно з хлопцями, а показники булімії (Bulimia), що характеризують епізоди переїдання та компенсаторної поведінки, також були виражені сильніше у дівчат. Показники орального контролю (Oral Control), що демонструють рівень контролю за прийомом їжі, у хлопців виявилися більш збалансованими. Ці дані підтверджують існування гендерних відмінностей у проявах розладів харчової поведінки.

Таблиця 3.2: Кореляційний аналіз показників EAT-26, RSES та ОСС у дівчат (N=20)

Шкала	EAT-26	RSES	ОСС - Самоповага	ОСС - Самоприйняття	ОСС - Самокерівництво	ОСС - Самороз уміння	ОСС - Самоцінність
EAT-26	1						
RSES	-0.55*	1					
ОСС – Самоповага	-0.48*	0.78**	1				
ОСС – Самоприйняття	-0.62*	0.81**	0.85**	1			

ОСС – Самокерівництво	-0.51*	0.75**	0.79**	0.82**	1		
ОСС – Саморозуміння	-0.53*	0.80**	0.84**	0.88**	0.85**	1	
ОСС – Самоцінність	-0.58*	0.77**	0.80**	0.86**	0.81**	0.89**	1

*p < 0.05 ** *p < 0.01

Кореляційний аналіз між EAT-26 та субшкалами опитувальника ОСС показав, що найсильніший негативний зв’язок спостерігався з самоприйняттям (r = -0.62, p < 0.05), що свідчить про значний вплив труднощів із прийняттям себе на прояви дисфункціональної харчової поведінки. Інші шкали ОСС, включаючи самоповагу, самокерівництво, саморозуміння та самоцінність, також демонстрували помірні негативні кореляції з EAT-26 (r від -0.48 до -0.58, p < 0.05), що підтверджує взаємозв’язок між низьким рівнем самоповаги, труднощами у самокерівництві та недостатнім саморозумінням і підвищеною схильністю до РХП.

Як і передбачалося, всі шкали самооцінки та самоставлення (RSES та ОСС) показали сильні позитивні кореляції між собою (r від 0.61 до 0.74, p < 0.05), що свідчить про їхню взаємопов’язаність та спільну природу психологічних конструкцій, пов’язаних із самосприйняттям та самооцінкою. Таким чином, результати підтверджують тісний взаємозв’язок між психологічними чинниками самовідношення та схильністю до розладів харчової поведінки у дівчат.

Додатковий аналіз отриманих результатів дозволяє розглядати схильність до розладів харчової поведінки у дівчат не лише як ізольовану поведінкову проблему, а як прояв глибших порушень у системі самоставлення та саморегуляції. Виявлені обернені кореляції між показниками EAT-26 та шкалами самооцінки і самоставлення свідчать про те, що харчова поведінка у цій групі виконує

компенсаторну функцію, слугуючи способом регуляції негативного образу Я та внутрішнього емоційного напруження.

Особливо показовим є сильний негативний зв'язок між загальним показником EAT-26 та самоприйняттям, що дозволяє припустити, що труднощі у прийнятті власної зовнішності, емоцій і особистісних характеристик можуть виступати центральним психологічним чинником формування ризику розладів харчової поведінки у дівчат. У цьому контексті контроль над тілом і їжею набуває символічного значення як спроба відновлення відчуття цінності та контролю над власним життям.

Помірні негативні кореляції між EAT-26 та такими компонентами самоставлення, як самокерівництво та саморозуміння, вказують на порушення внутрішньої регуляції поведінки. Це може проявлятися у складнощах усвідомлення власних потреб, емоційних станів та меж, що підвищує ймовірність використання дезадаптивних стратегій подолання, зокрема через харчову поведінку. Таким чином, розлади харчової поведінки у дівчат доцільно розглядати як наслідок дисгармонії між когнітивним, емоційним та поведінковим компонентами Я-концепції.

Виявлені гендерні відмінності у вираженості субшкал EAT-26 також підтверджують вплив соціокультурних чинників, зокрема підвищеного тиску щодо зовнішності та ідеалів тіла, які є більш значущими саме для дівчат. Посилена дієтична поведінка та булімічні тенденції можуть відображати інтеріоризацію соціальних стандартів при одночасно зниженому рівні внутрішньої підтримки та позитивного самосприйняття.

Загалом отримані результати дозволяють зробити висновок, що низька самооцінка, недостатній рівень самоприйняття та порушення саморегуляції виступають важливими психологічними предикторами схильності до розладів харчової поведінки у дівчат. Це підкреслює необхідність комплексних профілактичних і корекційних програм, спрямованих не лише на нормалізацію

харчової поведінки, а й на формування позитивного образу Я, розвиток самоприйняття, емоційної регуляції та внутрішніх ресурсів особистості.

Таблиця 3.3 Кореляційний аналіз показників EAT-26, RSES та ОСС у хлопців (N=20)

Шкала	EAT-26	RSES	ОСС - Самоповага	ОСС - Самоприйняття	ОСС - Самокерівництво	ОСС - Саморозуміння	ОСС - Самоцінність
EAT-26	1						
RSES	-0.28	1					
ОСС – Самоповага	-0.22	0.70**	1				
ОСС – Самоприйняття	-0.35	0.65**	0.75**	1			
ОСС – Самокерівництво	-0.29	0.68**	0.72**	0.70**	1		
ОСС – Саморозуміння	-0.31	0.67**	0.73**	0.78**	0.75**	1	
ОСС – Самоцінність	-0.33	0.69**	0.71**	0.77**	0.74**	0.79**	1

*p < 0.05 ** *p < 0.01

У групі хлопців результати кореляційного аналізу показали слабші взаємозв’язки між схильністю до розладів харчової поведінки та показниками

самооцінки та самоставлення порівняно з групою дівчат. Кореляція між загальним показником EAT-26 та загальною самооцінкою за опитувальником RSES виявилася негативною, але статистично незначущою ($r = -0.28$, $p > 0.05$). Це свідчить про те, що прямий зв'язок між ризиком РХП та рівнем самооцінки у хлопців є слабким або майже відсутнім у цій вибірці. Аналогічна ситуація спостерігалася при аналізі взаємозв'язку між EAT-26 та субшкалою ОСС-Самоприйняття, де виявлено слабкий негативний зв'язок ($r = -0.35$, $p > 0.05$), що також не досягав статистичної значущості. Інші шкали ОСС, включаючи самоповагу, самокерівництво, саморозуміння та самоцінність, демонстрували подібну тенденцію: кореляції з EAT-26 були слабкими та незначущими.

Отримані результати свідчать про те, що у хлопців взаємозв'язок між харчовою поведінкою та самооцінкою проявляється менш явно і може бути опосередкованим іншими психологічними чи соціальними факторами, або ж виявлятися через інші механізми, відмінні від тих, що характерні для дівчат. Це підкреслює існування статевих відмінностей у психологічних процесах, що впливають на формування харчової поведінки та самооцінки підлітків.

Загальний висновок кореляційного аналізу полягає в тому, що взаємозв'язок між проявами розладів харчової поведінки та самооцінкою більш виражений і статистично значущий у дівчат, тоді як у хлопців він є слабким або незначущим у межах даної вибірки. Це підкреслює необхідність врахування статевих відмінностей при розробці профілактичних та корекційних програм, спрямованих на попередження РХП і формування здорової самооцінки у підлітків. Для більш наочного представлення отриманих результатів були побудовані графіки, які дозволяють візуально оцінити тенденції та співвідношення між показниками EAT-26 та різними аспектами самооцінки та самоставлення у хлопців і дівчат, що полегшує порівняльний аналіз.

Отримані дані вказують на те, що в вибірці хлопців самооцінка та компоненти самоставлення не є безпосередніми психологічними предикторами

ризику розладів харчової поведінки. Відсутність статистично значущих кореляцій може свідчити про те, що харчова поведінка хлопців менш інтегрована в систему Я-образу та суб'єктивної оцінки власної цінності в порівнянні з дівчатами. Іншими словами, порушення харчової поведінки у хлопців не завжди супроводжуються зниженням самооцінки або негативним самоставленням, що зменшує чутливість традиційних показників самооцінки до виявлення ризику РХП у цій групі.

Також важливо враховувати соціально-культурний контекст формування чоловічої ідентичності, в межах якого увага до зовнішності та харчових обмежень часто не заохочується або навіть маскується. Це може призводити до меншої усвідомленості власних переживань, пов'язаних із тілом і харчуванням, а також до заниження відповідей у самоописових методиках. У такому випадку слабкі кореляційні зв'язки можуть відображати не відсутність психологічної проблематики, а її латентний, непрямий характер.

Крім того, можна припустити, що у хлопців роль опосередковуючих змінних відіграють інші психологічні чинники, зокрема рівень емоційної регуляції, імпульсивність, орієнтація на фізичну силу та функціональність тіла, а також вплив спортивного середовища. На відміну від дівчат, для яких харчова поведінка частіше пов'язана з оцінкою власної привабливості та самоприйняттям, у хлопців вона може бути пов'язаною з прагненням контролю, досягненням фізичних результатів або відповідністю маскулінним нормам.

Також слід враховувати можливий вплив обсягу вибірки та статистичної потужності дослідження. Значення коефіцієнтів кореляції, хоча й не досягли рівня статистичної значущості, мають негативний напрям і середню величину, що може свідчити про наявність тенденцій, які не проявилися повною мірою через обмеження вибірки. Це відкриває перспективу для подальших досліджень із залученням більшої кількості респондентів та використанням багатофакторного аналізу.

Таким чином, результати додаткового аналізу підтверджують доцільність диференційованого підходу до вивчення розладів харчової поведінки у хлопців і дівчат. Для хлопців більш інформативним може бути аналіз непрямих показників психологічного неблагополуччя та контекстних чинників, тоді як для дівчат ключову роль відіграють саме показники самооцінки та самоставлення. Це має важливе практичне значення для розробки чутливих до статевих відмінностей профілактичних і корекційних програм.

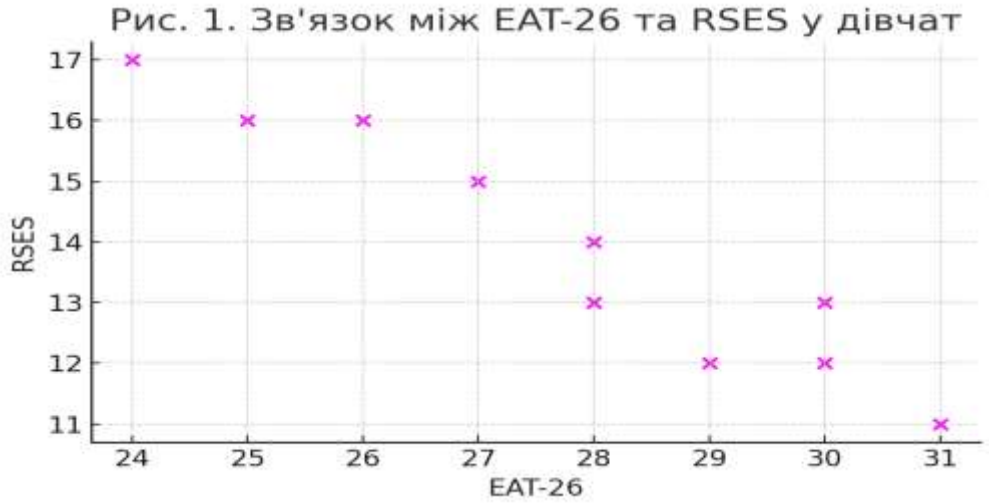

Рис. 3. 1. Зв'язок між EAT-26 та RSES у дівчат

Побудований графік наочно демонструє наявність помірного негативного взаємозв’язку між показниками схильності до розладів харчової поведінки за опитувальником EAT-26 та рівнем загальної самооцінки за шкалою Розенберга (RSES) у групі дівчат. У міру зростання балів за EAT-26, що відображає посилення дезадаптивних установок та поведінкових проявів у сфері харчування, спостерігається загальна тенденція до зниження показників самооцінки.

Розташування емпіричних точок на графіку свідчить про те, що, хоча індивідуальні значення мають певний розкид, більшість спостережень концентрується вздовж спадної лінії тренду. Це вказує на відносну стабільність

виявленої залежності та дозволяє говорити не про випадковий характер зв’язку, а про систематичну тенденцію. Помірний розкид точок, у свою чергу, може відображати вплив додаткових індивідуально-психологічних або соціальних чинників, які модифікують силу зв’язку між самооцінкою та харчовою поведінкою, але не нівелюють його загальний напрям.

Особливо показовим є те, що найвищі бали за EAT-26 частіше поєднуються з низькими або зниженими показниками RSES, що свідчить про вразливість дівчат із негативним образом Я до формування розладів харчової поведінки. Низька самооцінка в цьому контексті може виступати як фактор ризику, посилюючи потребу в контролі тіла та харчування як способі компенсації внутрішньої невпевненості, так і наслідком дезадаптивної харчової поведінки, що супроводжується почуттям провини, сорому та незадоволеності собою.

Візуальний аналіз також підтверджує чутливість шкали RSES до змін, пов’язаних із харчовою поведінкою саме у дівчат, що узгоджується з результатами кореляційного аналізу та теоретичними уявленнями про тісний зв’язок самооцінки із тілесним образом і соціальною оцінкою зовнішності в підлітковому віці. Таким чином, графічна візуалізація не лише доповнює статистичні показники, а й поглиблює їх інтерпретацію, демонструючи реальну структуру взаємозв’язку між досліджуваними змінними.

Отже, візуалізований помірний негативний зв’язок між EAT-26 та RSES у групі дівчат підтверджує, що зниження самооцінки асоціюється зі зростанням ризику розладів харчової поведінки, що має важливе значення для раннього виявлення психологічних груп ризику та обґрунтування профілактичних заходів, спрямованих на формування позитивного самоставлення та адекватної самооцінки у підлітків.

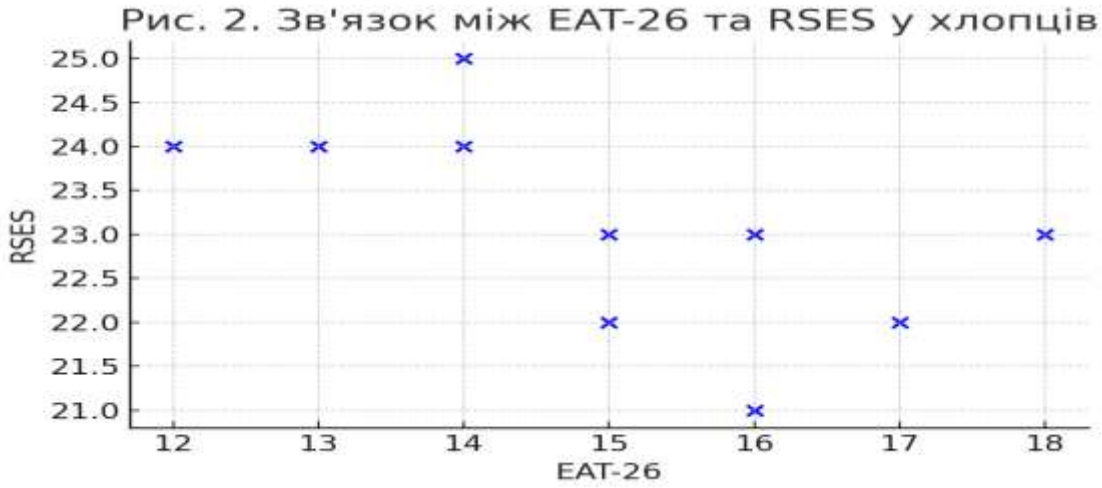

Рис. 3. 2. Зв'язок між EAT-26 та RSES у хлопців

На діаграмі розсіювання для групи хлопців спостерігається слабко виражений негативний зв’язок між показниками опитувальника EAT-26 та шкалою самооцінки Розенберга (RSES). Хоча загальний напрям лінії тренду має спадний характер, він є маловиразним і не формує чіткої лінійної залежності між досліджуваними змінними. Це свідчить про відсутність стабільного та однозначного взаємозв’язку між зростанням ознак розладів харчової поведінки та рівнем загальної самооцінки у хлопців.

Характерною особливістю даної візуалізації є значний розкид емпіричних точок по всьому полю графіка. Високі та низькі показники EAT-26 поєднуються як із середніми, так і з відносно високими або низькими значеннями самооцінки, що вказує на гетерогенність вибірки та індивідуальні відмінності у структурі психологічних чинників, пов’язаних із харчовою поведінкою. Такий розкид знижує силу лінійного зв’язку та пояснює відсутність статистичної значущості кореляції, виявленої у кількісному аналізі.

Візуально помітно, що навіть за підвищених балів EAT-26 у частини хлопців зберігається середній або відносно високий рівень самооцінки. Це може свідчити про те, що харчова поведінка у хлопців меншою мірою інтегрована в систему

глобальної самооцінки та не є ключовим компонентом образу Я. На відміну від дівчат, для яких оцінка власної зовнішності та тілесності часто відіграє центральну роль у самоставленні, у хлопців самооцінка може базуватися на інших сферах — досягненнях, соціальному статусі, фізичній силі або компетентності.

Крім того, слабко виражений тренд може відображати вплив опосередковуючих або альтернативних механізмів формування ризику РХП у хлопців, зокрема рівня самоконтролю, емоційної регуляції, соціальних очікувань маскулінності чи участі у спортивній діяльності. У такому контексті загальна самооцінка за шкалою Розенберга не виступає чутливим індикатором психологічної вразливості до порушень харчової поведінки в цій групі.

Отже, візуальний аналіз діаграми підтверджує результати кореляційного аналізу та дозволяє зробити висновок, що у хлопців взаємозв’язок між показниками EAT-26 та RSES має слабкий, нестійкий характер і не досягає рівня статистичної значущості. Це підкреслює доцільність використання розширеного набору психологічних показників при дослідженні ризику розладів харчової поведінки у хлопців та необхідність диференційованого підходу до аналізу статевих відмінностей у підлітковому віці.



Рис. 3. 3. Порівняння середніх значень EAT-26 у дівчат та хлопців.

Стовпчаста діаграма (рис. 3.3) наочно демонструє значну різницю в середніх значеннях EAT-26 між дівчатами та хлопцями. Стовпчик для дівчат буде помітно

вищим, що візуально підтверджує, що дівчата мають вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки.



Рис. 3. 4. Порівняння середніх значень EAT-26 у дівчат та хлопців.

Порівняння середніх значень RSES у дівчат та хлопців. Цей стовпчастий графік (рис.3. 4) показує порівняння середніх значень самооцінки за шкалою RSES. Стовпчик для хлопців буде значно вищим, ніж для дівчат, що візуально підкреслює вищий рівень самооцінки у хлопців порівняно з дівчатами.

Проведене емпіричне дослідження “Взаємозв’язок розладів харчової поведінки та самооцінки у підлітків” дозволило отримати низку важливих результатів, які підтверджують робочу гіпотезу та поглиблюють розуміння даної проблематики:

Виявлено значні статеві відмінності: Дівчата-підлітки демонструють статистично значуще вищі показники за опитувальником EAT-26 (ризик РХП) та значно нижчі показники самооцінки та самоставлення (RSES, ОСС) порівняно з хлопцями. Це підтверджує їхню підвищену вразливість до проблем харчової поведінки та труднощів із самосприйняттям.

Встановлено кореляційні зв'язки у дівчат: У групі дівчат виявлено помірні негативні кореляційні зв'язки між показниками EAT-26 та шкалами самооцінки/самоставлення (RSES, ОСС – Самоповага, Самоприйняття,

Самокерівництво, Саморозуміння, Самоцінність). Це свідчить про те, що чим вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки, тим нижчий рівень самооцінки та позитивного самоставлення у дівчат-підлітків. Особливо помітною є кореляція з компонентом самоприйняття, що підкреслює його важливість у контексті РХП.

Слабкий зв'язок у хлопців: У групі хлопців кореляції між EAT-26 та показниками самооцінки/самоставлення виявилися слабкими та статистично незначущими. Це може свідчити про відмінності у психологічних механізмах розвитку РХП та взаємозв'язку з самооцінкою залежно від статі.

Підтверджено гіпотезу: Результати дослідження в цілому підтверджують робочу гіпотезу про те, що дівчата з нижчою самооцінкою та негативним самоставленням мають більшу схильність до розладів харчової поведінки.

Отримані дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітків. Такі програми мають включати не лише інформування про здорове харчування, а й обов'язково працювати над формуванням адекватної самооцінки, самосприйняття та розвитком критичного мислення щодо нав'язуваних ідеалів краси. Особливу увагу слід приділяти психологічній підтримці дівчат-підлітків, які виявилися найбільш вразливою групою.

Порівняльний аналіз середніх значень самооцінки за шкалою Розенберга (RSES), візуалізований на стовпчастому графіку (рис. 4), наочно підтверджує наявність виражених статевих відмінностей у структурі самосприйняття підлітків. Значно вищі середні показники самооцінки у хлопців порівняно з дівчатами свідчать про більш стабільний та позитивний образ Я, який, імовірно, виконує захисну функцію щодо формування дезадаптивних моделей харчової поведінки. Водночас знижений рівень самооцінки у дівчат може розглядатися як психологічний фон, що підвищує чутливість до зовнішніх соціальних впливів та внутрішніх переживань, пов’язаних із тілесністю та зовнішністю.

Важливим аналітичним аспектом є поєднання кількісних відмінностей у середніх значеннях із якісними особливостями кореляційних зв’язків. У дівчат нижчі середні показники самооцінки не лише фіксуються на рівні групових відмінностей, а й безпосередньо пов’язані з підвищенням ризику розладів харчової поведінки. Це дозволяє припустити наявність системного механізму, у межах якого негативне самоставлення, зокрема недостатнє самоприйняття, виступає одним із ключових психологічних чинників розвитку РХП. Харчова поведінка в такому випадку може виконувати регуляторну або компенсаторну функцію, спрямовану на відновлення суб’єктивного відчуття контролю та відповідності соціальним очікуванням.

На відміну від цього, у хлопців вищі середні значення самооцінки поєднуються зі слабкими та статистично незначущими кореляціями між RSES та EAT-26. Така невідповідність між груповими показниками та відсутністю лінійних зв’язків на індивідуальному рівні свідчить про іншу організацію психологічних механізмів. Можна припустити, що для хлопців самооцінка меншою мірою залежить від параметрів зовнішності та харчової поведінки, а базується на інших джерелах самопідтвердження, таких як досягнення, соціальний статус або фізична витривалість. У цьому контексті порушення харчової поведінки можуть мати ситуативний або інструментальний характер і не супроводжуватися глобальним зниженням самооцінки.

Додатково отримані результати вказують на важливість диференціації профілактичних і корекційних підходів залежно від статі. Для дівчат ефективними можуть бути програми, орієнтовані на розвиток самоприйняття, формування позитивного образу тіла та зниження залежності самооцінки від зовнішніх стандартів. Для хлопців доцільнішим є фокус на розвитку емоційної усвідомленості, навичок саморегуляції та виявлення прихованих форм дезадаптивної харчової поведінки, які не завжди відображаються у показниках загальної самооцінки.

Таким чином, додатковий аналіз підтверджує, що виявлені статеві відмінності мають не лише кількісний, а й глибинний психологічний характер. Поєднання вищого ризику РХП, нижчої самооцінки та значущих кореляційних зв'язків у дівчат дозволяє розглядати їх як групу підвищеного психологічного ризику, що потребує пріоритетної уваги у практиці психологічного супроводу підлітків.

3.2. Комплексний підхід до психологічної корекції: розкриття потенціалу терапевтичних методів

Ефективне лікування компульсивного переїдання ґрунтується на комплексному підході, який охоплює когнітивні, поведінкові та емоційні аспекти розладу. Сучасні психотерапевтичні підходи розглядають компульсивне переїдання як наслідок порушеної емоційної регуляції, дисфункційних переконань та міжособистісних труднощів, що зумовлює необхідність багатовимірної терапевтичної роботи.

Провідне місце у лікуванні розладів харчової поведінки посідає когнітивно-поведінкова терапія. Вона спрямована на виявлення та корекцію негативних автоматичних думок і спотворених переконань щодо їжі, тіла та власної цінності. У процесі терапії формуються більш адаптивні моделі мислення та поведінки, що дозволяє зменшити частоту епізодів компульсивного переїдання та відновити контроль над харчовою поведінкою.

Діалектично-поведінкова терапія є ефективною для осіб з вираженою імпульсивністю та емоційною нестабільністю. Основна увага в цьому підході приділяється розвитку навичок емоційної регуляції, толерантності до дистресу та міжособистісної ефективності. Завдяки цьому клієнти навчаються витримувати інтенсивні емоційні стани без використання їжі як основного способу саморегуляції.

Психодинамічна терапія дозволяє дослідити несвідомі конфлікти, ранній травматичний досвід і порушені емоційні зв’язки, які можуть лежати в основі компульсивного переїдання. Усвідомлення глибинних причин розладу сприяє зниженню внутрішньої напруги та трансформації деструктивних поведінкових патернів. У випадках, коли порушення харчової поведінки тісно пов’язані з сімейними взаєминами, доцільним є застосування сімейної терапії, спрямованої на покращення комунікації та формування підтримуючого середовища.

Серед додаткових підходів ефективними є міжперсональна терапія, яка зосереджується на покращенні соціальних взаємин, гештальт-терапія, що сприяє усвідомленню емоцій і тілесних відчуттів, а також арт-терапія як спосіб символічного вираження внутрішніх переживань.

Ключовим компонентом одужання при компульсивному переїданні є розвиток навичок регуляції емоційних станів. У терапевтичній практиці застосовуються техніки релаксації, ведення щоденника емоцій, навчання асертивній комунікації та робота з негативними когнітивними схемами. Додатково позитивний вплив на емоційний стан має регулярна фізична активність, яка сприяє зниженню рівня стресу та покращенню загального самопочуття.

Важливим напрямом є профілактика розладів харчової поведінки, що включає первинні та вторинні профілактичні заходи. Первинна профілактика передбачає освітні програми, спрямовані на формування здорового ставлення до їжі та тіла, тоді як вторинна — раннє виявлення розладів у групах ризику та надання своєчасної психологічної допомоги. Особлива увага приділяється підліткам, спортсменам і жінкам як найбільш уразливим категоріям.

Узагальнюючи, компульсивне переїдання тісно пов’язане з емоційною дисрегуляцією, негативним самосприйняттям, тривожними та депресивними станами, а також міжособистісними труднощами. Розуміння психологічних особливостей осіб з компульсивним переїданням має важливе практичне значення для розробки ефективних програм психотерапевтичної допомоги. Комплексний і

індивідуалізований підхід до лікування сприяє не лише зменшенню симптомів, а й підвищенню якості життя та досягненню стійкого одужання.

На основі отриманих результатів дослідження доцільно сформулювати низку практичних рекомендацій, спрямованих на профілактику розладів харчової поведінки та підтримку психологічного благополуччя підлітків. Реалізація цих рекомендацій сприятиме створенню безпечного та підтримуючого середовища, у якому формуються здорова самооцінка та позитивне ставлення до власного тіла.

Передусім актуальною є розробка та впровадження шкільних програм, орієнтованих на підвищення самооцінки та формування позитивного образу тіла у підлітків, з особливим акцентом на дівчат як групу підвищеного ризику. Такі програми можуть включати психологічні тренінги, групові заняття з елементами арт-терапії та майндфулнес-практик, а також індивідуальні консультації з психологом. Їх метою має бути розвиток прийняття себе, усвідомлення власної цінності незалежно від зовнішності та зниження рівня самокритичності.

Важливим напрямом профілактичної роботи є проведення тренінгів із розвитку критичного мислення щодо медіавпливу та нав’язаних ідеалів краси. Підлітки мають навчатися аналізувати інформацію, яку вони отримують із соціальних мереж, реклами та мас-медіа, розпізнавати маніпулятивні повідомлення й нереалістичні стандарти зовнішності. Це дозволить зменшити негативний вплив медіаконтенту на самооцінку та запобігти формуванню викривленого образу тіла.

Не менш значущим є підвищення обізнаності серед батьків, педагогів і медичних працівників щодо ранніх проявів розладів харчової поведінки та їх тісного зв’язку із самооцінкою й емоційним станом підлітків. Просвітницька робота у формі лекцій, семінарів і консультацій сприятиме своєчасному розпізнаванню тривожних ознак, а також забезпечить раннє звернення за професійною психологічною допомогою.

Окрему увагу слід приділити розробці індивідуалізованих програм психологічної підтримки для підлітків із низькою самооцінкою та ознаками дисфункціональних харчових установок. Такі програми мають враховувати статеві відмінності, вікові та особистісні особливості, рівень емоційної зрілості та соціального оточення. Індивідуальний підхід дозволить підвищити ефективність психологічної допомоги та сприятиме більш стійким позитивним змінам.

Перспективним напрямом є також продовження наукових досліджень, спрямованих на глибше вивчення причинно-наслідкових зв’язків між самооцінкою, іншими психологічними чинниками, зокрема тривожністю та депресивними проявами, і розвитком розладів харчової поведінки у підлітків різної статі. Результати таких досліджень можуть стати підґрунтям для вдосконалення профілактичних та корекційних програм.

Загалом запропоновані рекомендації спрямовані на формування більш здорового психологічного середовища для підлітків, зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки та сприяння їх гармонійному особистісному й емоційному розвитку.

Висновок до розділу 3

Результати проведеного дослідження підтвердили наявність значних статевих відмінностей у прояві розладів харчової поведінки та рівні самооцінки у підлітків. Дівчата демонструють статистично значущо вищі показники за опитувальником EAT-26, що свідчить про більшу схильність до дисфункціональних харчових установок, а також значно нижчі рівні самооцінки та самоставлення (RSES та ОСС), що підкреслює їхню психологічну вразливість і підвищену залежність від зовнішніх оцінок. У групі хлопців ризик РХП виявився нижчим, а показники самооцінки та самоставлення – вищими, при цьому кореляційні зв’язки між харчовою поведінкою та самооцінкою були слабкими та

статистично незначущими, що вказує на менш прямий характер цих взаємозв'язків та можливу роль опосередковуючих факторів.

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між високим ризиком РХП та низьким рівнем самоприйняття, самоповаги, самокерівництва, саморозуміння та самоцінності у дівчат. Найсильніший негативний взаємозв'язок виявлено між показниками EAT-26 та самоприйняттям, що підкреслює його ключову роль у формуванні дисфункціональної харчової поведінки. У хлопців подібні зв'язки були слабкими та незначущими, що свідчить про статеві відмінності у психологічних механізмах, які впливають на розвиток РХП.

Проведений аналіз також підкреслив значимість комплексного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки, включаючи когнітивно-поведінкові, діалектично-поведінкові, психодинамічні та арт-терапевтичні методи, а також сімейну і міжперсональну терапію. Ефективність таких підходів базується на розвитку емоційної регуляції, формуванні адекватної самооцінки та навичок критичного мислення щодо медіавпливу та соціальних стандартів краси.

Отримані результати мають практичне значення для розробки цілеспрямованих профілактичних і корекційних програм, особливо для дівчат-підлітків як групи підвищеного ризику. Рекомендовані заходи включають формування позитивного образу тіла, розвиток самоприйняття та навичок емоційної саморегуляції, проведення психологічних тренінгів, групових занять та індивідуальних консультацій, а також підвищення обізнаності батьків і педагогів щодо ранніх проявів розладів харчової поведінки.

Таким чином, розділ 3 підтвердив робочу гіпотезу дослідження, висвітлив ключові психологічні чинники РХП у підлітків та визначив ефективні напрямки профілактики й психокорекції, що сприяють формуванню здорової самооцінки, позитивного самоприйняття та зниженню ризику розвитку розладів харчової поведінки.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати проведеного теоретико-емпіричного дослідження, доцільно зазначити, що розлади харчової поведінки у підлітковому віці є складним багатофакторним феноменом, формування якого зумовлюється взаємодією біологічних, психологічних та соціокультурних детермінант.

Теоретичний аналіз сучасних наукових підходів дозволив встановити, що провідну роль у виникненні та підтриманні дезадаптивних харчових патернів відіграють нестабільність самооцінки, порушення самоставлення, викривлений образ тіла, емоційна дисрегуляція та підвищена чутливість підлітків до соціальних стандартів зовнішності. Розлади харчової поведінки у цьому віковому періоді доцільно розглядати не лише як порушення харчування, а як відображення глибинних психологічних процесів, пов'язаних з особливостями емоційного реагування, когнітивними установками та міжособистісною взаємодією, що істотно впливають на психічне здоров'я й соціальну адаптацію особистості. Установлено, що харчова поведінка в умовах психологічної дезадаптації набуває символічного змісту та використовується як спосіб регуляції емоційного стану, самоконтролю або реагування на внутрішні та зовнішні стресогенні чинники.

Результати емпіричного дослідження підтвердили наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем самооцінки, характеристиками самоставлення та вираженістю ознак розладів харчової поведінки у підлітків. Виявлено виразні статеві відмінності у структурі досліджуваних психологічних показників. Зокрема, дівчата характеризуються значно вищими показниками за опитувальником EAT-26, що свідчить про більшу схильність до дисфункціональних харчових установок, у поєднанні з нижчими рівнями загальної самооцінки та негативнішим самоставленням. Це вказує на підвищену психологічну вразливість дівчат-підлітків і більшу залежність їхнього самосприйняття від зовнішніх оцінок та соціальних очікувань. У хлопців прояви розладів харчової поведінки виявилися менш вираженими, а кореляційні зв'язки

між показниками харчової поведінки та самооцінки були слабкими й статистично незначущими, що свідчить про менш прямий характер взаємозв’язків та можливу опосередковану дію інших психологічних чинників. Найбільш виражений негативний взаємозв’язок у групі дівчат встановлено між показниками EAT-26 та рівнем самоприйняття, що підкреслює його ключову роль у формуванні та підтриманні дезадаптивної харчової поведінки.

Отримані емпіричні дані підтверджують доцільність застосування комплексного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Ефективна психологічна допомога має ґрунтуватися на інтеграції когнітивно-поведінкових, діалектично-поведінкових, психодинамічних та арт-терапевтичних методів, а також передбачати роботу з родинним і соціальним контекстом розвитку підлітка. Особливої уваги потребують напрями, спрямовані на формування адекватної та стійкої самооцінки, розвиток самоприйняття, навичок емоційної регуляції та критичного ставлення до медіаобразів і соціальних стандартів зовнішності, що є важливими чинниками зниження ризику розвитку дезадаптивних харчових патернів і підвищення психологічної стійкості особистості.

Практичне значення проведеного дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів закладів освіти, психотерапевтів і фахівців соціальної сфери для раннього виявлення ризиків формування розладів харчової поведінки у підлітків та розробки цілеспрямованих профілактичних і корекційних програм. Особлива актуальність таких програм обґрунтовується необхідністю психологічної підтримки дівчат-підлітків як групи підвищеного ризику. Крім того, результати дослідження можуть бути використані в освітньому процесі під час викладання психологічних дисциплін і підготовки майбутніх фахівців у галузі практичної психології.

Таким чином, результати дослідження підтвердили висунуту гіпотезу щодо наявності статевих відмінностей у проявах розладів харчової поведінки та

існування взаємозв’язку між харчовою поведінкою, самооцінкою і самоставленням у підлітків. Отримані наукові висновки розширюють уявлення про психологічні чинники формування розладів харчової поведінки та визначають перспективні напрями профілактичної й психокорекційної роботи, спрямованої на формування здорової самооцінки, позитивного самоприйняття та збереження психічного здоров’я підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

2. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2014. С. 19-33
3. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету. Т. 19. № 21. 2018. С. 197–201
4. Вознесенська Т.Г. Розлади харчової поведінки при ожирінні та їх корекція. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2007. № 3. 155 с. URL: http://www.mif-ua.com.
5. Вострікова О. Перфекціонізм як один з факторів виникнення розладів харчової поведінки. Психологічні проблеми сучасності : Тези XIV науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Львів, 2017. С. 9- 11.
6. Гордієнко І. О. Психологічні чинники харчової поведінки підлітків. Актуальні проблеми життєвого та професійного самоздійснення особистості: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості: теорія, досвід, практика» (19-20 травня 2023 р.). відп. ред. О. П. Саннікова. Одеса: ФОП Бєлий А. Є., 2023. С. 28-36..
7. Зубар,Н. М. (2010) Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр учбової літератури, 336с.
8. Іваненко,Л. М. (2018) Спосіб життя батьків як детермінанта здоров’я дітей. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. No 2.С. 411–421
9. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. № 4. С. 6-7
10. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5. С. 46.
11. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я. Київ : Міністерство охорони здоров’я України, 2021. 1670 с

12. Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. 2007. 20 с.
13. Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: Психологічні виміри суспільства. 2019. № 2. С. 91–98.
14. Коростій,В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. Медична психологія. No 3. С.56–62.
15. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178-191.
16. Левченко О. І. Соціальні чинники розвитку розладів харчової поведінки в підлітків : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023. 52 с.
17. Малина О. Г., Чиганов С. Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. Проблеми сучасної психології, 2019, №1: С. 78-88
18. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Збірник наукових праць К.-Подільського національного університету ім. І. Огієнка Серія «Проблеми сучасної психології». 2009. № 6 (2).
19. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка. 2013. Вип. 22. С. 136-140.
20. Огоренко В. В. Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час війни. Вісник морської медицини, 2022, №3: С. 54-60
21. Павлоцька Л. Ф., Дуденко Н. В., Євлаш В. В. Фізіологія харчування. Підручник. Харків: ХДУХТ, Світ книг, 2017. 316 с.
22. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного 176 університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44. С. 184– 191..

23. Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. Акмеологія. 2015. № 3 (55). С. 213-218
24. Травенко О.С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової пведінки. Актуальні проблеми психології. Том XI. Випуск 14. С.205-214..
25. Шебанова В.І. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2013. № 2. С. 48–51
26. Шебанова,В. І.(2017) . Психологія харчової поведінки. Автореф. дис. доктора психол. наук. 19.00.01, Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 40с.
27. .Ely A.V., Wierenga C.E., Kaye W.H. Anxiety Impacts Cognitive Inhibition in Remitted Anorexia Nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2016. № 24 (4). Pp. 347–51.
28. Sheehan, S. T. (2022, June 14). "Groundbreaking study shows substantial differences in brain structure in people with anorexia." Keck School of Medicine Media Relations. Retrieved from [insert URL if available]
29. Bannink R, Pearce A, Hope S. Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK millennium cohort study. Arch Dis Child. 2016; 101(10). Pp. 917–921.
30. Bardone-Cone, Anna M., et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clinical psychology review, 2007, 27.3: P. 384- 405..
31. Bulik C.M, Flatt R., Abbaspour A., Carroll I. Reconceptualizing anorexia nervosa. Psychiatry Clin Neurosci. 2019. № 73 (9). Pp. 518–525
32. Bulik C.M., Blake L., Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. Psychiatr Clin North Am. 2019. № 42(1) Pp. 59–73.
33. Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). "Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review." Nutrients, 9(11), 1274. Retrieved from https://doi.org/10.3390/nu9111274

34. Dziewa, M., Bańka, B., Herbet, M., Piątkowska-Chmiel, I., & Fernandez-Aranda, F. (2023). "Eating Disorders and Diabetes: Facing the Dual Challenge." Nutrients, 15(18), 3955. doi:10.3390/nu15183955
35. Ellis A. Humanistic psychotherapy. NY : McGrawHill Paperbacks, 1973. P. 383–389
36. Frank G.K.W. Neuroimaging and eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2019. № 32 (6). Pp. 478–483
37. Frank, G. K. W., Shott, M. E., Stoddard, J., Swindle, S., & Pryor, T. (2021). "Reward processing across the eating disorders spectrum implicates body mass index and ventral striatal-hypothalamic circuitry." JAMA Psychiatry.doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1580
38. Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). "Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications." Clinical Psychology Review. Retrieved from Elsevier. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.001
39. Ray, Justine (2012). "Implicit and Explicit Social Isolation in Eating Disordered Individuals." Master of Arts (MA) thesis, Bowling Green State University, Psychology/Clinical.
40. Rowe S. Personality in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. University of Otago. 2011. 231 p.
41. Smith, A.R., Ortiz, S.N., Forrest, L.N., et al. (2018). "Which Comes First? An Examination of Associations and Shared Risk Factors for Eating Disorders and Suicidality." Current Psychiatry Reports, 20, 77.
42. Sheehan, S. T. (2022, June 14). "Groundbreaking study shows substantial differences in brain structure in people with anorexia." Keck School of Medicine Media Relations. Retrieved from [insert URL if available