

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка» Факультет філології, психології та педагогіки

Кафедра психології та педагогіки

Спеціальність 053 «Психологія»
Очна форма навчання 2 курс другого (магістерського) рівня вищої освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ»

Виконала студентка гр. 601-
ФП

_____.2025 р.
Харченко Олена Петрівна

Керівник кваліфікаційної
роботи

_____.2025 р.
к. пед. н., доцент
Іщенко Володимир Іванович

Робота допущена до захисту:

Завідувачка кафедри психології та педагогіки Клевака Л.П.
_____.2025 р. _____(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
1.1. Теоретичне осмислення поняття розладів харчової поведінки та їх класифікація в сучасній психології	9
1.2. Психологічні особливості підліткового віку та феномен підліткової кризи	17
1.3. Психологічні детермінанти порушень харчової поведінки у підлітків: види, прояви та специфіка	22
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ II МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	
2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик дослідження	29
2.2. «Методика «Шкала самооцінки» (підлітковий, юнацький вік)»	31
2.3. «Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона»	32
2.4. «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)»	33
2.5. «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу» Г. Ложкіна і А. Рождественського	34
2.6. «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» в адаптації О. Чабана	35
Висновки до другого розділу	36
РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	
3.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження	39
3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження прояву розладів харчової поведінки у осіб підліткового віку	40
3.3. Специфіка самооцінки у підлітків із розладами харчової поведінки	45
3.4. Оцінка рівня самотності та тривожності у підлітків із порушеннями харчової поведінки	49
3.5. Порівняння показників самооцінки, самотності, тривожності та депресії у підлітків із РХП	54
3.6. Вплив саморефлексії тілесного потенціалу підлітків на порушення харчової поведінки	56
3.7. Статеві відмінності порушень харчової поведінки	62
Висновки до третього розділу	67
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема розладів харчової поведінки у підлітковому віці є однією з найбільш актуальних у сучасній психологічній науці та практиці, що зумовлено зростанням поширеності цих порушень, їх складною багатофакторною природою та значними наслідками для психічного й фізичного здоров'я особистості. Підлітковий вік є критичним етапом онтогенезу, під час якого відбуваються інтенсивні біологічні, психологічні та соціальні зміни, що підвищує вразливість емоційної та особистісної сфери і створює ґрунт для формування дезадаптивних моделей харчової поведінки.

Особливу значущість проблема розладів харчової поведінки набуває у зв'язку з формуванням образу тіла та самооцінки підлітків. У цей період зовнішність стає важливим компонентом самосприйняття, а оцінка з боку однолітків і соціального оточення істотно впливає на емоційний стан та рівень психологічного благополуччя. Невідповідність між реальним і бажаним образом тіла, внутрішні конфлікти, емоційна нестабільність та труднощі саморегуляції можуть сприяти виникненню патологічних форм контролю харчування, що з часом закріплюються як стійкі поведінкові та когнітивні патерни.

Актуальність дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітковому віці також зумовлена тісним зв'язком цих порушень із емоційною сферою. Порушення харчової поведінки часто виконують функцію психологічного захисту або способу регуляції емоційних станів, таких як тривожність, напруження, почуття провини, сором або емоційна спустошеність. Нездатність підлітків усвідомлювати, приймати та конструктивно виражати власні емоції підвищує ризик формування деструктивних стратегій подолання внутрішніх труднощів, серед яких харчова поведінка набуває компенсаторного значення.

Соціальні чинники сучасного середовища посилюють актуальність зазначеної проблематики. Інформаційний простір, зокрема соціальні мережі, транслює стандартизовані уявлення про зовнішність і успішність, що

підвищує рівень соціального порівняння, незадоволеності собою та внутрішнього тиску відповідати очікуванням. За відсутності сформованих навичок критичного мислення та психологічної стійкості підлітки стають особливо чутливими до таких впливів, що може сприяти виникненню або поглибленню порушень харчової поведінки.

Додаткової актуальності набуває необхідність раннього виявлення психологічних особливостей розладів харчової поведінки, оскільки підлітковий вік є періодом, у якому ці порушення ще не набули хронічного характеру та можуть бути скориговані за умови своєчасного психологічного втручання. Недостатня усвідомленість проблеми, пізні звернення по допомогу та стигматизація психічних труднощів ускладнюють процес профілактики та корекції, що підсилює потребу у науково обґрунтованих психологічних дослідженнях у цій сфері.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітковому віці є актуальним з огляду на зростання поширеності цих порушень, їхній тісний зв'язок із емоційною регуляцією, самооцінкою та міжособистісними стосунками, а також необхідність розробки ефективних профілактичних і корекційних програм, спрямованих на збереження психічного здоров'я підлітків та забезпечення їхнього гармонійного особистісного розвитку.

Об'єкт дослідження – порушення харчової поведінки у дітей.

Предмет дослідження – психологічні характеристики та особливості прояву порушень харчової поведінки у підлітків.

Мета дослідження – визначення та аналіз психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітковому віці.

Відповідно до поставленої мети у дослідженні визначено такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми розладів харчової поведінки, їх основних форм (нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання), психологічних особливостей їх прояву та супровідних психоемоційних станів (знижена самооцінка, дисморфобічні

переживання тощо), а також особливостей підліткового віку, кризових періодів розвитку й чинників виникнення порушень харчової поведінки у підлітків.

2. Добрати комплекс психодіагностичних методик для виявлення наявності порушень харчової поведінки, оцінки рівня самооцінки, переживання самотності, тривожності, депресивних проявів, а також визначення типу саморефлексії тілесного потенціалу.

3. Провести психодіагностичне обстеження підлітків із використанням підбраного інструментарію.

4. Визначити психологічні особливості прояву порушень харчової поведінки у підлітковому віці на основі отриманих емпіричних даних.

5. Розробити та апробувати програму психологічного тренінгу, спрямовану на формування практичних навичок здорової харчової поведінки у підлітків із порушеннями харчової поведінки.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять фундаментальні положення вітчизняної та зарубіжної психології, психіатрії й суміжних наук, у межах яких розглядалися проблеми розладів харчової поведінки, особливостей підліткового віку, формування образу тіла, емоційно-особистісного розвитку та механізмів психічної дезадаптації. Теоретичні та емпіричні аспекти заявленої проблематики відображені у працях таких науковців, як А. Гірняк, А. Мельник, А. Рождественський, А. Фрейд, Бр. Вейнкіс, В. Поліщук, В. Ромацький, Г. Ложкін, Д. Карвасарський, Д. Рассел, Дж. Рассел, Е. Шпрангер, Є. Донченко, З. Фрейд, Л. Абсалямова, Л. Кронбах, Л. Магдисюк, М. Савчин, М. Фергюсон, О. Мойзріст, О. Скугалевський, О. Швець, О. Шопша, П. Шілдер, Р. Бернс, Р. Федоренко, С. Буллер, С. Кронберг, С. Литвин-Кіндратюк, С. Максименко, С. Холл, Т. Ільницька, Т. Титаренко, Ф. Василюк та інші.

Вагоме методологічне значення для дослідження мали також міжнародні класифікаційні системи психічних розладів, зокрема «Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів» (DSM-5) та

«Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (МКХ-10, МКХ-11), які забезпечують наукову узгодженість та коректність визначення й інтерпретації розладів харчової поведінки.

Методичний інструментарій дослідження включає комплекс теоретичних та емпіричних методів. До теоретичних методів належать аналіз, синтез, порівняння та логіко-теоретичне узагальнення спеціальної психологічної й медичної літератури, що дало змогу розкрити зміст і сутність понять «розлади харчової поведінки», «нервова анорексія», «нервова булімія», «компульсивне переїдання», «орторексія», «дисморфофобія», «підлітковий вік», «криза підліткового віку», а також окреслити особливості особистісного становлення підлітків із порушеннями харчової поведінки.

Емпіричну частину дослідження становить психодіагностичний комплекс, спрямований на виявлення наявності розладів харчової поведінки, оцінку рівня самооцінки, суб'єктивного переживання самотності, тривожності та депресивних проявів, а також визначення типу саморефлексії тілесного потенціалу. У роботі застосовувалися стандартизовані та валідизовані методики дослідження особистості, зокрема: методика «Шкала самооцінки» (для підліткового та юнацького віку), методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона, опитувальник розладів харчової поведінки (EDE-Q), опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна та А. Рождественського, а також «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) в адаптації О. Чабана.

Застосування зазначених методів і методик забезпечило комплексний підхід до вивчення психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітковому віці, підвищило достовірність отриманих результатів і створило підґрунтя для їх теоретичного узагальнення та практичного використання.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що розлади харчової поведінки у підлітковому віці мають виражену психологічну зумовленість і супроводжуються зниженням рівня самооцінки, підвищенням відчуття

самотності, зростанням тривожності та депресивних проявів, а також специфічними особливостями саморефлексії тілесного потенціалу; при цьому характер і вираженість зазначених психологічних особливостей відрізняються залежно від статі підлітків.

База дослідження. Дослідження проводилось на вибірці з 56 учнів, що навчаються у Ліцеї №38 імені Івана Павловського Полтавської міської ради. Вік респондентів – від 12 до 15 року.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що в межах даної роботи вперше здійснено комплексне вивчення психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітковому віці з використанням порівняльного підходу. Зокрема, проведено зіставний аналіз психологічних характеристик підлітків із наявністю та відсутністю розладів харчової поведінки, що дозволило виявити специфічні відмінності в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах. Окрім цього, новизна дослідження полягає у врахуванні статевих відмінностей, що дало змогу проаналізувати особливості прояву розладів харчової поведінки у підлітків жіночої та чоловічої статі та визначити гендерно зумовлені психологічні закономірності їх перебігу.

Практичне значення одержаних результатів визначається можливістю застосування отриманих теоретичних узагальнень і емпіричних даних у професійній діяльності практичних психологів, соціальних педагогів і фахівців, які працюють з підлітками. Результати дослідження можуть бути використані в процесі психологічного консультування підлітків із розладами харчової поведінки та супутніми емоційними й особистісними труднощами, а також для профілактики негативних психологічних і соціальних наслідків зазначених розладів. Одержані матеріали доцільно застосовувати під час проведення психоосвітніх, консультаційних і тренінгових занять, спрямованих на інформування підлітків і їх батьків про причини, форми прояву, можливі наслідки та ефективні способи подолання розладів харчової поведінки, а також на формування навичок здорової харчової поведінки та

позитивного ставлення до власного тіла.

Апробація результатів. Результати дослідження були обговоренні та опубліковані.....

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів та додатків. Містить 10 рисунків та 2 таблиці. Список літературних джерел налічує 49 найменувань.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

У розділі здійснено теоретичний аналіз розладів харчової поведінки в підлітковому віці. Розкрито їх сутність і класифікацію, охарактеризовано психологічні особливості підліткового періоду та кризові прояви, а також визначено основні психологічні чинники й специфіку порушень харчової поведінки у підлітків.

1.1. Теоретичне осмислення поняття розладів харчової поведінки та їх класифікація в сучасній психології

З методологічної позиції вивчення підходів до генетичного моделювання харчової поведінки потребує чіткого базового визначення харчових звичок, яке б урахувало їх походження та умови формування впродовж життя людини. У цьому контексті методологічною основою дослідження виступає культурно-історичний підхід Л. Виготського, відповідно до якого будь-який людський інтерес і форма поведінки мають соціальну природу та формуються в процесі взаємодії особистості із соціальним середовищем.

Розвиваючи цю позицію, С. Максименко зазначає, що індивідуальне ставлення до будь-якого об'єкта, зокрема продуктів харчування, має особистісний характер і зумовлюється провідною потребою як потужним носієм знань. Водночас ця потреба, будучи індивідуально переживаною, швидко набуває суспільного змісту, оскільки людська діяльність спрямована на задоволення як особистих, так і соціально зумовлених потреб, що формуються в конкретних соціальних обставинах. У зв'язку з цим доцільним є формування робочої концепції харчових звичок, яка враховує їх біопсихосоціальну зумовленість.

Харчова поведінка людини розглядається як складна багаторівнева система, що формується у взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Вона виконує не лише функцію задоволення фізіологічних потреб, а й має значущу психологічну складову, оскільки сам процес споживання їжі набуває самостійного емоційного та смислового значення. Водночас процеси харчування здійснюють зворотний вплив на життєві потреби особистості, емоційний стан та поведінкові реакції.

Поняття «харчова поведінка» використовується як узагальнювальний термін для позначення сукупності поведінкових проявів, що супроводжують процес прийому їжі. Воно охоплює вибір харчових продуктів, мотиваційні аспекти, режим і структуру харчування, причини дотримання або порушення дієтичних обмежень, а також проблеми, пов'язані з харчуванням, зокрема ожиріння та різні форми розладів харчової поведінки.

Акт прийому їжі є базовою умовою виживання людини та відбувається щоденно, що передбачає постійне ухвалення рішень щодо того, що, коли і в якій кількості споживати. На відміну від попередніх історичних етапів, коли головним завданням людини був пошук їжі для забезпечення енергетичних потреб, у сучасному суспільстві цей вибір значно ускладнився. У більшості східних і західних культур харчові продукти є доступними, різноманітними, привабливими та відносно недорогими, що створює додаткові ризики формування неадаптивних моделей харчової поведінки. Важливо також враховувати тісний зв'язок харчової поведінки з емоційними станами, настроєм і рівнем психологічного напруження.

У межах поведінкової медицини дослідження харчової поведінки зосереджуються на виявленні причин, розробці профілактичних заходів і методів лікування ожиріння та розладів харчової поведінки. Такі дослідження спрямовані на формування здорових харчових звичок і сприяють профілактиці та лікуванню низки хронічних захворювань, зокрема цукрового діабету, артеріальної гіпертензії та онкологічних хвороб [4].

Харчова поведінка характеризується високим рівнем складності,

оскільки щодня людина ухвалює велику кількість рішень, пов'язаних із харчуванням, під впливом особистісних, соціальних, культурних, екологічних та економічних факторів. Те, які продукти і в яких обсягах споживаються, має суттєвий вплив на фізичне та психологічне здоров'я. У цьому контексті екологічні моделі, що враховують вплив соціального середовища, фізичного оточення та макросоціальних умов, дозволяють комплексно проаналізувати численні детермінанти харчової поведінки.

Таким чином, харчова поведінка розглядається як процес, що має загальні закономірності формування та індивідуальні особливості, зокрема статеві. Гендерна специфіка харчової поведінки зумовлена культурними очікуваннями та соціально-психологічними нормами, які по-різному проявляються в різних соціокультурних середовищах. Вона відображає ціннісне ставлення особистості до їжі та процесу її споживання, усталені стереотипи харчування в повсякденних і стресових ситуаціях, а також поведінкові стратегії, пов'язані з образом власного тіла та діяльністю, спрямованою на його формування [17].

Інакше кажучи, харчова поведінка охоплює індивідуальну систему харчових установок, звичок, поведінкових патернів та емоційних реакцій, притаманних кожній людині. Вона може характеризуватися відносною стабільністю та відповідати фізіологічним і психологічним потребам (адекватна харчова поведінка) або набувати відхиленого, дезадаптивного характеру. Така варіативність зумовлюється низкою чинників, зокрема місцем процесу харчування в ієрархії особистісних цінностей, а також кількісними й якісними характеристиками споживаної їжі. Важливу роль у формуванні стереотипів харчової поведінки відіграють національно-культурні особливості, вплив яких особливо посилюється в умовах емоційного напруження та стресу.

На рівні макросередовища харчову поведінку визначають економічні умови, державна продовольча й аграрна політика, особливості виробництва та дистрибуції харчових продуктів, маркетингові стратегії харчової індустрії, а

також домінуючі культурні норми й цінності. Хоча вплив цих чинників часто є опосередкованим, він може мати суттєве значення для вибору їжі та формування загальних моделей харчової поведінки [24].

Регуляція прийому їжі в нормі здійснюється за рахунок складної взаємодії фізіологічних механізмів. У разі дефіциту енергії організм подає сигнали, що активізують відчуття голоду та спонукають людину до споживання їжі. Натомість при надходженні достатньої кількості поживних речовин виникає відчуття ситості, яке сигналізує про необхідність припинення прийому їжі. Проте в сучасних умовах гомеостатичні механізми регуляції часто відходять на другий план або ігноруються, що призводить до ситуацій, коли їжа споживається незалежно від фізіологічного голоду або навіть за наявності відчуття ситості.

На формування та реалізацію харчової поведінки впливає значна кількість неусвідомлюваних і автоматичних чинників. Зокрема, прийом їжі може ініціюватися або продовжуватися під впливом соціального контексту, наприклад, через присутність інших людей у закладах харчування, що посилює роль соціальних норм і моделей наслідування [28].

У зв'язку з цим для забезпечення повноцінного харчування важливого значення набувають процеси самоконтролю та саморегуляції, які передбачають свідоме забезпечення організму необхідними поживними речовинами як за якістю, так і за кількістю. Водночас здорове харчування не повинно зводитися виключно до жорсткого контролю, оскільки воно також передбачає здатність отримувати задоволення від їжі та позитивного досвіду її споживання.

Постає питання про межу, за якою їжа перестає виконувати виключно біологічну функцію. Поняття здорового харчування співвідноситься не лише з отриманням задоволення або підтриманням стабільної маси тіла, а й із ціннісним ставленням до їжі. Особи з адаптивними харчовими звичками використовують їжу як джерело енергії, засіб соціальної взаємодії, а іноді й як ресурс позитивних емоцій. Їх мотивація може бути пов'язана з прагненням

збереження здоров'я, естетичними ідеалами, бажанням зниження або збільшення маси тіла, що узгоджується з відомим принципом Гіппократа: «Нехай їжа буде ліками, а ліки – їжею» [28].

У контексті психічного здоров'я харчування набуває особливого значення, оскільки те, що людина споживає, безпосередньо впливає на її самопочуття, емоційний стан і когнітивні процеси. Водночас емоції, думки та психологічні переживання визначають вибір їжі та спосіб її споживання. Однак формування здорових харчових звичок постійно перебуває під загрозою через вплив стресу, нудьги, гніву, депресивних і тривожних станів. Унаслідок цього дедалі більше людей стикаються з втратою контролю над харчуванням і збільшенням маси тіла.

Ситуація ускладнюється особливостями сучасного харчового середовища, яке пропонує великі порції, об'ємні пакування та заохочує надмірне споживання. Маркетингові стратегії, такі як акції типу «два за ціною одного», спеціальні пропозиції в супермаркетах, психологічно продумані етикетки та організація ресторанних меню, можуть виступати маніпулятивними чинниками, що створюють ілюзію раціонального вибору та здорового харчування [7].

Показовим у цьому контексті є дослідження Бр. Вейнкіса «Ефект миски супу», проведене в 1978 році в Кембриджському університеті (Велика Британія), яке демонструє, як когнітивні викривлення впливають на харчову поведінку. Учасники експерименту споживали суп із миски з прихованим механізмом поповнення, не усвідомлюючи цього факту. Вважаючи, що їдять повільно та уважно, вони фактично споживали значно більшу кількість їжі, ніж учасники з традиційними порціями. Аналогічні ефекти були виявлені й у дослідженнях впливу форми посуду: через горизонтально-вертикальну ілюзію люди, які п'ють із низьких широких склянок, у середньому споживають приблизно на 27% більше рідини, ніж ті, хто використовує високі вузькі склянки.

Аналіз наукових праць українських дослідників і фахівців свідчить про

обмежену представленість психологічного підходу до проблеми здорового харчування. Переважна більшість наявних матеріалів зосереджена на нормативних рекомендаціях щодо калорійності раціону та переліку продуктів, які вважаються корисними або шкідливими, без ґрунтовного аналізу психологічних детермінант харчової поведінки. Зокрема, на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України представлено публікацію експерта з питань харчування, кандидата медичних наук О. Швеця, у якій викладено базові принципи раціонального харчування. Автор наголошує на важливості збалансованого підходу до їжі та підкреслює, що замість надмірної тривоги щодо вибору продуктів людина має навчитися отримувати задоволення від процесу харчування, зберігаючи при цьому його поміркованість [33].

Для глибшого розуміння харчової поведінки необхідним є окреслення найбільш поширених порушень, які часто виявляються саме в підлітковому віці. У міжнародних медичних класифікаціях DSM-5 та МКХ-11 розлади харчової поведінки визначаються як психічні розлади та, відповідно до клінічних проявів, поділяються на три основні категорії: нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання. Окрім цього, виокремлюються суміжні форми порушень, зокрема орторексія, дисморфічний розлад та інші специфіковані або неспецифіковані розлади харчової поведінки, які не повністю відповідають усталеним діагностичним критеріям.

Нервова анорексія вважається одним із найбільш небезпечних розладів харчової поведінки, що характеризується критичним зниженням маси тіла, хронічним недоїданням і викривленим сприйняттям власного тіла. Для цього розладу типовими є інтенсивний страх перед їжею та можливим збільшенням маси тіла, а також виражене прагнення до контролю харчування. Згідно з даними наукових досліджень, нервова анорексія має один із найвищих показників смертності серед психічних розладів [45].

Окрім значної втрати ваги та страху її збільшення, до загальних проявів анорексії належать систематичне пропускання прийомів їжі, уникання споживання їжі в присутності інших людей, надмірні фізичні навантаження та

носіння вільного одягу з метою приховування тілесних змін. Хоча розлади харчової поведінки безпосередньо пов'язані з їжею, їх першопричина, як правило, має психологічний характер і пов'язана з особливостями мислення, емоційної регуляції та самосприйняття.

Діагностика нервової анорексії передбачає використання індексу маси тіла (ІМТ), який розраховується шляхом поділу маси тіла в кілограмах на квадрат зросту в метрах. Значення ІМТ нижче 16 свідчить про критичний дефіцит маси тіла та може бути індикатором анорексії.

Хоча нервова анорексія частіше діагностується у дівчат і молодих жінок, вона може розвиватися у осіб будь-якої статі, віку, етнічного або культурного походження. До групи підвищеного ризику належать спортсмени, танцюристи, а також особи, чия професійна діяльність пов'язана з мистецтвом і високими естетичними вимогами. Анорексія є тяжким захворюванням, яке становить загрозу як фізичному, так і психічному здоров'ю, тому потребує своєчасної діагностики та комплексного лікування, що поєднує психотерапевтичну, медикаментозну допомогу та консультації дієтолога [11].

У 1979 році Дж. Рассел описав окрему клінічну форму порушень харчової поведінки – нервову булімію, визначивши ключові діагностичні критерії цього розладу. До них належать неконтрольовані епізоди переїдання, застосування компенсаторних стратегій для запобігання набору ваги (зокрема блювання, зловживання медикаментами або надмірні фізичні навантаження), а також інтенсивний страх перед збільшенням маси тіла.

Нервова булімія характеризується повторюваними епізодами споживання великої кількості їжі за короткий проміжок часу з подальшими спробами нейтралізувати наслідки переїдання. Особи з цим розладом часто мають знижену самооцінку, переживають сором і провину, діють приховано та постійно відчують незадоволеність власним тілом. Незважаючи на те, що їх маса тіла часто перебуває в межах норми, вони постійно бояться набрати вагу. Булімія зазвичай розвивається в пізньому підлітковому або ранньому юнацькому віці та частіше зустрічається серед жінок. Причини її виникнення

є багатофакторними й включають особистісні риси, емоційні порушення, когнітивні установки, а також біологічні та соціальні чинники [14].

У класифікації DSM-5 окремо виокремлено компульсивне переїдання, яке характеризується повторюваними епізодами надмірного споживання їжі без подальших компенсаторних дій. Такі епізоди часто виникають не через фізіологічний голод, а як реакція на інтенсивні емоційні переживання. Компульсивне переїдання пов'язане з підвищеним рівнем депресивних і тривожних симптомів, а також може супроводжуватися розладами особистості. Після епізодів переїдання люди зазвичай відчувають сором, жаль і огиду до себе, що посилює психологічне напруження та сприяє формуванню замкненого кола поведінки.

Рівень споживання їжі при компульсивному переїданні може коливатися від помірного до надмірного, іноді сягаючи кількох тисяч калорій за один епізод. Хоча надмірна маса тіла не є обов'язковим критерієм цього розладу, тривалі порушення харчування можуть призводити до ожиріння, серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, підвищеного артеріального тиску та проблем опорно-рухового апарату. Поєднання фізичних і психічних наслідків істотно знижує якість життя людини. Причини переїдання є індивідуальними та можуть бути пов'язані як із тяжкими психічними розладами, так і з хронічним стресом, почуттям самотності, нудьги або емоційної спустошеності [7].

Окрему увагу привертає орторексія – патологічна фіксація на «правильному» харчуванні, яка проявляється суворими дієтичними обмеженнями, ритуалізацією прийому їжі та нав'язливим униканням певних продуктів. Хоча клінічна практика засвідчує поширеність такої поведінки, орторексія досі не має офіційного статусу психічного розладу та недостатньо досліджена в емпіричному плані.

Термін «орторексія» був запропонований С. Бретменом і Д. Найтом у 1997 році для опису осіб, надмірно зосереджених на якості споживаної їжі. Такі люди витрачають значну кількість часу на аналіз складу продуктів,

способів їх обробки, походження інгредієнтів і потенційних ризиків для здоров'я, зокрема наявності пестицидів, гормонів або шкідливих пакувальних матеріалів [41].

У сучасному суспільстві прагнення до здорового способу життя часто супроводжується популяризацією спеціалізованих дієт, продуктів без глютену та цукру, а також альтернативних систем харчування. За спостереженнями С. Кронберга, це прагнення може набувати рис ідеологічної або навіть квазірелігійної переконаності, коли окремі продукти сприймаються як «чисті» або «гріховні». Водночас надмірна захопленість дієтами нерідко призводить до психологічних порушень і погіршення загального стану здоров'я.

Дослідження свідчать, що жорсткі дієти не лише не забезпечують стійкого зниження маси тіла, а й можуть мати негативні наслідки для фізичного та психічного благополуччя. Більшість осіб, які дотримуються обмежувальних дієт, з часом знову набирають вагу, що супроводжується зростанням фрустрації, тривоги та зниженням самооцінки.

1.2. Психологічні особливості підліткового віку та феномен підліткової кризи

У сучасній психологічній теорії та практиці широко використовуються такі поняття, як «криза особистісного життя», «критична життєва ситуація», «вікова криза». Узагальнювальна категорія «криза» позначає стан, що виникає у відповідь на проблему, з якою людина стикається без можливості її уникнути та не здатна швидко розв'язати звичними для себе способами. Поняття «життєва криза особистості» відображає складні процеси внутрішнього світу індивіда, які проявляються у відчутті втрати сенсу, непродуктивності або невідповідності власного життєвого шляху очікуванням і планам. Життєва криза постає як переломний етап, коли раніше сформовані цілі, уявлення та життєві проєкти виявляються нереалізованими або такими, що втратили актуальність.

Вікова психологія як галузь психологічної науки зосереджена на вивченні закономірностей психічного розвитку особистості в онтогенезі – від народження до пізнього віку. Протягом життя людина проходить низку послідовних етапів розвитку: дитинство, підлітковий і юнацький періоди, дорослість, зрілість, старість та завершальні етапи життєвого шляху. Кожен із цих вікових відрізків характеризується специфічними завданнями розвитку, домінантними потребами, типовими труднощами й емоційними переживаннями.

Кожен вік має унікальний психологічний зміст, який визначає характерні для нього риси поведінки, мислення та емоційної сфери, що не відтворюються в інших вікових періодах. Перехід від одного етапу розвитку до іншого неможливий без переживання вікових криз, які виступають механізмом якісних особистісних змін. У відносно стабільні періоди життя відбувається поступове накопичення знань, умінь і життєвого досвіду, причому ці зміни часто залишаються малопомітними та неусвідомленими. Натомість у кризові моменти усталені уявлення, цінності та життєві орієнтири можуть зазнавати суттєвого руйнування або перегляду.

Специфіка вікових криз полягає в тому, що вони тісно пов'язані зі змінами соціальної ситуації розвитку та трансформацією сприйняття часу – уявлень про минуле, теперішнє й майбутнє. Тому важливим завданням психологічного супроводу є нормалізація вікових криз і сприяння успішному розв'язанню вікових завдань розвитку. У цьому контексті криза розглядається не як відхилення, а як закономірний і необхідний компонент особистісного зростання [23].

На основі досліджень Є. Донченка, Т. Титаренко, Ф. Василюка та інших науковців можна виокремити класифікацію життєвих криз і конфліктів за кількома критеріями. Зокрема, за віковою ознакою розрізняють кризи раннього дитинства, підліткового віку, юності, середнього віку та інші. За тривалістю та соціальними характеристиками виділяють мікрокризи, короткочасні й довготривалі кризові стани. За впливом на особистість кризи

можуть мати конструктивний або деструктивний характер. Також їх класифікують за сферою діяльності, за порушенням мотивації та життєвих цілей, за змінами у смисловій сфері, а також за детермінантами виникнення – внутрішніми або ситуативними. За рівнем складності розрізняють прості кризи, спричинені однією подією, та багатовимірні, що охоплюють різні аспекти життєдіяльності особистості.

Кожен дослідник психології розвитку визначає власні вікові межі підліткового періоду, проте загалом ця стадія добре вивчена. Для більш глибокого та точного розуміння проблеми рекомендується охарактеризувати основні особливості підліткового віку.

Підлітковий період вирізняється [44]:

1. Незбалансованим фізіологічним розвитком, що спричиняє емоційну нестійкість та часті зміни настрою;
2. Змінами в соціальному розвитку, які відображають перехід від залежного дитинства до більш самостійного способу життя та відповідальності за власні дії;
3. Трансформацією основної діяльності, коли навчання поступово відходить на другий план, а в центрі стає активне спілкування з однолітками;
4. Утвердженням власного «Я», пошуком та формуванням власної позиції у міжособистісних стосунках;
5. Самопізнанням через взаємодію зі світом дорослих та відчуттям причетності до світу однолітків.

У цьому віці підлітки прагнуть зменшити психологічну залежність від батьків. Різноманітні поведінкові реакції обумовлені як психологічними, так і фізіологічними змінами. Нерівномірне статеве дозрівання та особливості фізіологічного розвитку безпосередньо впливають на поведінку підлітків, проявляючи себе через емоційну нестійкість і різкі перепади настрою [4].

Особистісні кризи можуть виникати навіть у звичайних ситуаціях. Водночас існують події, які для більшості людей мають кризовий характер: початок відвідування дитсадка, вступ до навчального закладу, підлітковий

період, випускний, початок роботи, народження дитини в сім'ї чи вихід на пенсію [30]. Такі події визначаються як кризи розвитку, на відміну від випадкових криз, що спричиняються зовнішніми обставинами, наприклад безробіттям, стихійними лихами, інвалідністю чи міграцією. Під час вікової кризи формуються найбільш значущі потреби, адже вона є одночасно і загрозою, і потенційною можливістю для особистісного зростання.

Еволюція уваги підлітка стає основою зміни поведінкових стратегій: старі моделі зберігаються частково, одночасно виникають нові інтереси та потреби. Цей період часто називають фазою негативного розвитку, коли підліток демонструє заперечення, оскільки попередня система інтересів поступово втрачає значення, а виникають нові органічні імпульси. Психологи порівнюють це з процесом будівництва: стара нервова система руйнується, як будівля після катастрофи, а поступово формуються нові інтереси, зокрема пов'язані із сексуальним бажанням.

Для підлітків характерні невпевненість, дратівливість, збудливість, швидка втомлюваність, раптові зміни настрою та трансформація авторитетів. З часом статевий потяг набуває більш прихованих форм [9]. У цей період продуктивність може знижуватися, проявляючись у проблемах з навчанням, конфліктах, тривожності та дратівливості. Також формується нова взаємодія між конкретним і абстрактним мисленням.

Протягом останніх півстоліття тривають теоретичні дискусії щодо ролі біологічних і соціальних чинників у виникненні критичних явищ розвитку підлітків. Зміни в організмі підлітка лежать в основі різних теорій про біологічні умови моральної кризи. Представники біологічного напрямку пов'язують особистісні зміни саме з фізіологічним розвитком. Психопаналітики, зокрема З. Фрейд і А. Фрейд, вважали, що статеве дозрівання відповідає генітальній стадії, а накопичення сексуальної енергії до цього моменту є передумовою дисбалансу у структурі особистості [28].

С. Холл (1844–1924) описував підлітковий вік як романтичний період у розвитку особистості, період «бур і потрясінь», підкреслюючи труднощі

зростання, емоційну нестійкість та конфліктність, але також і позитивне набуття сенсу та індивідуальності [26]. Е. Шпрангер визначав підлітковий період як кризовий етап морального розвитку, що супроводжується звільненням від дитячої залежності. С. Буллер підкреслював біологічну складову, виділяючи підвищену чутливість, дратівливість, неспокій, фізичну та психічну слабкість, примхливість і незадоволеність собою [27].

Моральний розвиток підлітка проходить три етапи: поверхневий, помірний і глибокий. Поверхнева криза проявляється тривожністю, дратівливістю, негативними емоціями та нерішучістю; початок підліткової кризи припадає на 11–12 років. Криза помірності супроводжується фізичними труднощами, а глибока криза – роздратуванням, самоаналізом та турботою про зовнішність. На цьому етапі важливу роль відіграє статевий потяг: розчарування в першому коханні може викликати глибоку депресію [26].

Вікова криза є радикальною трансформацією системи досвіду підлітка, його структур і змісту життя. Протиставлення дорослим і спроби завоювати нові позиції – звичне явище цього періоду. Підлітки прагнуть перевірити свої сили, розширити межі незалежності, усвідомити власні здібності та задовольнити потребу в самоствердженні. Процес проходить три фази: негативну (руйнування старих стереотипів), критичну (загострення суперечностей) та посткритичну (формування нових структур) [9].

Моральні уявлення, переконання і принципи поступово формують поведінку підлітка. Вони часто створюють власну систему норм, що не узгоджена з дорослими. Важливим аспектом є розвиток самосвідомості та самооцінки, коли підліток активно досліджує себе, порівнює з іншими та аналізує власний досвід. Самооцінка стає критичною, а успіх у діяльності значно впливає на її формування. Період змін завершується становленням особистого стилю, або «самовизначенням», яке характеризується усвідомленням себе як члена суспільства та визначенням власних життєвих цілей [6].

1.3. Психологічні детермінанти порушень харчової поведінки у підлітків: види, прояви та специфіка

Протягом останніх десяти років спостерігається зростання кількості психічних розладів серед підлітків. Особливо уразливою є група дітей із розладами харчової поведінки, оскільки крім психологічних чинників, захворювання негативно впливає на функціонування всього організму.

Підлітки з харчовими розладами часто приховують або не усвідомлюють симптоми свого стану, що створює значну небезпеку, оскільки ефективна боротьба із захворюванням потребує комплексного підходу та оперативного надання допомоги [37].

Попри численні дослідження, точні причини розвитку харчових розладів поки що залишаються не встановленими. Проте виділяють низку потенційних факторів [41]:

1. Генетичні чинники – за даними Л. Кронбаха, особи, родичі яких страждають на харчові розлади, мають у восьми разів більший ризик розвитку цих захворювань. Дослідження близнюків підтверджують підвищену схильність до подібних харчових звичок та розладів. Також виявлено, що певні хромосоми можуть бути пов'язані з виникненням анорексії та булімії.

2. Біопсихосоціальні чинники – за О. Скугалевським, формування харчових розладів, таких як нервова анорексія, булімія та переїдання, пов'язане із сімейними проблемами, негативним сприйняттям власного тіла, упередженнями щодо їжі. Важливим є комплексний аналіз факторів, що впливають на поведінку, думки про вагу та контроль харчування [41].

3. Культурно-медійні чинники – В. Ромацький зазначає, що медіа суттєво впливає на уявлення людей про ідеали краси, пропагуючи нереалістичні образи тіла та спотворену культуру схуднення. При цьому широко доступні висококалорійні продукти лише посилюють проблему.

4. Особистісні фактори – згідно з Д. Карвасарським, харчові розлади відображають несвідому внутрішню боротьбу особистості, її самосприйняття,

пережиті травми або повторювані соціальні проблеми.

5. Психологічні чинники – за З. Фрейдом, формування захворювання пов'язане з емоційною нестабільністю, почуттям провини, низькою самооцінкою, підвищеною схильністю до навіювань та залежністю від оцінки оточення. Підлітки, що переживають вікову кризу, належать до групи ризику [41].

У сучасному суспільстві невдоволення власним тілом часто стало нормою і тісно пов'язане з бажанням схуднути. Неможливість досягти бажаної ваги може значно впливати на настрій і самооцінку. Американські дослідники також вивчали стратегії саморегуляції та суб'єктивне благополуччя підлітків із недавно діагностованими харчовими розладами або тими, хто перебуває у групі ризику.

Такі підлітки, які знаходяться на межі правильної та патологічної харчової поведінки, повідомляють про широкий спектр стратегій контролю ваги та характеризуються низькою задоволеністю життям. Серед цих стратегій виділяють активний пошук інформації про втрату ваги в Інтернеті, самоконтроль та ведення харчових щоденників [41].

Найпоширеніші прояви харчових розладів у підлітковому та ранньому дорослому віці включають:

- обмеження харчування, переїдання, булімію;
- процедури очищення шлунково-кишкового тракту;
- примусові фізичні навантаження та значний вплив на самооцінку

щодо тіла та ваги [6].

Нервова анорексія зазвичай проявляється в середині підліткового віку, а нервова булімія – у пізніші роки підліткової стадії [13]. Деякі симптоми пов'язані зі статевим дозріванням, оскільки підлітки відчують загальне незадоволення віком і постійно порівнюють себе з ідеалізованими образами в медіа та соціальних мережах. Доступність Інтернету посилює цей процес, роблячи нав'язливі порівняння практично постійними.

Статеве дозрівання та підлітковий вік виступають ключовими

тригерами розвитку харчових розладів. Молоді люди стикаються з такими викликами:

- змінами у тілі та вазі;
- гормональними змінами, що стимулюють нові мотивації;
- новими культурними, сексуальними, інтелектуальними та соціальними очікуваннями.

Ці процеси регулюються мозком, який сам перебуває у стані постійної анатомічної та хімічної трансформації. Однак зазначені подразники є неспецифічними.

Підлітки з проявами зовнішньої харчової поведінки часто мають труднощі у розпізнаванні та контролі власних емоцій, а також схильні до самокритики та самозвинувачень [38].

Виділяють три основні типи проблемної харчової поведінки:

1. переїдання;
2. емоційне харчування;
3. обмеження в харчуванні.

Зовнішня харчова поведінка проявляється у посиленій реакції на зовнішні стимули (обідній стіл, присутність інших людей, реклама їжі) та відсутності адекватної реакції на внутрішні гомеостатичні сигнали організму.

Люди з ожирінням, які проявляють зовнішню харчову поведінку, споживають їжу незалежно від часу останнього прийому. У таких випадках доступність продукту є визначальним чинником харчової активності. Ця риса часто призводить до переїдання в компанії інших, частих перекусів на вулиці, надмірного споживання їжі під час відвідувань та покупок у магазинах. Особа з зовнішньою харчовою поведінкою не зможе пройти повз кіоск із морозивом, кондитерську чи вітрину продуктового магазину, очікуючи, доки певний продукт не зникне – вона з'їсть його, щойно побачить. Для людей із нормальною вагою реакція на зовнішні харчові стимули посилюється лише у стані голоду, при цьому її інтенсивність пропорційна інтервалу між прийомами їжі і залежить від кількості та складу спожитої їжі. У пацієнтів із

ожирінням подібна закономірність не спостерігається. Посилена реакція на зовнішні харчові подразники проявляється не лише у підвищенні апетиту, а й у поступовому зменшенні ситості.

У 1950 році П. Шілдер визначив образ тіла як «образ нашого тіла в нашій свідомості – те, як тіло сприймається нами». Сучасне трактування цього терміна охоплює суб'єктивну здатність людини усвідомлювати свої частини тіла як власні та визначати фізичні обмеження. Формування образу тіла відбувається через складну взаємодію самоспостереження, оцінок оточення, власного ставлення, емоцій, спогадів, фантазій та свідомих і несвідомих переживань [39].

Р. Бернс підкреслював значення оцінок однолітків у формуванні ставлення до власного тіла. Підлітки обох статей особливо чутливі до порівняння своєї зовнішності з іншими і прагнуть відповідати усталеним стандартам маскулінності та фемінності. Водночас їхні уявлення про красу часто перебільшені та нереалістичні [39].

Дослідження університету Хопкінса виявило зв'язок між самооцінкою, сприйняттям зовнішності та поведінкою першокурсників коледжу. У дівчат незадоволення власним тілом тісно пов'язане з низькою самооцінкою, причому вони демонструють більш негативний образ тіла, ніж хлопці. Попри регулярні фізичні вправи, дівчата зберігають низьку самооцінку, тоді як спорт і збалансоване харчування сприяють покращенню сприйняття власного тіла та підвищують загальну самооцінку. Для молодих жінок контроль над тілом і вагою може компенсувати негативну самооцінку, формуючи відчуття переваги над іншими. У хлопців лише один аспект образу тіла істотно впливає на самооцінку – відповідність маскулінності, що проявляється у фізичній формі та ваговій категорії [47].

Дослідження 2019 року Лондонського університету Королівського коледжу під керівництвом професора Дж. Шена показало, що дівчата-підлітки частіше, ніж хлопці, публікують у соціальних мережах фотографії інших людей та їжі. Вони активніше приділяють увагу зовнішньому вигляду та

харчуванню, що пов'язано з підвищеним прагненням до худоби та незадоволенням вагою. Підлітки, які активно ведуть сторінки в Instagram та Snapchat, частіше пропускають прийоми їжі, дотримуються строгих дієт, збільшують фізичні навантаження, постійно порівнюють себе з іншими і переоцінюють власну зовнішність [49].

Таким чином, серед підлітків чинниками, що сприяють розвитку харчових розладів, є:

- низька самооцінка;
- незадоволеність власним зовнішнім виглядом;
- недовіра у стосунках;
- невідповідність поставлених цілей до досягнутих результатів;
- емоційна самотність та відсутність відчуття безпеки;
- прагнення до досконалості та надмірний перфекціонізм,

спрямований на себе;

- високі вимоги з боку оточення;
- сильний вплив соціальних мереж із нереалістичними образами

тіла та стилю життя.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз проблеми розладів харчової поведінки у підлітків дозволяє окреслити комплексну картину сучасного стану досліджень у цій сфері та виділити ключові аспекти, що визначають психічне й фізичне здоров'я молоді. Розглянуті підходи показують, що харчова поведінка є багаторівневою системою, яка формується під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Вона не обмежується задоволенням фізіологічних потреб, а включає значущий емоційний та смисловий компонент, відображає ставлення особистості до власного тіла, соціальних норм і культурних цінностей. Складність харчової поведінки підлітків зумовлюється поєднанням внутрішніх (фізіологічних, емоційних, когнітивних) і зовнішніх (соціальних, медійних, економічних)

детермінант, що визначають як адекватні, так і дезадаптивні моделі споживання їжі.

Аналіз вікових особливостей підліткового періоду засвідчує, що цей етап розвитку характеризується фізіологічною нестійкістю, емоційною лабільністю, трансформацією соціальної взаємодії та пошуком власної ідентичності. Підліткова криза, як переломний етап розвитку, створює передумови для формування нових поведінкових стратегій і систем цінностей, водночас підвищуючи ризик виникнення психоемоційних проблем. Саме в цей період особливо чутливо проявляються психологічні детермінанти харчової поведінки: низька самооцінка, тривожність, схильність до самокритики, соціальна та медійна мобілізація ідеалів тіла, а також неспроможність адекватно регулювати власні емоції.

Теоретичні підходи до класифікації розладів харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія та інші специфіковані форми) дозволяють виділити їхні клінічні прояви та психосоціальні чинники ризику. Особливу увагу приділено генетичній схильності, біопсихосоціальним впливам, культурно-медійним стандартам краси, особистісним характеристикам і психоемоційним станам підлітків. Ці фактори взаємодіють і створюють передумови для виникнення дезадаптивних моделей харчової поведінки, що, у свою чергу, негативно впливає на фізичний стан, соціальну адаптацію та якість життя.

Висновки розділу підкреслюють необхідність комплексного підходу до дослідження харчової поведінки підлітків, що враховує взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників, а також вікові та гендерні особливості. Теоретично обґрунтовано, що ефективне профілактичне й корекційне втручання потребує не лише медичного та дієтологічного контролю, а й психологічної підтримки, формування здорових моделей харчової поведінки, розвитку саморегуляції та позитивної самооцінки. Таким чином, дослідження психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки в підлітковому віці забезпечує фундамент для розробки науково

обґрунтованих профілактичних, психокорекційних та освітніх програм, спрямованих на підвищення психофізіологічного благополуччя молоді.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Розділ присвячено методичним засадам емпіричного дослідження психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітків. Описано організаційні, емпіричні, обробки даних та інтерпретаційні методи, обґрунтовано вибір психодіагностичного інструментарію. Висвітлено застосування шкал самооцінки, тривожності, самотності, тілесної саморефлексії та опитувальника EDE-Q для комплексного аналізу факторів, що впливають на харчову поведінку підлітків.

2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик дослідження

Психологія як самостійна наукова дисципліна має власний об'єкт, предмет і розгалужену систему методів, що дозволяють досліджувати психічні явища, стани та особистісні характеристики. Опанування цими методами, розуміння їхніх можливостей та обмежень, а також вміння адекватно добирати інструменти до конкретних дослідницьких завдань відкриває шлях до ґрунтовного аналізу індивідуально-психологічних особливостей підлітків і застосування цих знань у психодіагностиці, консультуванні, профілактиці та корекційній роботі. У рамках нашого дослідження особливу увагу приділено вивченню специфіки харчової поведінки підлітків та її взаємозв'язку з психологічними чинниками, такими як емоційна регуляція, рівень тривожності та самосприйняття. Це потребує методологічно обґрунтованого підбору та застосування психологічних інструментів.

Відповідно до класифікації Б. Ананьєва, методи психологічного дослідження поділяються на чотири основні групи [29], кожна з яких виконує специфічну функцію у дослідженні, доповнює інші та забезпечує комплексність отриманих результатів.

1. Організаційні методи. Ця група включає способи планування

дослідження, визначення логіки, структури та послідовності дій. Порівняльний метод дозволяє зіставляти різні групи підлітків (за віком, статтю, соціальним середовищем) для виявлення закономірностей і відмінностей у прояві харчової поведінки, саморегуляції та емоційної стійкості. Лонгітюдний метод передбачає багаторазове обстеження однієї групи у різні періоди, що дозволяє відстежувати динаміку розвитку харчової поведінки та психологічних характеристик. Комплексний метод передбачає одночасне застосування кількох підходів і, за потреби, залучення фахівців суміжних дисциплін (педагогів, лікарів, соціологів), що дозволяє інтегрувати різнорівневі показники – психологічні, фізіологічні та соціальні.

2. Емпіричні методи. Ці методи спрямовані на безпосереднє отримання даних про поведінку та психічні особливості підлітків. Спостереження дозволяє фіксувати прояви харчової поведінки, реакції підлітків на стресові ситуації та міжособистісну взаємодію. Самоспостереження дає змогу отримати суб'єктивні дані про власні емоції, думки та звички щодо харчування. Експеримент (лабораторний або польовий) допомагає виявляти причинно-наслідкові зв'язки між психологічними чинниками і проявами харчової поведінки. Психодіагностичні методи (опитувальники, шкали, тести, проєктивні техніки) дозволяють оцінити рівень тривожності, самосприйняття, емоційної регуляції та когнітивних особливостей, що можуть бути пов'язані з порушеннями харчової поведінки. Аналіз продуктів діяльності (щоденники харчування, творчі завдання) та моделювання поведінкових сценаріїв дозволяє дослідити індивідуальні особливості та мотиваційні чинники.

3. Методи обробки даних. Для переходу від первинних результатів до систематизованих висновків використовують математико-статистичні та якісні підходи. Кореляційний і дисперсійний аналіз допомагає визначати зв'язки між психологічними показниками та харчовою поведінкою, а факторний аналіз – виділяти структурні компоненти порушень харчової поведінки. Якісний аналіз дозволяє глибоко інтерпретувати контекст проявів порушень харчової поведінки, їхню психологічну функцію та значення для

особистісного розвитку підлітка.

4. Інтерпретаційні методи. Ці методи дозволяють осмислити результати в рамках теоретичних моделей. Генетичний підхід орієнтований на вивчення розвитку харчової поведінки підлітка протягом онтогенезу, а структурний метод допомагає виділити внутрішню організацію феномену та типологізувати підлітків за рівнем схильності до порушень харчової поведінки, емоційної регуляції та самосприйняття.

Вибір методів визначається кількома критеріями: адекватністю предмету дослідження, об'єктивністю та здатністю відображати динаміку психічних явищ. Об'єктивність забезпечується стандартизованими інструментами, чіткими інструкціями та мінімізацією впливу суб'єктивних факторів. Надійність результатів досягається через стабільність показників при повторних вимірюваннях, а валідність – через відповідність інструментів характеристикам, що досліджуються.

Для нашого дослідження був підібраний комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити соціально-емоційні та когнітивні аспекти підліткової поведінки, включно з емоційною компетентністю, регуляцією поведінки, особливостями міжособистісних стосунків та групової динаміки. Такий підхід забезпечує багатовимірний аналіз чинників, що впливають на формування та прояви порушень харчової поведінки у підлітковому віці.

2.2. «Методика «Шкала самооцінки» (підлітковий, юнацький вік)»

Мета методики. Методика спрямована на діагностику рівня самооцінки особистості підлітків та юнаків. Вона дозволяє визначити, як особистість оцінює себе, свої здібності, морально-етичні якості, вчинки та соціальне становище. Оцінка самооцінки дає змогу виявити емоційне ставлення до власного «Я», визначити внутрішні ресурси особистості та виявити можливі труднощі у саморозумінні та міжособистісних стосунках.

Процедура проведення. Респондент отримує опитувальник із 32 тверджень. Перед початком дослідження проводиться коротка інструкція: «Уважно прочитайте запропоновані твердження та оберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашому стану та судженню». Для кожного твердження пропонуються п'ять варіантів оцінки: дуже часто – 4 бали; часто – 3 бали; інколи – 2 бали; рідко – 1 бал; ніколи – 0 балів. Респондент самостійно обирає найбільш відповідний варіант відповіді, фіксуючи його у бланку. Дослідження проводиться у спокійній атмосфері, без поспіху, що дозволяє підліткам усвідомлено оцінити власні переживання та ставлення до себе.

Процедура обробки результатів. Для кожного респондента сумуються бали за всі 32 питання, отримуючи загальний показник самооцінки. Результати оцінюються за трьома рівнями високий рівень самооцінки: 0–43 бали; середній рівень самооцінки: 44–86 балів; низький рівень самооцінки: 87–128 балів. Отримані дані дозволяють визначити загальний рівень позитивного або негативного ставлення підлітка до себе, виявити емоційні труднощі, а також співвіднести показники самооцінки з іншими психологічними характеристиками (тривожність, емоційна регуляція, соціальна адаптація).

2.3. Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела,

М. Фергюсона

Мета методики. Метою методики є виявлення та кількісна оцінка рівня суб'єктивного відчуття самотності як психологічного стану, що відображає особливості самосвідомості, міжособистісних взаємин та ступінь задоволеності соціальними контактами. Методика дозволяє визначити інтенсивність переживання самотності незалежно від фактичної кількості соціальних зв'язків, а також виявити як вимушену, так і суб'єктивно переживану самотність.

Процедура проведення. Дослідження проводиться індивідуально або у груповій формі. Респонденту пропонується опитувальник, що складається з

20 тверджень, які описують емоційні стани, пов'язані з міжособистісними контактами, почуттям прийняття або ізоляції. Обстежуваний має оцінити, як часто зазначені переживання виникають у його житті, обираючи один із чотирьох варіантів відповіді: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Важливою умовою є щирість відповідей та відсутність часових обмежень, що сприяє зниженню ситуативної тривожності та підвищує достовірність результатів.

Процедура обробки результатів. Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарної кількості балів за всіма пунктами опитувальника. Кожна відповідь оцінюється у діапазоні від 0 до 3 балів відповідно до інструкції. Загальний показник може коливатися від 0 до 60 балів. Інтерпретація результатів проводиться за трьома рівнями вираженості самотності: низький рівень (0–20 балів) свідчить про задоволеність соціальними контактами та відсутність значущих переживань ізолюваності; середній рівень (20–40 балів) вказує на періодичне відчуття самотності, що має ситуативний характер; високий рівень (40–60 балів) характеризує стійке та інтенсивне переживання самотності, що може негативно впливати на психологічне благополуччя та міжособистісне функціонування.

2.4. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)

Мета методики. Метою опитувальника EDE-Q є виявлення та кількісна оцінка основних когнітивних, емоційних і поведінкових проявів розладів харчової поведінки. Методика дозволяє діагностувати рівень патологічної заклопотаності їжею, масою тіла та формою тіла, а також схильність до обмежувальної харчової поведінки. EDE-Q спрямований на виявлення ключових симптомів, що відображають порушення регуляції харчування та негативні зміни образу тіла, які можуть впливати на психічне здоров'я та соціальне функціонування особистості.

Процедура проведення. Опитувальник застосовується індивідуально або у груповому форматі. Респонденту пропонується 28 запитань, що

стосуються його харчової поведінки, емоційних переживань та дій, пов'язаних із їжею, вагою і формою тіла протягом останніх 28 днів. Запитання охоплюють як когнітивні аспекти (думки, переконання, занепокоєння), так і поведінкові прояви. Відповіді надаються відповідно до інструкції методики з урахуванням частоти або інтенсивності проявів. Умовою проведення є забезпечення конфіденційності та створення психологічно безпечної атмосфери, що сприяє широті відповідей.

Процедура обробки результатів. Обробка результатів передбачає підрахунок показників за чотирма основними шкалами опитувальника: «Обмеження», «Занепокоєння щодо їжі», «Занепокоєння формою тіла» та «Стурбованість вагою». Для кожної шкали обчислюється середній бал відповідно до інструкції, після чого результати порівнюються з нормативними показниками та їх стандартними відхиленнями. Вищі значення свідчать про більшу вираженість симптомів розладів харчової поведінки. Отримані дані дозволяють оцінити загальний рівень ризику формування або наявності порушень харчової поведінки та використовуються для подальшого кореляційного аналізу з іншими психологічними показниками, зокрема самооцінкою, тривожністю та особливостями самосприйняття.

2.5. Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу

Г. Ложкіна і А. Рождественського

Мета методики. Метою методики є вивчення особливостей саморефлексії тілесного потенціалу особистості, зокрема способів усвідомлення, оцінювання та використання власних фізичних можливостей у процесі життєдіяльності. Опитувальник спрямований на визначення домінуючих типів ставлення до власного тіла, які відображають характер взаємодії тілесного досвіду з особистісною регуляцією, ціннісними орієнтаціями та соціальним функціонуванням. Методика дозволяє виявити роль тілесного компоненту у формуванні самосприйняття, саморегуляції та

адаптивної поведінки.

Процедура проведення. Методика застосовується індивідуально або у груповій формі. Респонденту пропонується опитувальник, що складається з 21 пункту, кожен з яких представлений у вигляді пари протилежних тверджень. Обстежуваному необхідно обрати те твердження, яке, на його думку, найбільш точно відображає реальний стан справ, та оцінити ступінь своєї згоди за шкалою від -3 до $+3$. Значення «1», «2» або «3» відображають міру впевненості у виборі відповідного твердження. Процедура проводиться без часових обмежень, що забезпечує усвідомлений характер відповідей і сприяє глибшій рефлексії власного тілесного досвіду.

Процедура обробки результатів. Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку кількісних показників за змінними, що входять до трьох основних факторів методики. Отримані сирі бали перетворюються у стандартні показники (стени) відповідно до нормативних таблиць. Перший фактор відображає конформний тип саморефлексії тілесного потенціалу, орієнтований на соціальні очікування та оцінки інших. Другий фактор характеризує особистісний тип саморефлексії, пов'язаний із самоорієнтацією, усвідомленим використанням тілесних ресурсів та досягненням життєвих цілей. Третій фактор відображає вітальний аспект сприйняття тіла як природної умови існування, що може виступати як ресурсом, так і обмеженням життєдіяльності. Інтерпретація результатів дозволяє визначити домінуючий тип тілесної саморефлексії та його значення для психологічного функціонування особистості. «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» [3].

2.6. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) в адаптації

О. Чабана

Мета методики полягає у виявленні та кількісній оцінці рівнів тривоги й депресії як складових психоемоційного стану особистості. Методика застосовується для скринінгу емоційних порушень, зокрема для визначення

ступеня вираженості тривожних і депресивних симптомів у підлітків і дорослих у межах психологічних та медико-психологічних досліджень.

Процедура проведення передбачає індивідуальне або групове обстеження. Респондентам пропонується відповісти на 14 тверджень, що описують різні емоційні стани та переживання за останній тиждень. Кожне твердження має чотири варіанти відповідей, які відображають інтенсивність переживань. Час виконання методики зазвичай становить 5–10 хвилин. Перед початком дослідження учасникам надається коротка інструкція з поясненням правил заповнення та наголошується на важливості щирих відповідей.

Процедура обробки результатів полягає у підрахунку сумарних балів окремо за шкалою тривоги (HADS-A) та шкалою депресії (HADS-D). Кожна підшкала має діапазон від 0 до 21 бала. Отримані результати інтерпретуються відповідно до нормативних значень: низький рівень (норма), помірно виражений рівень (прикордонний стан) та високий рівень, що свідчить про ймовірну наявність клінічно значущих тривожних або депресивних проявів. Узагальнені показники використовуються для аналізу психоемоційного стану досліджуваних та порівняння результатів у різних групах.

Висновки до другого розділу

У розділі, присвяченому методичним засадам емпіричного дослідження психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітків, було обґрунтовано науково-методологічний підхід до вивчення зазначеної проблематики та визначено логіку організації емпіричного дослідження. Аналіз сучасних наукових джерел засвідчує, що розлади харчової поведінки у підлітковому віці є складним багатофакторним феноменом, формування якого зумовлене взаємодією особистісних, емоційних, когнітивних і соціальних чинників. Це зумовлює необхідність застосування комплексного та системного підходу до їх дослідження.

Методологічною основою дослідження стала класифікація методів

психологічного пізнання за Б. Ананьєвим, що дало змогу інтегрувати організаційні, емпіричні, методи обробки даних та інтерпретаційні методи в єдину цілісну систему. Використання організаційних методів забезпечило чітке планування дослідження, визначення його етапів і логічної послідовності дій. Застосування емпіричних методів дозволило отримати достовірні дані щодо психологічних особливостей підлітків, пов'язаних із харчовою поведінкою, а методи статистичної обробки та інтерпретації результатів забезпечили їх об'єктивність і наукову обґрунтованість.

Емпіричне дослідження було організоване у три етапи: пошуково-теоретичний, емпіричний та аналітико-узагальнювальний. Така структура дала змогу послідовно перейти від аналізу теоретичних підходів і понять до безпосереднього збору емпіричних даних та їх глибокого аналізу. Вибірка дослідження, що складалася з підлітків віком 12–15 років, є репрезентативною для вивчення психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у межах освітнього середовища.

Особливу увагу було приділено добору психодіагностичного інструментарію. Застосований комплекс методик – шкала самооцінки Розенберга, методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона, опитувальник щодо розладів харчової поведінки EDE-Q, опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського, а також госпітальна шкала тривоги – дозволив охопити ключові психологічні змінні, що мають значення для формування та прояву порушень харчової поведінки у підлітків. Такий підхід забезпечує багатовимірний аналіз проблеми та дає змогу виявити взаємозв'язки між самооцінкою, емоційним станом, переживанням самотності, особливостями тілесного самосприйняття та специфікою харчової поведінки.

Отримані в ході дослідження дані створюють підґрунтя для глибшого розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі розвитку розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Інтерпретація результатів з позицій генетичного та структурного підходів дозволяє розглядати харчову поведінку

як динамічний процес, пов'язаний із загальним рівнем психологічної адаптації особистості та особливостями її самосвідомості.

Таким чином, методичні засади, використані в дослідженні, є науково обґрунтованими, валідними та адекватними поставленій меті. Вони забезпечують цілісність емпіричного дослідження та створюють умови для отримання надійних результатів, які можуть бути використані як у подальших наукових розвідках, так і в практичній діяльності психологів, спрямованій на профілактику та корекцію розладів харчової поведінки у підлітків.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

У розділі представлено аналіз поширеності та вираженості порушень харчової поведінки серед підлітків, а також здійснено порівняння психологічних характеристик підлітків із такими порушеннями та їхніх однолітків без них. Основну увагу зосереджено на вивченні самооцінки, емоційного стану, рівня тривожності, депресивних проявів, особливостей тілесного самосприйняття та саморефлексії.

3.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження

Організація емпіричного дослідження відбувалася у три етапи.

Перший етап – пошуковий, під час якого було проаналізовано джерела психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки, а також розкриття сутності понять «харчова поведінка», «розлад харчової поведінки», «нервова анорексія», «нервова булімія», «компульсивне переїдання», «орторексія», «дисморфічний розлад».

У ході проведення дослідження було підібрано ряд методик, що дають змогу вивчити та дослідити психологічні особливості прояву розладів харчової поведінки у осіб підліткового віку.

Другий етап – організація та проведення емпіричного дослідження, що містить підготовку онлайн опитувальників, використання методик емпіричного вивчення, інструкцій, бланків та проведення психодіагностики. Проведення емпіричного дослідження відбувалося за допомогою таких методик:

1. Шкала самооцінки Розенберга;
2. «Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона»;
3. «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)» ;

4. «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського;

5. «Госпітальна шкала тривоги» для підлітків в адаптації О. Чабана.

Третім етапом виступала обробка та статистичний аналіз результатів, отриманих під час дослідження, та узагальнення підсумків.

Дослідження проводилось на вибірці з 56 учнів, що навчаються у Ліцеї №38 імені Івана Павловського Полтавської міської ради. Вік респондентів – від 12 до 15 року. Дослідження було проведено впродовж осені 2025 року.

3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження прояву розладів харчової поведінки у осіб підліткового віку

Після обґрунтування методичних засад та добору психодіагностичного інструментарію логічним етапом дослідження є аналіз результатів емпіричного вивчення проявів розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Саме на цьому етапі відбувається узагальнення та інтерпретація отриманих емпіричних даних, що дозволяє перейти від теоретичних припущень до їх практичної перевірки та науково обґрунтованих висновків.

Аналіз результатів емпіричного дослідження спрямований на виявлення особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітків, а також на визначення взаємозв'язків між показниками харчової поведінки та психологічними чинниками, зокрема самооцінкою, рівнем тривожності й депресії, суб'єктивним відчуттям самотності та особливостями тілесної саморефлексії. Такий підхід дозволяє розглядати розлади харчової поведінки не як ізольований феномен, а як складне багатовимірне утворення, що формується під впливом емоційних, когнітивних та соціально-психологічних детермінант.

У даному пункті нашої магістерської роботи здійснюється детальний кількісний та якісний аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника EDE-Q та суміжних психодіагностичних методик. Особливу

увагу приділено порівнянню рівнів вираженості окремих компонентів розладів харчової поведінки, аналізу варіативності показників у межах вибірки та виявленню статистично значущих тенденцій. Інтерпретація результатів здійснюється з опорою на сучасні наукові підходи до розуміння психологічних механізмів формування.

Задля виявлення основних показників розладу харчової поведінки було використано методику «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE- Q)» (див. додаток А).

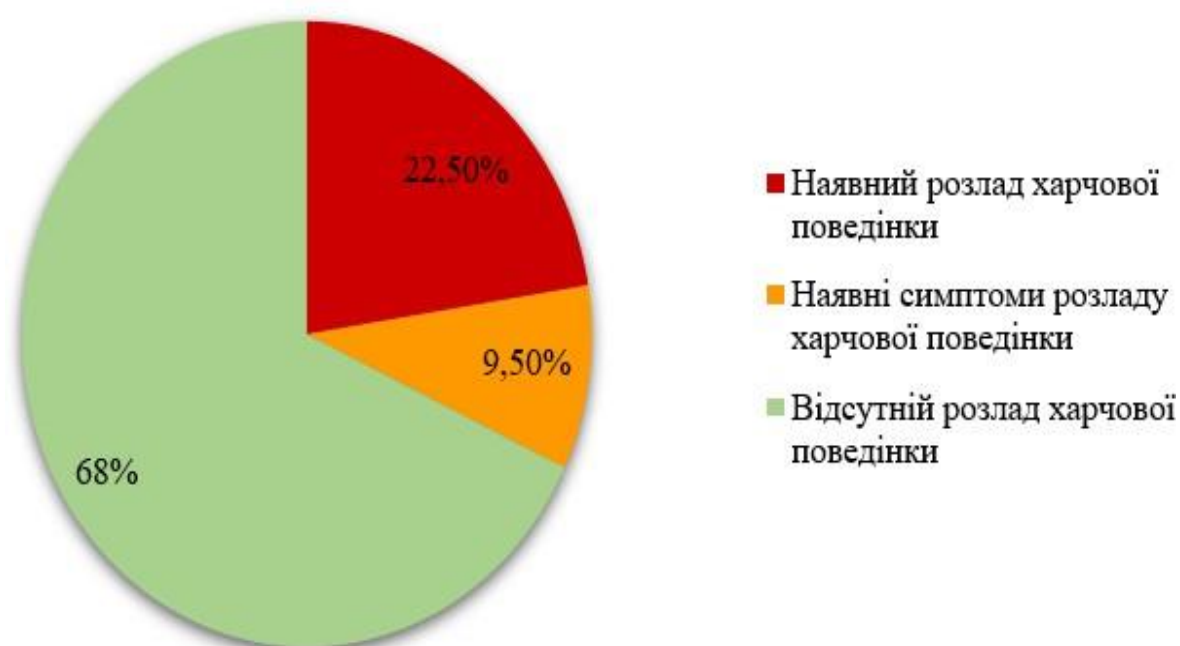


Рис. 3.2.1. Результати оцінки наявності розладу харчової поведінки в особистості групи підлітків за результатами методики «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)», %

На рис. 3.2.1. зображено відсоткове співвідношення оцінки наявності розладу харчової поведінки в підлітків. Аналіз показує, що 68% підлітків не мають ознак розладу харчової поведінки, що свідчить про переважну відсутність серйозних порушень у більшості респондентів. Для цієї групи характерні нормальні стосунки з їжею, адекватний контроль апетиту та відсутність компенсаторних стратегій. Відсутність симптомів також сприяє стабільній соціальній взаємодії та позитивному психофізичному стану.

Водночас 22,5% підлітків демонструють явний розлад харчової поведінки, тобто вже мають критичні симптоми, які можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я, самопочуття та соціальні взаємини. У цій групі підлітки можуть проявляти нав'язливу увагу до ваги і фігури, обмежувати харчування або вдаватися до компенсаторних дій після переїдання. Такі порушення несуть ризики для метаболізму, імунної системи, серцево-судинної системи та когнітивної діяльності. Соціально вони можуть відчувати ізоляцію або труднощі у спілкуванні з однолітками.

Ще 9,5% підлітків мають симптоми розладу харчової поведінки, але не у повній мірі. Це можуть бути початкові або субклінічні прояви, що виражаються у періодичному контролі апетиту, рідкісних епізодах переїдання або тимчасовій тривозі щодо ваги та зовнішності. Ця група перебуває на ранній стадії ризику розвитку серйозного розладу, тому їм потрібна увага та профілактичні заходи.

У цілому, хоча більшість підлітків не мають ознак розладів харчової поведінки, близько третини респондентів перебувають у групі ризику або вже мають явні симптоми, що підкреслює актуальність раннього виявлення, профілактики та психологічної підтримки для збереження психофізичного здоров'я та соціальної адаптації.

Розлади харчової поведінки (РХП) є складним та багатовимірним явищем у сфері психічного здоров'я, яке може мати серйозні та іноді незворотні наслідки для людини, впливаючи на фізичний стан, психологічне самопочуття та соціальну адаптацію. Постійне прагнення до худорлявості або ідеальної фігури часто стає всепоглинаючим, формуючи спотворене уявлення про власну цінність та підтримуючи замкнений цикл негативних думок і деструктивної поведінки.

Такі розлади супроводжуються депресією, тривожністю, почуттям сорому та низькою самооцінкою, що може посилювати ізоляцію та відчуженість. Практики, пов'язані з обмеженням харчування, переїданням або насильницьким позбавленням від їжі, часто призводять до хронічних проблем

зі здоров'ям, пошкодження життєво важливих органів та, у крайніх випадках, до летальних наслідків. Особи з РХП мають підвищений ризик суїцидальних думок і спроб, а також завершених самогубств. Розлади харчової поведінки значно загрожують загальному благополуччю людини, порушують міжособистісні стосунки, навчання та професійні прагнення.

У межах подальшого дослідження доцільно розділити вибірку на дві групи: осіб із наявним розладом харчової поведінки та тих, у кого таких ознак немає. Аналіз даних, представлених на рисунку 3.2.2, демонструє, що середні показники цих груп суттєво відрізняються, що підкреслює різницю у прояві поведінкових та психофізіологічних ознак між підлітками з наявним РХП та без нього.

Шкала «Обмеження» демонструє високі показники у групи підлітків із наявним розладом харчової поведінки (4,07 бали) і значно нижчі результати у групи без РХП (0,67 бала). Це свідчить про те, що у підлітків із розладом харчової поведінки проявляються характерні поведінкові патерни, такі як навмисне утримання від їжі, уникання прийому їжі, прагнення відчувати «порожнечу» у шлунку та дотримання власних строгих дієтичних правил.

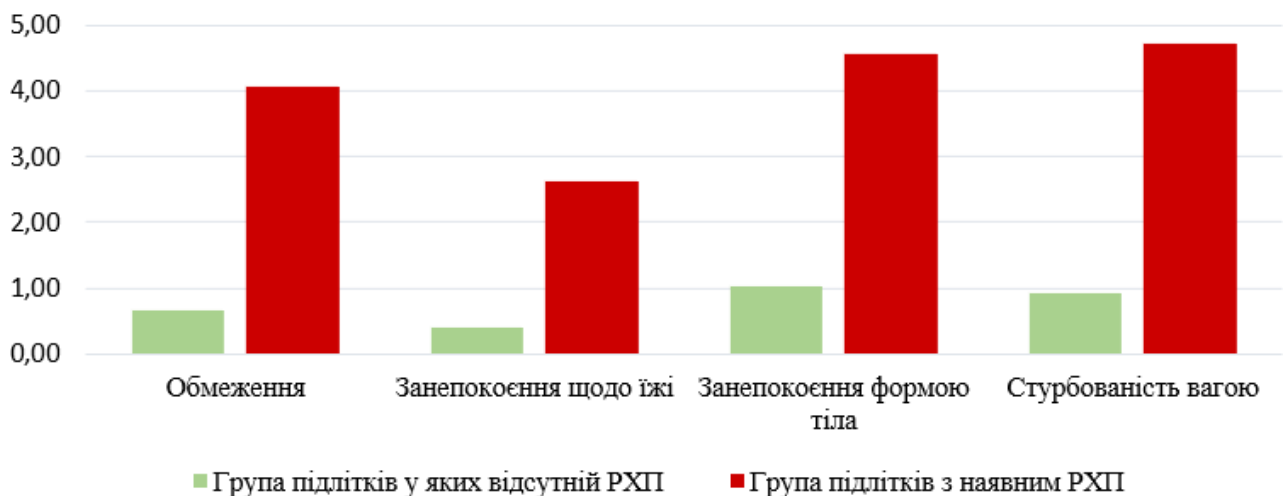


Рис. 3.2.2. Порівняльна характеристика основних показників розладу харчової поведінки в особистості у двох групах підлітків за результатами методики «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)»

Аналіз наданого графіка демонструє чіткі відмінності у рівнях основних показників розладів харчової поведінки (РХП) між підлітками з наявним РХП та тими, у кого РХП відсутній.

На шкалі «Обмеження» підлітки з наявним РХП мають високий середній показник (приблизно 4,07 бали), тоді як у групи без РХП цей показник низький (близько 0,67 бали). Це свідчить про характерні поведінкові стратегії утримання від їжі, прагнення до «порожнечі» у шлунку та суворого дотримання власних дієтичних правил серед підлітків із розладами.

Показник «Занепокоєння щодо їжі» також значно вищий у групи з РХП (близько 2,6 бали) порівняно з групою без РХП (приблизно 0,4 бали). Це свідчить про більшу тривожність щодо прийому їжі, часті думки про харчування та потенційні негативні емоції, пов'язані зі споживанням їжі.

«Занепокоєння формою тіла» демонструє ще більший розрив між групами: підлітки з РХП мають середній показник близько 4,5 бали, тоді як у групи без РХП він не перевищує 1 бал. Це підкреслює наявність сильного фокусування на зовнішньому вигляді, надмірної уваги до фігури та формування спотвореного уявлення про власне тіло у підлітків із розладом харчової поведінки.

Ще більш виразним є показник «Стурбованість вагою»: група з РХП набирає близько 4,7 бали, тоді як у підлітків без РХП цей показник лише близько 1 бали. Це вказує на високу тривогу, пов'язану з вагою, у підлітків із РХП, що може стимулювати деструктивні стратегії контролю ваги, включно з обмеженням харчування або переїданням.

У цілому графік демонструє, що підлітки з наявним розладом харчової поведінки системно мають значно вищі показники всіх ключових компонентів РХП, включно з обмеженням харчування, тривогою щодо їжі, надмірним фокусом на формі тіла та стурбованістю вагою. Відмінності між групами є виразними та свідчать про потребу у спеціалізованій підтримці та втручанні для підлітків з проявами РХП, тоді як підлітки без ознак розладу характеризуються здоровою харчовою поведінкою та відсутністю надмірної

тривоги щодо їжі та ваги.

Таблиця 3.2.1

Порівняльна характеристика основних показників розладу харчової поведінки в особистості у двох групах підлітків за результатами методики «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)»

Показник РХП	Група з РХП (середній бал)	Група без РХП (середній бал)	Інтерпретація/характеристика
Обмеження	4,07	0,67	Високий рівень обмеження харчування, суворе дотримання дієтичних правил у підлітків з РХП; у групи без РХП – низький рівень обмежень.
Занепокоєння щодо їжі	2,6	0,4	Підлітки з РХП часто переживають через їжу, думають про харчування та відчувають негативні емоції; у групи без РХП тривожність низька.
Занепокоєння формою тіла	4,5	1,0	Сильна увага до фігури та потенційне спотворене уявлення про власне тіло у групи з РХП; у здорових підлітків фокусування на формі тіла мінімальне.
Стурбованість вагою	4,7	1,0	Висока тривога щодо ваги у підлітків з РХП, що може стимулювати деструктивні стратегії контролю ваги; у групи без РХП – низька тривожність.

Для вивчення розладів харчової поведінки важливо визначити особистісні характеристики, які суттєво впливають на формування особистості. Одним із таких ключових факторів є самооцінка. Саме цьому буде присвячений наступний пункт нашої магістерської роботи.

3.3. Специфіка самооцінки у підлітків із розладами харчової поведінки

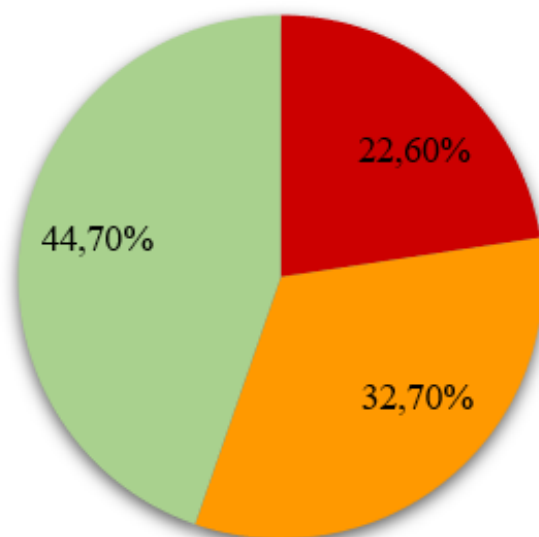
Самооцінка є одним із ключових психологічних утворень особистості підлітка, що суттєво впливає на формування поведінкових стратегій, емоційного реагування та способів взаємодії з соціальним середовищем. У

підлітковому віці вона набуває особливої чутливості та нестабільності, оскільки формується в умовах інтенсивних фізіологічних змін, переосмислення образу «Я» та зростання значущості оцінок з боку однолітків і соціального оточення. Саме тому порушення самооцінки розглядається сучасними дослідниками як один із провідних психологічних чинників ризику розвитку розладів харчової поведінки.

Аналіз наукових джерел свідчить, що підлітки з розладами харчової поведінки часто характеризуються заниженою або нестійкою самооцінкою, надмірною залежністю від зовнішніх оцінок та схильністю до самокритики, особливо у сфері тілесного образу та зовнішності. Невідповідність між реальним і ідеалізованим образом себе може зумовлювати внутрішню напругу, тривожність і прагнення до контролю над тілом та харчуванням як способом досягнення уявної самореалізації та соціального схвалення.

У даному підрозділі нашої кваліфікаційної роботи увага зосереджується на емпіричному аналізі особливостей самооцінки у підлітків із різним рівнем вираженості розладів харчової поведінки. Розгляд результатів ґрунтується на даних, отриманих за допомогою стандартизованої методики діагностики самооцінки, що дозволяє виявити не лише загальний рівень самооцінки, а й специфіку її проявів у контексті емоційного стану та самосприйняття підлітків.

Рівень самооцінки та її специфіку у респондентів оцінювали за допомогою методики «Шкала самооцінки» (для підліткового та юнацького віку) (див. додаток Б). Підсумковий бал дозволяє визначити рівень прояву самооцінки та оцінити її вплив на психічне здоров'я та загальний стан особистості.



■ Низький рівень ■ Середній рівень ■ Високий рівень

Рис. 3.3. Результати оцінки рівня самооцінки особистості групи підлітків за результатами методики «Шкала самооцінки» (підлітковий, юнацький вік), %

На рисунку 3.3 подано відсотковий розподіл рівнів сформованості самооцінки особистості. Представлені графічні дані дають змогу здійснити ґрунтовний аналіз особливостей прояву самооцінки серед досліджуваних підлітків у цілісному викладі без використання переліків. Так, майже половина опитаних, а саме 44,7%, характеризується високим рівнем самооцінки. Це свідчить про стійке позитивне ставлення до власної особистості, достатній рівень упевненості у власних можливостях та здатність об'єктивно оцінювати свої ресурси й досягнення. Підлітки з високою самооцінкою, як правило, демонструють більшу психологічну стійкість і є менш уразливими до різноманітних емоційних труднощів, зокрема до підвищеної тривожності, стресових реакцій або негативного сприйняття власного тіла.

Середній рівень самооцінки виявлено у 32,7% респондентів, що загалом відображає достатньо адекватне уявлення про себе та власні можливості. Водночас для таких підлітків характерні певні коливання впевненості залежно від конкретних життєвих обставин і соціального

контексту. Хоча їхня самооцінка зазвичай є відносно стабільною, вона може зазнавати впливу зовнішніх чинників, зокрема соціальних порівнянь, оцінок з боку значущих осіб або стресових подій, що позначається на емоційних переживаннях і поведінкових реакціях.

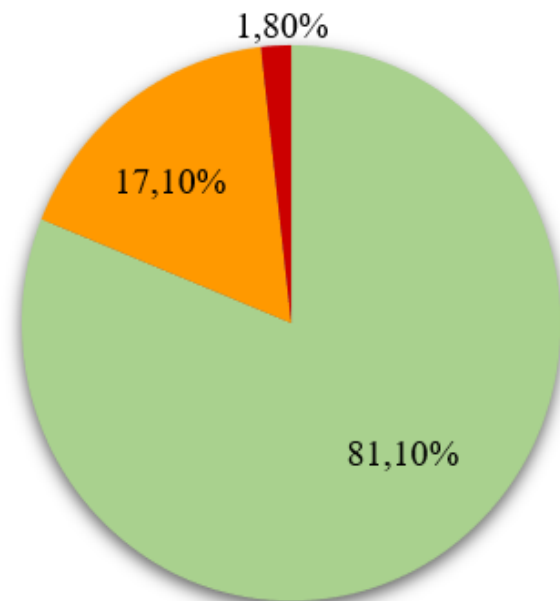
Низький рівень самооцінки зафіксовано у 22,6% досліджуваних підлітків. Такий показник свідчить про схильність цієї частини респондентів до надмірної самокритики, недооцінювання власних здібностей і можливостей, а також до підвищеної внутрішньої напруги. Підлітки з низькою самооцінкою є більш уразливими до різноманітних психологічних ризиків, зокрема до порушень у сфері харчової поведінки, пригніченого емоційного стану, труднощів у міжособистісній взаємодії та тенденції до соціального уникнення.

Загалом отримані результати свідчать про те, що переважна більшість підлітків – 77,4% – мають середній або високий рівень самооцінки, що відображає відносно сприятливий стан їхнього психологічного благополуччя та адаптаційних можливостей. Водночас наявність майже чверті респондентів із низькою самооцінкою актуалізує потребу в організації цілеспрямованої психологічної підтримки й реалізації превентивних заходів. Подібний аналіз є важливим для розуміння ролі самооцінки у формуванні харчової поведінки та інших ключових аспектів психологічного розвитку підлітків.

Другим суттєвим чинником у межах дослідження розладів харчової поведінки визначено переживання самотності та індивідуальні особливості його суб'єктивного сприйняття. Подальше вивчення рівня переживання самотності здійснювалося за допомогою методики «Суб'єктивне відчуття самотності» Д. Рассела та М. Фергюсона (див. додаток В), яка дозволяє оперативно оцінити інтенсивність відчуття самотності як вимушеного психологічного стану, так і такого, що може сприйматися особистістю як внутрішньо прийнятний або бажаний.

3.4 Оцінка рівня самотності та тривожності у підлітків із порушеннями харчової поведінки

Одним із важливих психологічних чинників, що суттєво впливають на емоційне благополуччя підлітків та особливості їхньої поведінки, зокрема харчової, є суб'єктивне відчуття самотності. У підлітковому віці потреба у прийнятті, належності до групи та емоційній підтримці з боку значущих інших набуває особливої актуальності, а порушення міжособистісних зв'язків або незадоволеність якістю соціальних контактів можуть спричиняти переживання ізольованості, відчуження та внутрішньої порожнечі. Саме ці переживання нерідко виступають психологічним тлом для формування дезадаптивних форм поведінки та емоційної регуляції.



■ Низький рівень ■ Середній рівень ■ Високий рівень

Рис. 3.4.1. Результати оцінки рівня самотності особистості групи підлітків за результатами методики «Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона», %

Подані на діаграмі результати відображають особливості розподілу рівнів переживання самотності серед підлітків і дають змогу зробити низку узагальнених висновків щодо їхнього емоційного стану та ступеня соціальної залученості. Аналіз цих даних свідчить про переважно сприятливу ситуацію у

досліджуваний вибірці, водночас окреслюючи групи підвищеного психологічного ризику.

Так, абсолютна більшість підлітків – 81,1% – характеризується низьким рівнем суб'єктивного відчуття самотності. Це вказує на те, що такі респонденти загалом відчують себе включеними у соціальне середовище, мають стабільні міжособистісні контакти та достатній рівень емоційної підтримки з боку однолітків і значущих дорослих. Відсутність інтенсивних переживань самотності у цієї групи може свідчити про сприятливий соціально-психологічний клімат, сформовані комунікативні навички та здатність вибудовувати підтримувальні взаємини, що забезпечують емоційний комфорт і почуття належності.

Водночас 17,1% опитаних продемонстрували середній рівень переживання самотності. Для цієї категорії підлітків характерними є епізодичні відчуття віддаленості від оточення, труднощі у встановленні або підтриманні контактів, а також ситуативний дефіцит соціальної підтримки. Подібний стан може бути зумовлений як зовнішніми обставинами, так і внутрішніми чинниками, зокрема віковими особливостями емоційної сфери, невпевненістю у собі або нестабільністю самооцінки. Для таких підлітків важливим є створення умов для соціально-психологічного супроводу, розвитку навичок міжособистісної взаємодії, емоційної саморегуляції та активнішого залучення до групових форм діяльності.

Найменшу частку вибірки – 1,8% – становлять підлітки з високим рівнем переживання самотності. Незважаючи на кількісну незначність, саме ця група потребує підвищеної уваги з боку фахівців, оскільки інтенсивне та стійке відчуття самотності може бути маркером емоційного неблагополуччя, внутрішніх психологічних конфліктів, формування негативного образу себе та труднощів у процесі соціалізації. У таких випадках переживання ізольованості може мати виражений суб'єктивний характер і не завжди бути очевидним для найближчого оточення, що ускладнює своєчасне виявлення проблеми.

Узагальнюючи отримані результати, можна зазначити, що загальна

картина є переважно позитивною, оскільки більшість підлітків не відчують вираженого почуття самотності. Разом із тим наявність груп із середнім і високим рівнем цього переживання актуалізує потребу у впровадженні превентивних психологічних заходів, спрямованих на зміцнення соціальних зв'язків, розвиток комунікативних умінь, формування емоційної стійкості та надання індивідуальної підтримки тим підліткам, які її найбільше потребують.

Оскільки для розладів харчової поведінки характерною є наявність супутніх психоемоційних станів, зокрема тривожних і депресивних проявів, у межах дослідження вони були виокремлені як третій і четвертий значущі чинники. З метою визначення ступеня вираженості тривоги та депресії було використано «Госпітальну шкалу тривоги і депресії» (HADS) (див. додаток Д), яка дозволяє оцінити як субклінічні, так і клінічно значущі прояви цих станів.

На рисунку 3.4.2 подано відсотковий розподіл показників тривожності та депресивності серед підлітків. Аналіз рівня тривожності свідчить, що у 45,3% респондентів ознаки тривоги відсутні, що вказує на відносно стабільний емоційний стан. Водночас у 17% опитаних зафіксовано субклінічний рівень тривожності, а у 37,7% – клінічно значущі прояви. Таким чином, загалом понад половина підлітків – 54,3% – переживає підвищений рівень тривоги, який може проявлятися у вигляді внутрішнього напруження, відчуття неспокою, дратівливості, емоційного дискомфорту та вегетативних реакцій. Зазначені переживання часто не мають чітко окресленого зовнішнього джерела й формуються під впливом індивідуального суб'єктивного досвіду та особливостей психоемоційної сфери підлітків.

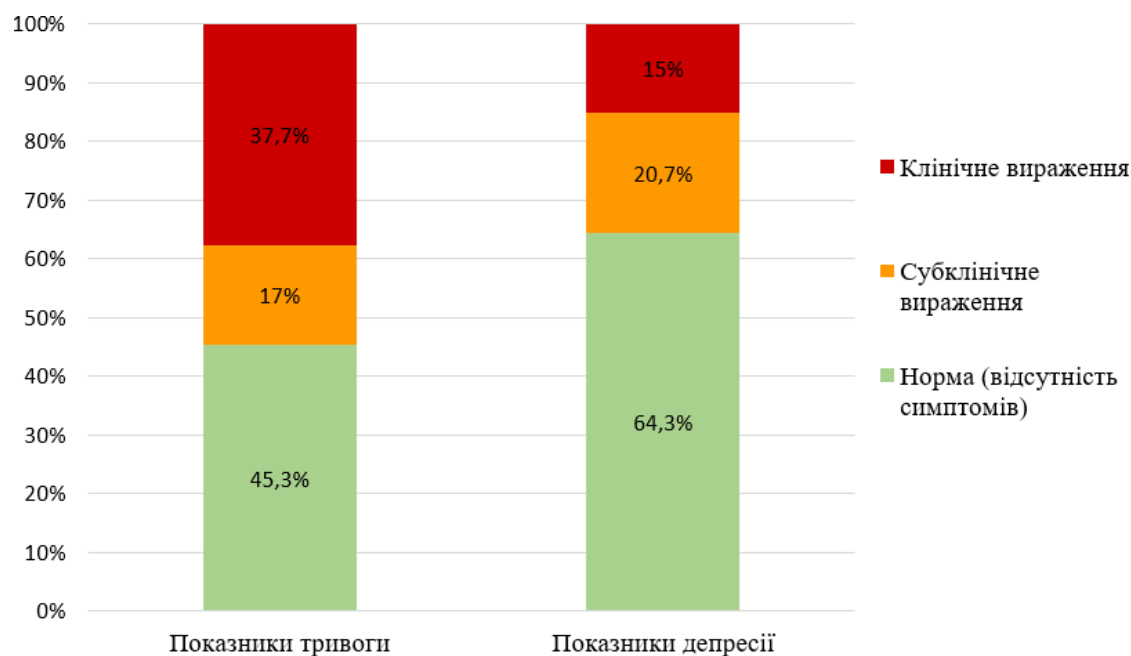


Рис. 3.4.2. Результати оцінки рівня тривоги та депресії в

особистості групи підлітків за результатами методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)», %

Представлені на діаграмі результати дозволяють комплексно оцінити рівні тривожності та депресивних проявів у підлітків, що є особливо важливим у контексті дослідження розладів харчової поведінки, де ці стани часто виступають додатковими психологічними чинниками.

Аналіз показників тривоги демонструє досить неоднорідну картину. Майже половина підлітків – 45,3% – не виявляють симптомів тривожності, що свідчить про їхню відносну емоційну стабільність, адаптивність і здатність справлятися з повсякденними навантаженнями. Водночас 17% опитаних мають субклінічні прояви тривоги, які можуть бути реакцією на високу чутливість до стресу, соціальну нестабільність або внутрішні переживання, але ще не досягають рівня, що порушує повсякденне функціонування. Найбільш тривожного значення набуває показник клінічної тривоги, який спостерігається у 37,7% підлітків. Такий відсоток є доволі високим і свідчить про значну частку молоді, яка переживає інтенсивне емоційне напруження, схильна до безпідставних хвилювань, труднощів у

концентрації, соматичних проявів та внутрішнього дискомфорту. Це вказує на потребу в психологічному супроводі й ранній профілактиці емоційних порушень.

Щодо депресивних симптомів ситуація виглядає дещо оптимістичнішою. У 64,3% підлітків відсутні прояви депресії, що свідчить про збережений емоційний фон, позитивний образ себе, достатній рівень підтримки та адаптаційних ресурсів. Субклінічні depressive симптоми спостерігаються у 20,7% респондентів. Ця група може переживати періодичну втрату настрою, відчуття втоми, невпевненість у власних силах або знижений інтерес до діяльності, однак такі прояви не стають стійкими чи дезадаптивними. Водночас 15% підлітків демонструють клінічно значущі симптоми депресії – це суттєвий показник, який свідчить про ризик розвитку більш глибоких емоційних порушень, що можуть негативно позначатися на самооцінці, соціальній активності, навчальній мотивації та загальному психічному самопочутті.

Порівнюючи рівні тривожності та депресії, можна помітити важливу особливість: тривожні прояви серед підлітків виявляються значно частіше й інтенсивніше, ніж депресивні. Це узгоджується з віковими закономірностями – підлітковий період супроводжується підвищеною емоційною реактивністю, чутливістю до оцінок, соціальними страхами та внутрішніми конфліктами, що частіше проявляються у формі тривоги. Однак наявність групи підлітків із клінічними формами як тривоги, так і депресії підкреслює важливість своєчасного виявлення таких станів, проведення профілактичної роботи, створення безпечного психологічного середовища та організації цілеспрямованої психологічної допомоги.

У цілому результати вказують на необхідність підвищеної уваги до емоційного благополуччя підлітків, оскільки значна частина з них перебуває у зоні ризику розвитку емоційних порушень, які можуть впливати на поведінкові реакції, самооцінку та загальну якість життя.

3.5. Порівняння показників самооцінки, самотності, тривожності та депресії у підлітків із РХП

На наступному етапі емпіричного дослідження було здійснено порівняльний аналіз середніх значень психологічних показників у двох групах підлітків: тих, у кого виявлено розлади харчової поведінки, та їхніх однолітків без ознак РХП. З метою підвищення наочності та коректності порівняння результати, отримані за різними психодіагностичними методиками, були попередньо масштабовані та приведені до єдиної числової шкали, що дозволило інтегровано представити дані на рисунку 3.4 і виявити загальні тенденції міжгрупових відмінностей.

Аналіз усереднених показників переконливо свідчить про наявність системних і стійких розбіжностей між досліджуваними групами за всіма ключовими психологічними параметрами. Найбільш виразними є відмінності у рівні самооцінки: підлітки без розладів харчової поведінки демонструють значно вищі середні значення цього показника, що вказує на більш позитивне та цілісне сприйняття себе, прийняття власної зовнішності й особистісних якостей. Натомість у групі підлітків з РХП зафіксовано помітно знижений рівень самооцінки, що може свідчити про домінування самокритичних установок, незадоволення власним тілом, підвищену чутливість до зовнішніх оцінок і схильність до порівняння себе з іншими. Саме такі особливості самосприйняття розглядаються у науковій літературі як один із провідних психологічних чинників виникнення та підтримання розладів харчової поведінки.

Не менш показовими є відмінності за шкалою суб'єктивного відчуття самотності. Підлітки без РХП у середньому характеризуються нижчим рівнем переживання самотності, що свідчить про кращу соціальну включеність, наявність емоційно значущих контактів та відчуття підтримки з боку оточення. У групі з розладами харчової поведінки спостерігається значно вищий рівень самотності, який може проявлятися у відчутті ізольованості, нерозуміння з боку однолітків і дорослих, а також у переживанні власної

непотрібності чи неприйняття. Такі стани часто сприяють формуванню дезадаптивних стратегій емоційної регуляції, зокрема через контроль їжі, ваги або зовнішності як спробу компенсувати дефіцит емоційної близькості.

Аналіз показників тривожності також виявив суттєві міжгрупові розбіжності. У підлітків без РХП середні значення тривоги перебувають у межах норми або наближаються до помірному рівня, що відповідає віковим особливостям і типовим стресовим навантаженням підліткового періоду. Водночас у групі з розладами харчової поведінки зафіксовано значно підвищений рівень тривожності. Це свідчить про схильність до постійного внутрішнього напруження, надмірної заклопотаності, страхів і очікування негативних подій, які часто концентруються навколо теми їжі, маси тіла, зовнішності та соціальної оцінки. Висока тривожність у таких підлітків може не лише передувати розвитку РХП, а й підтримувати їх перебіг, ускладнюючи процес психологічної допомоги.

Подібна закономірність простежується і в показниках депресивних проявів. Підлітки без РХП демонструють відносно низький середній рівень депресії, що свідчить про збережену емоційну активність, інтерес до життя та здатність переживати позитивні емоції. Натомість у групі підлітків з розладами харчової поведінки рівень депресивних симптомів значно вищий. Це може проявлятися у зниженому настрої, втраті життєвого тону, почутті безнадії, емоційній виснаженості та зниженні мотивації. Такий депресивний фон істотно ускладнює психологічний стан підлітків, підвищує ризик хроніфікації РХП та знижує ефективність самостійного подолання труднощів.

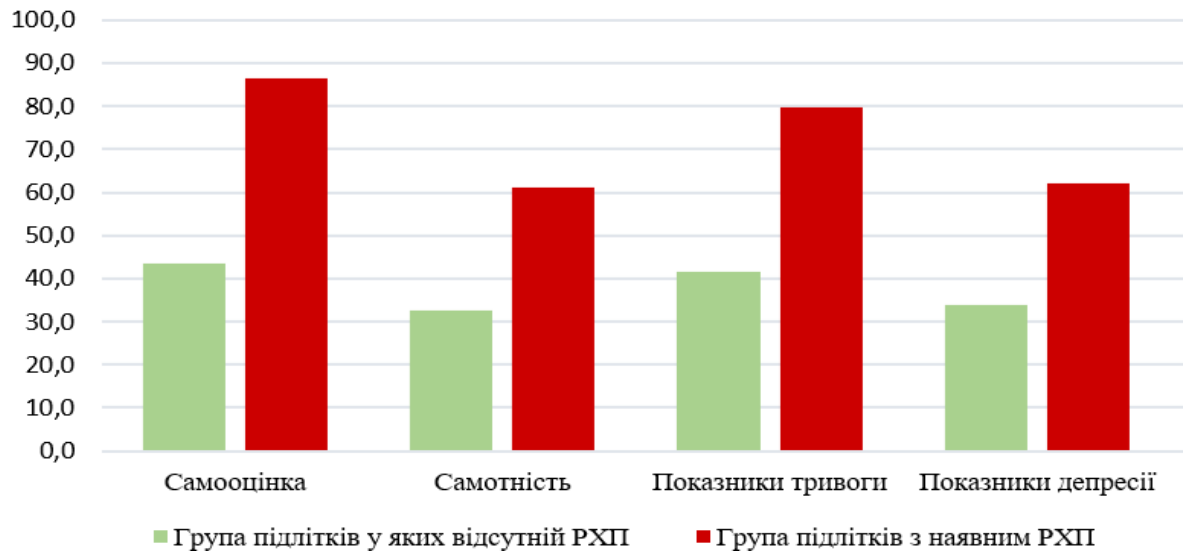


Рис. 3.5.1. Порівняльна характеристика між усередненими

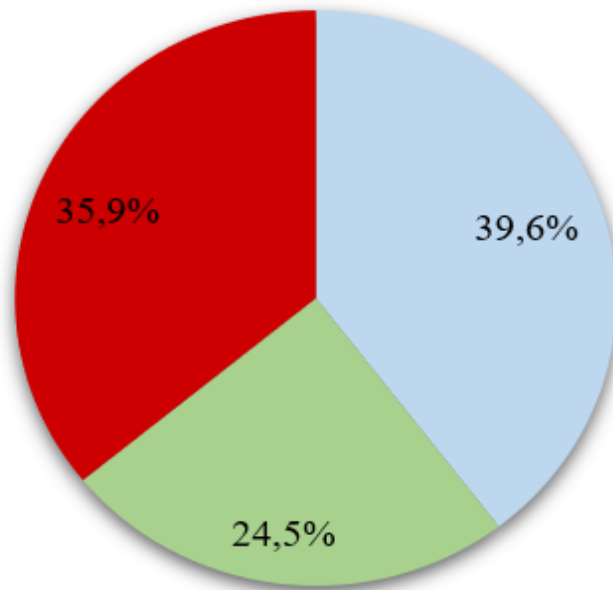
показниками шкал методик у двох групах підлітків

Узагальнюючи результати, представлені на рисунку 3.4, можна зробити висновок, що розлади харчової поведінки у підлітковому віці пов'язані не з ізольованими порушеннями, а з цілісним комплексом несприятливих психологічних характеристик. Підлітки з РХП відрізняються зниженою самооцінкою, підвищеним рівнем самотності, тривоги та депресії, що свідчить про глибоку емоційну й особистісну вразливість. Отримані дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги таким підліткам, який має бути спрямований не лише на корекцію харчової поведінки, а й на підвищення самоцінності, розвиток емоційної регуляції та відновлення повноцінних соціальних зв'язків.

3.6. Вплив саморефлексії тілесного потенціалу підлітків на порушення харчової поведінки

Наступним важливим чинником, що впливає на формування розладів харчової поведінки після почуття самотності, тривожності, депресії та самооцінки, є усвідомлення особистістю власного тілесного досвіду. Для його

дослідження була застосована методика «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу» Г. Ложкіна та А. Рождественського, яка дає можливість оцінити рівень рефлексії тілесних відчуттів та переживань людини (див. Додаток Е).



■ Вітальний тип ■ Особистісний тип ■ Конформний тип

Рис. 3.6.1. Результати оцінки типів саморефлексії в особистості групи підлітків за результатами методики «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського», %

На підставі поданої діаграми можна здійснити ґрунтовний аналіз особливостей саморефлексії тілесного потенціалу в підлітковому віці. Отримані результати ілюструють співвідношення трьох основних типів саморефлексії – вітального, особистісного та конформного, кожен з яких відображає специфічний спосіб усвідомлення, інтерпретації та оцінювання власного тіла й фізичних можливостей.

Найбільш поширеним серед підлітків виявився вітальний тип саморефлексії, який охоплює 39,6% вибірки. Такий показник свідчить про переважання безпосереднього, природного ставлення до власного тіла, за якого тілесні можливості осмислюються через відчуття життєвої енергії,

фізичного комфорту, сили та загального тону. Підлітки з домінуванням цього типу, як правило, краще орієнтуються у сигналах власного організму, більш чутливі до змін самопочуття та здатні адекватно реагувати на фізичні потреби. Їхнє тілесне самосприйняття є відносно гармонійним, а надмірна зосередженість на зовнішності або соціальних стандартах для них менш характерна, оскільки провідною залишається функціональність тіла та його здатність забезпечувати активне життя.

Особистісний тип саморефлексії зафіксовано у 24,5% респондентів, що свідчить про те, що майже чверть підлітків сприймає й оцінює власні тілесні можливості крізь призму особистісних смислів, самооцінки та індивідуального життєвого досвіду. У цьому випадку тіло інтегрується в цілісний образ «Я» і набуває символічного значення, пов'язаного з успіхами, невдачами, емоційними станами та внутрішніми переживаннями. Такий тип рефлексії може сприяти особистісному зростанню й усвідомленню власних ресурсів, проте водночас робить підлітків більш вразливими до стресових впливів, оскільки коливання настрою чи самооцінки безпосередньо відображаються на сприйнятті власного тіла.

Конформний тип саморефлексії становить 35,9% вибірки, що вказує на значну частку підлітків, для яких оцінювання тілесного потенціалу істотно залежить від зовнішніх чинників – думки однолітків, соціальних очікувань, культурних норм і домінантних стандартів зовнішності. Такі підлітки є більш чутливими до порівнянь і зовнішніх оцінок, що може зумовлювати появу невпевненості, внутрішнього напруження та незадоволеності власним тілом. У підлітковому віці, коли соціальне схвалення відіграє надзвичайно важливу роль, домінування конформного типу підвищує ризик формування негативного образу тіла та психологічних труднощів, пов'язаних із самоприйняттям.

Узагальнюючи отримані результати, можна констатувати наявність певної рівноваги між тілесним переживанням, особистісним осмисленням і соціально детермінованим сприйняттям тіла. Переважання вітального типу

загалом є позитивним показником, оскільки свідчить про відносно здорове та адаптивне тілесне самосприйняття. Водночас суттєва частка конформного типу актуалізує потребу у психологічній роботі, спрямованій на розвиток критичного ставлення до соціальних норм і зниження залежності від зовнішньої оцінки.

Подальший етап дослідження передбачав порівняльний аналіз типів саморефлексії тілесного потенціалу у двох групах підлітків – з наявними розладами харчової поведінки та без таких порушень. Відповідні результати представлені на рисунку 3.5.2. Порівняння засвідчило принципово різну структуру типів саморефлексії у зазначених групах. Серед підлітків із розладами харчової поведінки домінує конформний тип, який охоплює 50,0% респондентів. Другу позицію займає особистісний тип (41,6%), тоді як вітальний тип у цій групі представлений мінімально – лише у 8,3% випадків. Натомість у групі підлітків без РХП ситуація є протилежною: найпоширенішим є вітальний тип саморефлексії (48,8%), частка конформного типу є значно меншою (31,7%), а особистісний тип має найнижчий показник (19,5%).

Такий розподіл дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми, пов'язані з формуванням порушень харчової поведінки. Високий рівень конформності у підлітків із РХП свідчить про домінування зовнішніх критеріїв у сприйнятті власного тіла, орієнтацію на соціальні ідеали та залежність від оцінок оточення. Це створює передумови для внутрішнього напруження, самокритики та прагнення відповідати недосяжним стандартам, що часто реалізується через деструктивні харчові стратегії. Значна частка особистісного типу в цій групі вказує на те, що тілесний досвід тісно інтегрований у структуру «Я», однак за умов нестабільної або зниженої самооцінки така інтеграція може мати негативне емоційне забарвлення.

У підлітків без розладів харчової поведінки переважання вітального типу відображає більш природне та функціональне ставлення до тіла, орієнтоване на фізичне самопочуття, активність і внутрішні відчуття, а не на

відповідність зовнішнім стандартам. Така позиція виконує захисну функцію та знижує ймовірність формування порушень харчової поведінки. Наявність у цій групі конформного й особистісного типів свідчить про те, що соціальні та внутрішньоособистісні чинники є притаманними більшості підлітків, однак їхній вплив тут є менш вираженим.

Практичне значення отриманих результатів полягає у необхідності диференційованого психологічного впливу. Для підлітків із домінуванням конформного типу доцільними є інтервенції, спрямовані на зниження залежності від зовнішньої оцінки, розвиток критичного мислення щодо соціальних і медійних стандартів, а також формування стійкості до групового тиску. Для осіб з переважанням особистісного типу важливою є робота над стабілізацією самооцінки та навичками емоційної регуляції. У цілому ж для підлітків із розладами харчової поведінки найбільш ефективним є комплексний, мультидисциплінарний підхід, який поєднує психологічну, медичну та харчову підтримку.

Водночас слід ураховувати певні методологічні обмеження інтерпретації результатів. Подані діаграми відображають відсотковий розподіл показників, але не дають інформації щодо обсягу вибірки, статистичної значущості виявлених відмінностей або впливу додаткових змінних, таких як вік, стать чи соціокультурний контекст. У зв'язку з цим подальші дослідження доцільно доповнити статистичними методами аналізу та розширенням набору контрольних показників.

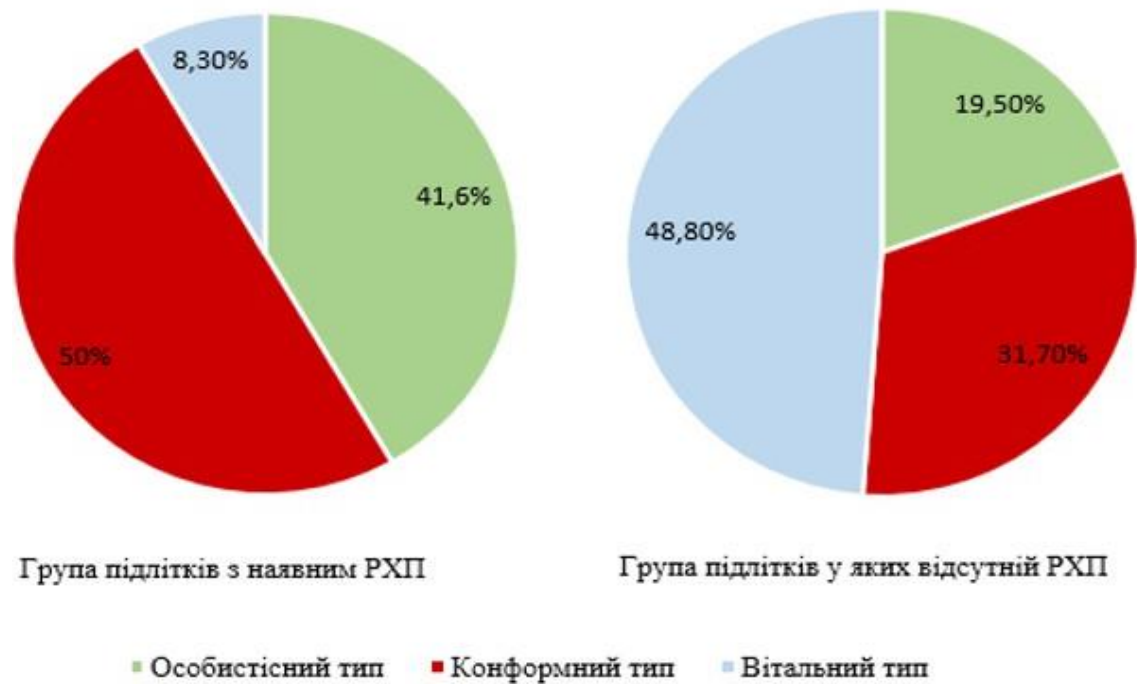


Рис. 3.6.2. Порівняльна характеристика типів саморефлексії тілесного потенціалу в особистості у двох групах підлітків за результатами методики «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського», %

Підсумовуючи, графіки чітко показують зв'язок між типом саморефлексії і наявністю РХП: домінування конформного та особистісного типів у групі з РХП вказує на підвищену вразливість до зовнішніх і внутрішніх факторів, що можуть сприяти розвитку порушень харчової поведінки, тоді як переважання вітального типу в групі без РХП відображає більш адаптивне тілесне самосприйняття. Це обґрунтовує потребу у спеціалізованих профілактичних і терапевтичних заходах, орієнтованих на зниження впливу соціального тиску та зміцнення внутрішньої самооцінки.

3.7. Статеві відмінності порушень харчової поведінки

Під час дослідження психологічних характеристик прояву розладів харчової поведінки у підлітків було виявлено, що результати істотно відрізняються залежно від статі учасників.

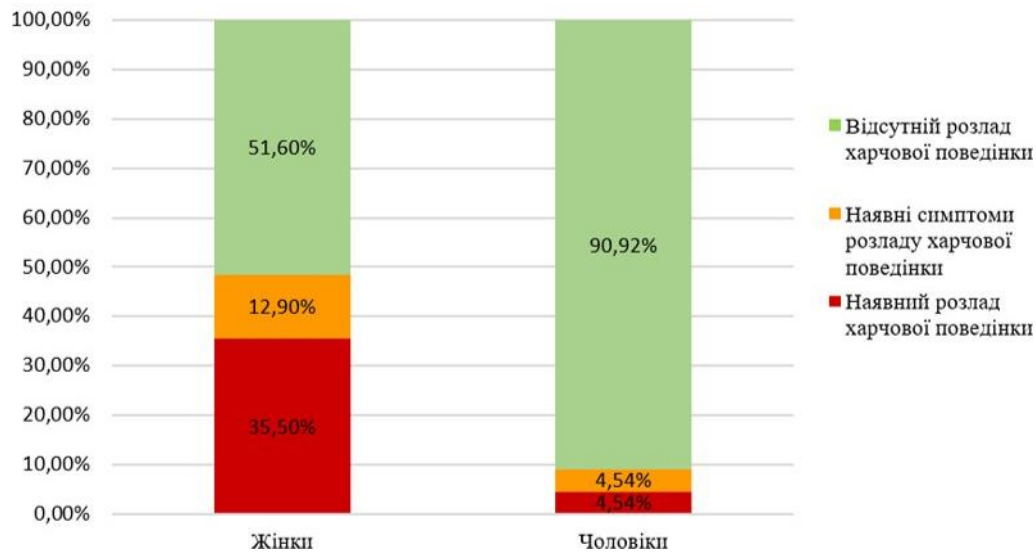


Рис. 3.7.1. Порівняльна характеристика наявності розладу харчової поведінки хлопців і дівчат підліткового віку за результатами методики «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)», %

Діаграма демонструє наочну різницю між дівчатами та хлопцями підліткового віку щодо проявів розладів харчової поведінки. Серед дівчат частка тих, у кого діагностовано розлад, надзвичайно висока – перевищує третину, а ще значна група демонструє симптоми, які свідчать про формування проблемної харчової поведінки. В результаті майже половина дівчат або вже має підтверджений розлад, або проявляє явні ознаки його розвитку. Це свідчить про підвищену психосоціальну вразливість саме жіночої підліткової групи.

У хлопців ситуація виглядає інакше: більшість не виявляє жодних ознак розладу, а частки тих, хто має РХП або симптоми його формування, є невисокими й майже однаковими. Це може відображати меншу поширеність

проблем, але також ймовірно недооцінку або неповне виявлення порушень у хлопців, оскільки вони рідше звертаються за допомогою, пізніше усвідомлюють наявність симптомів або проявляють їх у менш очевидних формах.

Особливо тривожним цей розподіл виглядає з огляду на підлітковий вік, який характеризується високою вразливістю: формуються уявлення про власне тіло, самооцінка залежить від оцінки оточення, а вплив медіа та однолітків особливо сильний у дівчат. Такі дані підкреслюють необхідність системної профілактики в школах, психоосвіти, формування медіаграмотності та своєчасного скринінгу, перш за все серед дівчат. У той же час підхід до хлопців потребує уваги, оскільки низькі показники не обов'язково відображають відсутність проблем, а можуть свідчити про їхню «невидимість».

Далі було здійснено порівняння середніх показників усіх психологічних параметрів між чоловіками та жінками. Для наочності результати на рис. 2.10 було приведено до єдиної шкали. Згідно з діаграмою, жінки системно демонструють вищі значення за шкалами самотності, тривоги, депресії та наявності РХП, що вказує на більшу схильність до емоційних і поведінкових труднощів. При цьому рівень їхньої самооцінки є нижчим у порівнянні з чоловіками. Хлопці виділяються переважно вищою самооцінкою, а за іншими шкалами їхні показники нижчі, що може відображати як реальні психологічні особливості, так і соціальні стереотипи щодо демонстрації емоцій.

Такі гендерні відмінності можна пояснити поєднанням біологічних, гормональних, соціальних і культурних факторів: жінки більше схильні до емоційної рефлексії та вираження почуттів, тоді як чоловікам часто прищеплюють роль стриманих і «сильних». Також можлива впливова роль методологічних аспектів – жінки частіше відверто повідомляють про свої проблеми в опитувальниках.

Практичні наслідки цього аналізу полягають у необхідності гендерно

чутливого підходу в психологічній роботі: для дівчат важливо зміцнювати самооцінку, підтримувати емоційну регуляцію та проводити профілактику РХП, тоді як для хлопців необхідно створювати безпечне середовище для обговорення психологічних проблем, зокрема прихованих проявів тривоги та депресії. Для остаточного підтвердження відмінностей доцільно провести кількісний аналіз із використанням статистичних методів, що дозволить оцінити їх значущість та уточнити причини гендерних розбіжностей.

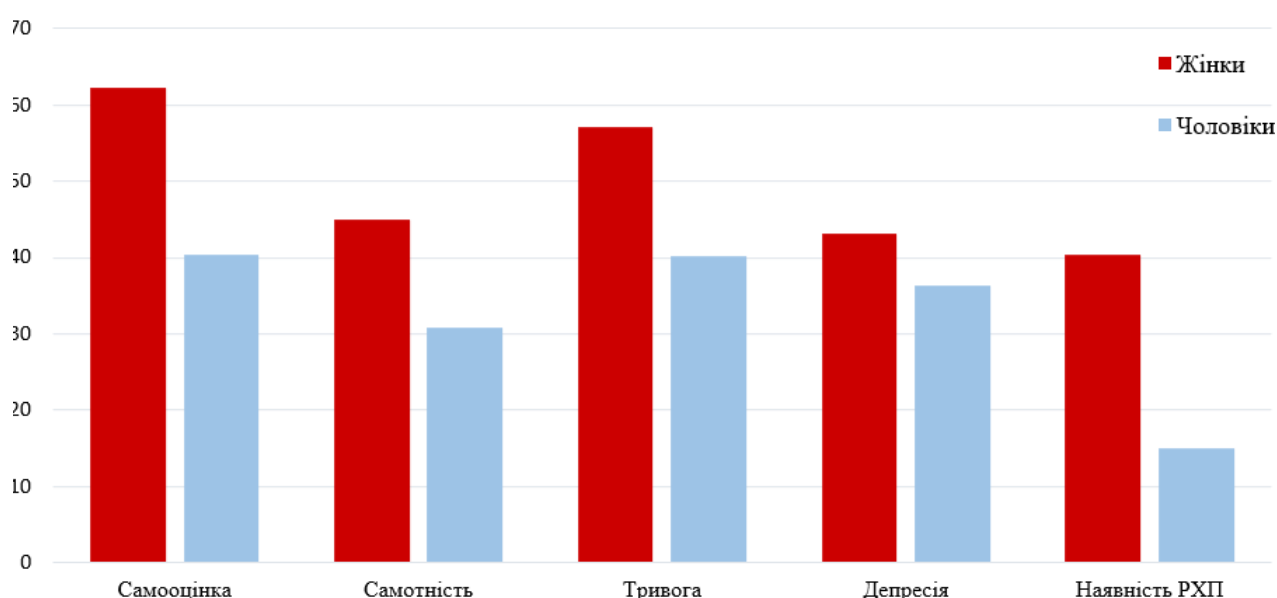


Рис. 3.7.2. Порівняльна характеристика між усередненими показниками шкал методик у хлопців і дівчат

Таблиця 3.7.2

Порівняльна характеристика між усередненими показниками шкал методик у хлопців і дівчат

Параметр	Сила зв'язку з РХП у дівчат (коефіцієнт r)	Класифікація зв'язку (за Івантером та Корсовим)	Інтерпретація для підліткового віку
Самооцінка	0,77	Сильний (тісний) зв'язок	Низька самооцінка чітко пов'язана з ризиком РХП у дівчат-підлітків.

Параметр	Сила зв'язку з РХП у дівчат (коефіцієнт r)	Класифікація зв'язку (за Івантером та Корсовим)	Інтерпретація для підліткового віку
Тривога	0,70	Сильний (тісний) зв'язок	Високий рівень тривоги є ключовим фактором розвитку РХП.
Депресія	0,58	Середній зв'язок	Депресивні симптоми помірно пов'язані з порушеннями харчової поведінки.
Самотність	0,56	Середній зв'язок	Відчуття самотності сприяє формуванню РХП, але в меншій мірі, ніж самооцінка та тривога.
Саморефлексія тіла	0,42	Помірний зв'язок	Критичне ставлення до власного тіла впливає на РХП, але не є основним чинником.

Аналізуючи представлені дані на рис. 3..2, можна побачити чітку структуровану залежність між психологічними характеристиками підлітків та ризиком розвитку розладів харчової поведінки (РХП), зокрема серед дівчат. Найсильніший кореляційний зв'язок із наявністю РХП у дівчат спостерігається для самооцінки ($r = 0,77$), що вказує на те, що низька самооцінка є ключовим фактором, який тісно пов'язаний із ризиком формування проблемної харчової поведінки. Це дозволяє зробити висновок, що підлітки з недостатнім позитивним ставленням до себе мають значно більшу ймовірність розвитку РХП, ніж ті, хто оцінює себе більш позитивно. Показник тривоги також демонструє високий зв'язок ($r = 0,70$), що підтверджує її роль як критичного емоційного чинника. Висока тривожність у дівчат-підлітків проявляється у вигляді постійного хвилювання, страху набрати вагу, переживань щодо харчових звичок та контролю тіла, що прямо впливає на ризик розвитку деструктивних харчових стратегій.

Депресія та самотність демонструють середній рівень зв'язку з РХП (r

= 0,58 та 0,56 відповідно). Це означає, що наявність депресивних проявів або суб'єктивного відчуття самотності помірно підвищує ймовірність формування розладів харчової поведінки. Депресивні симптоми у дівчат можуть проявлятися як пригнічений настрій, зниження мотивації, втома, а самотність – як почуття соціальної ізоляції або недостатньої підтримки від оточення. Хоч ці фактори не є настільки сильними, як самооцінка та тривога, вони створюють додаткову психологічну основу, що підсилює ризики РХП.

Саморефлексія тілесного потенціалу демонструє помірний зв'язок ($r = 0,42$), що свідчить про те, що критичне ставлення до власного тіла та оцінка фізичних можливостей мають допоміжний характер у формуванні РХП. Це означає, що для дівчат, які мають схильність до негативного сприйняття свого тіла, підвищується ймовірність проблемної харчової поведінки, але цей чинник не визначальний. Він ефективно працює лише в поєднанні з основними психологічними факторами – низькою самооцінкою та високою тривожністю.

У порівнянні з дівчатами, у хлопців психологічний профіль значно відрізняється: ризик РХП у них нижчий, переважає середня або висока самооцінка, рівні тривоги та депресії нижчі, а відчуття самотності менш виражене. Це пояснює меншу поширеність розладів харчової поведінки серед хлопців і вказує на потребу в індивідуальному підході при профілактичних заходах, оскільки загальні низькі показники можуть маскувати поодинокі випадки.

Практичні висновки, що випливають із цієї таблиці, підкреслюють важливість диференційованого підходу: для дівчат пріоритетним завданням є підвищення самооцінки та зменшення тривожності, оскільки саме ці фактори мають найтісніший зв'язок із РХП. У роботі з хлопцями слід враховувати, що ризики можуть бути менш очевидними, тому важлива превентивна робота та створення умов для відкритого обговорення психологічних труднощів. Оцінка рівня самооцінки, тривожності та депресії при виявленні РХП є обов'язковою, а корекція негативної саморефлексії тіла має виконувати допоміжну роль і проводитися паралельно з роботою над емоційним станом та самоцінністю. У

комплексі це дозволяє більш ефективно попереджувати розвиток порушень харчової поведінки та підтримувати психологічне благополуччя підлітків.

Висновки до третього розділу

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно охарактеризувати психологічні особливості прояву розладів харчової поведінки у підлітковому віці та виявити ключові особистісні й емоційні чинники, пов'язані з їх формуванням і перебігом. Отримані результати підтверджують багатовимірний характер розладів харчової поведінки, які не обмежуються порушеннями харчових звичок, а охоплюють глибші зміни у сфері самосприйняття, емоційної регуляції, соціальних взаємин і тілесної саморефлексії.

Аналіз результатів за опитувальником EDE-Q засвідчив, що хоча більшість підлітків демонструють відносно нормативну харчову поведінку, значна частина вибірки перебуває у зоні ризику або вже має виражені прояви розладів харчової поведінки. Це вказує на актуальність проблеми саме в підлітковому віці, коли формуються уявлення про власне тіло, зростає значущість соціальних стандартів зовнішності та загострюється чутливість до оцінок оточення. Підлітки з наявними розладами харчової поведінки характеризуються високим рівнем обмежувальної поведінки, надмірною заклопотаністю їжею, формою тіла та вагою, що свідчить про домінування контролюючих і тривожних установок у ставленні до власного тіла.

Дослідження самооцінки показало, що саме її зниження або нестабільність виступає одним із провідних психологічних чинників, пов'язаних із розладами харчової поведінки. Підлітки з РХП значно частіше демонструють негативне самоставлення, схильність до самокритики та залежність від зовнішніх оцінок. Така особливість самосприйняття створює внутрішнє напруження і формує підґрунтя для використання харчової поведінки як способу досягнення контролю, компенсації емоційної

нестабільності або підвищення суб'єктивної цінності власної особистості.

Вивчення суб'єктивного відчуття самотності засвідчило, що підлітки з розладами харчової поведінки частіше переживають емоційну ізолюваність, дефіцит підтримки та труднощі у міжособистісній взаємодії. Самотність у цьому випадку виступає не лише наслідком РХП, а й чинником, що підтримує дезадаптивні форми поведінки, посилюючи фокус на власному тілі та харчуванні як заміниках емоційної близькості.

Результати оцінки тривожності та депресивних проявів свідчать про значне емоційне навантаження, характерне для підлітків із порушеннями харчової поведінки. У цієї групи спостерігається підвищений рівень тривоги, який проявляється у постійному внутрішньому напруженні, страхах, надмірному контролі та очікуванні негативних наслідків, а також більш виражені депресивні тенденції, що супроводжуються зниженим настроєм, втратою мотивації та емоційною виснаженістю. Поєднання тривоги й депресії значно ускладнює психологічний стан підлітків і може сприяти хроніфікації розладів харчової поведінки.

Особливу увагу в дослідженні приділено саморефлексії тілесного потенціалу. Отримані результати показали, що у підлітків із розладами харчової поведінки домінує конформний та особистісний типи саморефлексії, що свідчить про високу залежність від зовнішніх стандартів і соціальних очікувань, а також про тісне емоційне ототожнення тіла з образом «Я». Натомість у підлітків без РХП переважає вітальний тип саморефлексії, який відображає більш природне, функціональне та адаптивне ставлення до власного тіла. Це підтверджує, що характер тілесного самосприйняття відіграє важливу роль у формуванні або профілактиці порушень харчової поведінки.

Порівняльний аналіз психологічних показників у групах підлітків із РХП та без таких порушень продемонстрував системний характер відмінностей: розлади харчової поведінки супроводжуються зниженою самооцінкою, підвищеним рівнем самотності, тривоги та депресії, а також менш адаптивною формою тілесної саморефлексії. Це дозволяє розглядати

РХП як прояв глибшої психологічної вразливості, а не як ізольовану поведінкову проблему.

Виявлені статеві відмінності підтверджують більшу поширеність і вираженість розладів харчової поведінки серед дівчат підліткового віку, що пов'язано з поєднанням соціокультурних, емоційних і особистісних чинників. Для дівчат характерні нижча самооцінка, вищий рівень тривоги та сильніша залежність від оцінок зовнішності, тоді як у хлопців проблеми харчової поведінки трапляються рідше й можуть мати менш очевидні прояви. Це підкреслює необхідність гендерно чутливого підходу до профілактики та психологічної допомоги.

Загалом результати емпіричного дослідження підтверджують, що розлади харчової поведінки у підлітковому віці є наслідком складної взаємодії особистісних, емоційних і соціально-психологічних чинників. Отримані дані обґрунтовують необхідність комплексного підходу до профілактики та корекції РХП, який має бути спрямований не лише на нормалізацію харчової поведінки, а й на підвищення самооцінки, розвиток емоційної регуляції, формування здорового тілесного самосприйняття та відновлення повноцінних соціальних зв'язків у підлітків.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки (РХП) у підлітків було виявлено низку важливих закономірностей.

Теоретичний аналіз показав, що поняття «розлади харчової поведінки» охоплює групу психічних порушень, які за своїми симптомами поділяються на три основні категорії: нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання. Крім того, у досліджуваній літературі виділяють суміжні розлади, такі як орторексія та дисморфічні порушення, а також інші форми проблемної харчової поведінки, що не завжди відповідають чітким діагностичним критеріям.

Підлітковий вік характеризується складністю та присутністю вікових криз, які відрізняються від інших типів криз тим, що зміни соціальної ситуації сприймаються через призму часу – уявлення про минуле та майбутнє. Вікова криза в підлітковому періоді включає кардинальні зміни досвіду, структури особистості та сприйняття світу, що безпосередньо впливає на формування поведінкових і емоційних моделей. У цьому контексті факторами ризику розвитку РХП у підлітків є низька самооцінка, незадоволеність зовнішністю, недовіра у стосунках, невідповідність досягнутих результатів поставленим цілям, емоційна ізоляція, відсутність почуття безпеки, надмірний перфекціонізм, високі очікування оточення, а також сильний вплив соціальних мереж із нереалістичними ідеалами зовнішності та способу життя.

Для діагностики та виявлення психологічних особливостей прояву РХП у підлітків було використано комплекс методик: «Шкала самооцінки» (для підліткового та юнацького віку), «Методика суб'єктивного відчуття самотності» (Д. Рассел, М. Фергюсон), «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки» (EDE-Q), «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу» (Г. Ложкін, А. Рождественський), а також «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS).

За результатами методики EDE-Q було встановлено, що 32% підлітків мають ознаки порушень харчової поведінки. Порівняльний аналіз груп з наявним та відсутнім РХП показав істотні відмінності за шкалами «Обмеження», «Занепокоєння щодо їжі», «Занепокоєння формою тіла» та «Стурбованість вагою». У групі без РХП такі ознаки були відсутні, тоді як у групі з РХП – виражені.

Рівень самооцінки у підлітків свідчить про те, що 55,3% мають низьку або незадовільну самооцінку, що негативно впливає на якість життя та загальний психологічний стан. Аналіз почуття самотності показав, що у 81,1% підлітків рівень самотності низький, 17,1% відчують самотність ситуативно, і лише у 1,8% вона є постійною та значущою, викликаючи стресові переживання.

Результати оцінки тривоги та депресії за HADS демонструють, що 54,3% підлітків мають високий рівень тривожності, а 35,7% – прояви депресивних симптомів. Порівняння усереднених показників шкал самооцінки, самотності, тривоги та депресії між групами виявило суттєвий розрив: підлітки з РХП демонструють невпевненість у собі, негативне ставлення до власної особистості, періодичне або ситуативне відчуття самотності, внутрішню напругу, дискомфорт, нервозність, періодичне пониження настрою, втрату інтересу до життя та його різних аспектів, зниження енергії, почуття провини, безнадії та порушення сну й апетиту.

Дослідження саморефлексії тілесного потенціалу показало, що більшість підлітків орієнтується на оцінку себе через результат фізичних дій та оцінку інших за соціальними стандартами, тоді як лише четверта частина сприймає своє «Тілесне Я» як невіддільну частину особистості. У групі з РХП домінує орієнтація на себе та на оцінку інших, а у групі без РХП – переважно орієнтація на результат, з проявом усіх типів саморефлексії.

Статеві відмінності виявилися суттєвими: жінки страждають на РХП в 8 разів частіше, ніж чоловіки. При порівнянні усереднених показників шкал виявлено, що для дівчат характерні низька самооцінка, підвищене почуття

самотності, тривожні симптоми та схильність до РХП, тоді як хлопці демонструють високий або середній рівень самооцінки, відсутність самотності та проявів тривоги і депресії, а також низьку схильність до РХП.

Кореляційний аналіз показав, що на формування та прояви РХП значний вплив мають самооцінка, почуття самотності, тривога та депресія. Ці фактори можна вважати коморбідними, тобто взаємопов'язаними та одночасно проявленими через спільний патогенетичний механізм. Для підлітків із РХП характерна низька самооцінка, помірне відчуття самотності, високий рівень тривоги та середній прояв депресії. Для підлітків без РХП властиві середня або висока самооцінка, відсутність самотності, низькі або відсутні прояви тривоги та депресії, а також відмінності у типах саморефлексії тілесного потенціалу.

Таким чином, у кваліфікаційній магістерській роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Реалізація поставленої мети та завдань дозволила отримати низку узагальнених висновків, що мають теоретичну й практичну значущість.

У ході теоретичного аналізу наукових джерел з'ясовано, що розлади харчової поведінки є багатофакторними психічними порушеннями, формування яких зумовлюється взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Підлітковий вік визначено як критичний період підвищеного ризику виникнення порушень харчової поведінки, що пов'язано з інтенсивними змінами у сфері самосвідомості, формуванням образу тіла, нестабільністю самооцінки, емоційною лабільністю та зростанням значущості соціального порівняння. Теоретично обґрунтовано, що порушення харчової поведінки у підлітків часто виконують компенсаторну та регулятивну функцію, слугуючи способом подолання внутрішньої напруги, тривоги, почуття самотності та емоційної незадоволеності.

Емпіричне дослідження, проведене з використанням комплексу валідних психодіагностичних методик, дозволило виявити психологічні

особливості підлітків із проявами розладів харчової поведінки. Встановлено, що підлітки з ознаками порушень харчової поведінки характеризуються зниженим рівнем самооцінки, підвищеним суб'єктивним відчуттям самотності, вищими показниками тривожності та депресивних проявів порівняно з підлітками без виражених порушень харчової поведінки. Це свідчить про тісний взаємозв'язок між емоційним неблагополуччям та дезадаптивними моделями харчування.

Аналіз результатів за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)» в адаптації О. Чабана засвідчив, що у значної частини підлітків із порушеннями харчової поведінки спостерігається підвищений рівень тривожності та субклінічні або клінічно виражені депресивні прояви. Це підтверджує положення про емоційну зумовленість розладів харчової поведінки та їх тісний зв'язок із порушеннями емоційної регуляції.

Дослідження саморефлексії тілесного потенціалу показало, що негативне сприйняття власного тіла, надмірна фіксація на зовнішності та знижений рівень тілесного прийняття виступають важливими психологічними детермінантами порушень харчової поведінки у підлітковому віці. Виявлено, що недостатня інтеграція тілесного досвіду в структуру «Я-концепції» сприяє формуванню деструктивних стратегій контролю харчування.

У межах дослідження також встановлено наявність статевих відмінностей у проявах розладів харчової поведінки. Підлітки жіночої статі виявляють вищий рівень незадоволеності тілом, тривожності та депресивних переживань, що узгоджується з даними сучасних психологічних досліджень і підтверджує роль соціокультурних чинників у формуванні розладів харчової поведінки.

Отримані результати стали підґрунтям для розробки та апробації програми психологічного тренінгу, спрямованої на формування навичок здорової харчової поведінки, підвищення рівня самооцінки, розвитку емоційної усвідомленості та позитивного ставлення до власного тіла у

підлітків із порушеннями харчової поведінки.

Таким чином, висунута у дослідженні гіпотеза про те, що психологічні особливості розладів харчової поведінки у підлітковому віці пов'язані зі зниженою самооцінкою, підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів, переживанням самотності та специфікою саморефлексії тілесного потенціалу, повністю підтвердилася. Результати дослідження засвідчують доцільність комплексного психологічного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітковому віці.

Перспективи подальших наукових досліджень проблеми розладів харчової поведінки у підлітковому віці пов'язані з необхідністю поглибленого та міждисциплінарного вивчення психологічних механізмів їх формування, перебігу та подолання. З огляду на складну багатофакторну природу зазначених порушень доцільним є розширення спектра дослідницьких підходів і психодіагностичного інструментарію.

Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення довготривалої динаміки психологічних особливостей підлітків із розладами харчової поведінки шляхом проведення лонгітюдних досліджень. Це дозволить простежити стабільність або змінюваність показників самооцінки, тривожності, депресивних проявів, самотності та саморефлексії тілесного потенціалу в процесі дорослішання та оцінити ризик переходу порушень харчової поведінки у хронічні форми.

Окремої уваги потребує подальше вивчення впливу соціокультурних чинників, зокрема медіапростору та соціальних мереж, на формування образу тіла й харчових установок підлітків. Дослідження механізмів соціального порівняння, внутрішньої інтеріоризації стандартів зовнішності та їхнього впливу на психоемоційний стан можуть сприяти розробці ефективних профілактичних програм.

Перспективним також є розширення вікових і соціальних меж вибірки з метою порівняльного аналізу психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітків різних вікових груп, а також у підлітків з

різним соціально-економічним статусом, сімейним контекстом та умовами навчання. Це дозволить виявити специфічні чинники ризику та ресурси психологічної адаптації.

Важливим напрямом подальших досліджень є експериментальна перевірка ефективності психокорекційних і психопрофілактичних програм, зокрема тренінгів з розвитку емоційної регуляції, тілесної усвідомленості, навичок самоприйняття та здорової харчової поведінки. Подальше емпіричне обґрунтування таких програм сприятиме підвищенню якості психологічної допомоги підліткам із порушеннями харчової поведінки.

Крім того, перспективним є залучення батьківського та педагогічного середовища до досліджень, спрямованих на вивчення сімейних і освітніх факторів формування харчової поведінки підлітків. Аналіз стилів виховання, емоційного клімату сім'ї та комунікативних особливостей освітнього середовища може стати основою для створення системних профілактичних програм.

Таким чином, подальші дослідження у цій сфері сприятимуть поглибленню наукового розуміння психологічних особливостей розладів харчової поведінки у підлітковому віці та створенню ефективних стратегій ранньої діагностики, профілактики й психологічного супроводу підлітків із зазначеними порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 3. С. 35-43.
2. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 3(1). С. 8-12.
3. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. Випуск 25. 2014. С. 19-33.
4. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2019. № 43. С. 9–32.
5. Блажіна І. Ю., Русіна С. М., Кобевка В. М. Дослідження сезонності екзацерації при біполярному афективному розладі. *Клінічна та експериментальна патологія*. Том 22. № 2 (84). 2023. С. 47-51.
6. Бобирьов В. М., Скрипніков А. М., Телюков О. С. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти: навч.-метод. посіб. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133 с.
7. Бойко Є., Лапіна М. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
8. Бурлачук Л., Шебанова В. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12 «Психологічні науки»*. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. № 1 (46). С. 53–66.
9. Буц М. Формування культури здорового харчування школярів. *Молодий вчений*. 2017. № 9.1. С. 13–16.

- 10.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.
- 11.Вальдамірова О., Ілемкова Г. Дослідження емоційної сфери жінок з порушенням харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології: Проблеми психології творчості : збірник наукових праць*. 2008. С. 211–215.
- 12.Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням / І. Андрікевич та ін. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2017. № 1. Ч. 2. Т. 21. С. 238–241.
- 13.Ворошиліна А. Особливості ставлення до тіла в особистості з різним типом харчової поведінки. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*, м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2020. С. 66–68.
- 14.Ворошиліна А. Особливості ставлення до тіла в особистості з різним типом харчової поведінки. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*. Харків: Діса плюс, 2020. С. 66–68.
- 15.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.
- 16.Заїка В. М., Фьодорова І. О. Поняття про афект та його особливості прояву в психології. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф.*, м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ : Університет «Україна», 2017. С. 52-56.
- 17.Зубар Н. Основи фізіології та гігієни харчування : підручник. Київ, 2010. 336 с.

- 18.Капланан Н., Кононенко О. Проблема зайвої ваги як порушення харчової поведінки особистості. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві* : збірник тез доповідей на Міжнародній науково-практичній конференції, м. Одеса, 5 листопада 2020 р. С. 187–190.
- 19.Карпенко П., Мельничук Н. Харчова поведінка в комплексі формування адекватної дієтотерапії. *Сімейна медицина*. 2002. № 4. С. 40–41.
- 20.Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2021. 1670 с.
- 21.Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. Вип. 2. 2019. С. 91- 99.
- 22.Кокашинський В. О. Лікування та реабілітація хворих на тривожнодепресивні розлади з порушеннями харчової поведінки : дис. ... д-ра філософії в галузі медицини: 222. Дніпро, 2024. 189 с.
- 23.Коқун О. Психофізіологія. Київ, 2006. 184 с.
- 24.Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178-191.
- 25.Лапіна М., Бойко Є. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
- 26.Левченко Д. О. Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я* : матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2020. С. 81-84.
- 27.Левченко О. І. Соціальні чинники розвитку розладів харчової поведінки в підлітків : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2023. 52 с.
- 28.Леонова Є. Соціально-психологічні типи харчової поведінки. *Вісник Удмуртського університету. Серія «Філософія. Психологія Педагогіка»*. 2017. № 2. С. 174–181.
- 29.Леонова Є. Соціально-психологічні типи харчової поведінки. *Вісник*

- Удмуртського університету. Серія «Філософія. Психологія Педагогіка». 2017. № 2. С. 174–181.
30. Лимар Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2018. № 42. С. 93–113.
31. Литвин-Кіндратюк С. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Філософія, соціологія, психологія : збірник наукових праць*. Івано-Франківськ: Плай, 2000. Вип. 5, ч. 1. С. 160–165.
32. Малина О., Чиганов С. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць*. 2019. № 1 (15). С. 78–88.
33. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис*. № 2 (124). 2018. С. 81-89.
34. Маслюк А. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2011. Вип. 11. С. 454–463.
35. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Напреев О. К., Домбровська О. К. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки. *Новини української психіатрії*. Харків, 2003.
36. Михайлова М. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. *Молодий вчений*. 2020. № 3 (293). С. 296–298.
37. Мілютіна К., Богуславська О. Тривожність особистості як чинник індивідуального стилю харчування в умовах невизначеності карантинних обмежень. *Габітус*. 2021. № 25. С. 70–73.
38. Мойзріст О. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана*

- Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2009. Вип. 6, ч. 2. С. 85–94.*
39. Мухамедьяров Н. Образ фізичного Я особистості як складова її Я-концепції. *Педагогіка і психологія*. Харків, 2006. С. 84–90.
40. 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.
41. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*. № 4 (72). 2023. С. 202–211.
42. Огоренко В. В., Кокашинський В. О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2024. Том 32. Випуск 1 (118). С. 56–59.
43. Особливості харчування населення України та їх вплив на здоров'я / В. Москаленко та ін. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*. 2009. № 3. С. 64–73.
44. Підлубний В. Л. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури). *Запорізький медичний журнал*. 2024. Т. 26, №1 (142). С. 78–83.
45. Показники здоров'я лабораторних щурів на фоні незбалансованого харчування / Л. Левченко та ін. *Запорожський медичний журнал*. 2011. Т. 13, № 1. С. 20–22.
46. Психологічна підтримка у формування харчової поведінки підлітків в роботі клінічного психолога / Т. Федотова та ін. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка. Психологія. Медицина»*. 2021. Вип. 4 (4). С. 410–422.
47. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок / З. Антонова та ін. *Габітус. Серія «Психологія особистості»*. 2021. Вип. 27. С. 125–130.
48. Рахубовська Х. Особистісні властивості та розлади в осіб з розладами

- прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія «Психологія»*. 2012. Вип. 44. С. 184–191.
- 49.Рябова Н. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. *Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції*. Харків: Діса плюс, 2020. С. 174–177.
- 50.Савка І. М. Кумулятивний фізіологічний афект: психологічні й правові аспекти: монографія. М-во освіти і науки України, Нац. ун-т «Львів. політехніка». Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 256 с.
- 51.Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 90 с.
- 52.Серга Т., Білоусенко М. Психологічні фактори порушення харчової поведінки в жінок середнього віку. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 2 (7). С. 968–979.
- 53.Спицька Л. В., Завацька Н. Є. Диференціація соціально- психологічних чинників розладів афективного спектру особистості: мікро-, мезо- та макрорівні. *Теоретичні в прикладні проблеми психології*. 2021. С. 146-152.
- 54.Сутчук В. Вплив сім'ї на формування особистості підлітка. Виступ на батьківських зборах. *Психолог*. 2013. № 18. С. 19–23.
55. Травенко О. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI. Вип. 14. С. 205–214.
- 56.Сутчук В. Вплив сім'ї на формування особистості підлітка. Виступ на батьківських зборах. *Психолог*. 2013. № 18. С. 19–23.
- 57.Терещук А. Д. Проблема розвитку особистості з афективними розладами. *Актуальні проблеми психології*. Т.ХІ. Випуск 19. 2019. С. 452-467.

- 58.Травенко О. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. Т. XI, вип. 14. С. 205–214.
- 59.Фатєєва М. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. ... докт. філос. Київ, 2021. 236 с.
- 60.Фатєєва М. *Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. ... докт. філос.* Київ, 2021. 236 с.
- 61.Шебанова В. Анкета прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла»: авторське свідоцтво № 64531 від 18.03.2016 р. Київ : Державна служба інтелектуальної власності України.
- 62.Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Психологічні науки*. 2013. Вип. 2. С. 48-51.
- 63.Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Розлади харчової поведінки як феномен захисного реагування. *Вісник післядипломної освіти*. 2012. Вип. 6. С. 422-430.
- 64.Шебанова В. Психологія харчової поведінки : автореф. дис. ... докт. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.
- 65.Шебанова В. Фізіологічний аспект харчової поведінки. Педагогіка та психологія : науковий вісник Чернівецького університету. 2014. Вип. 680. С. 187–196.
- 66.Шебанова В. Фізіологічний аспект харчової поведінки. *Педагогіка та психологія : науковий вісник Чернівецького університету*. 2014. Вип. 680. С. 187–196.
- 67.Щербак Т. Психологічні особливості образу фізичного Я в осіб із розладами харчової поведінки. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2019. Вип. 2. С. 104–111.
- 68.Ernst M., Werner A., Tibubos A., Beutel, M., Zwaan M., Brähler E. (2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with

- eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*. № 26 (12). 2021. P. 645-654.
69. Godart N., Radon L., Curt F., Duclos J., Perdereau F., Lang F., et al. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*. № 185. 2015. P. 115–122.
70. Groff S. E. Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of evidence-informed social work*. № 12 (3). 2015. P. 272–288.
71. Kokorina Y., Psatii A. Eating behavior as a form of self-attitude. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. P. 11–29.
72. Kokorina Y., Psatii A. Eating behavior as a form of self-attitude. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2021. № 5. P. 11–29.
73. Laniush F., Urbanovych A. Опитувальник для визначення синдрому нічного переїдання (NEQ) – валідація та адаптація для української популяції. *Ендокринологія / Endocrinology*. 2021. № 26 (3). С. 311–318.
74. Laniush F., Urbanovych A. Опитувальник для визначення синдрому нічного переїдання (NEQ) – валідація та адаптація для української популяції. *Ендокринологія (Endocrinology)*. 2021. Т. 26, № 3. С. 311–318.
75. Magallares A., Jauregui-Lobera I., Gamiz-Jimenez N., Santed M. Subjective Well-Being in a Sample of Women with Eating Disorders. *The Psychological Record*. № 64. 2014. P. 769-776.
76. Micali N., Hilton K., Nakatani E., Heyman I., Turner C., Mataix-Cols D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*. Volume 41. Issue 12. 2011. P. 2507 – 2513.
77. Pourfard M., Naderi F., Askari P., Heidari A., Honarmand M. Proposing a causal model of body image perception with eating disorders by depression mediation in youth. *Journal of Research & Health*. № 6(1). 2016. P. 153-160.
78. Swinbourne J.M., Touyz S.W. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. № 15. 2007. P. 253- 274.

79. Szanto Thomas. Sacralizing Hostility: Fanaticism as a Group-Based Affective Mechanism. *The Philosophy of Fanaticism: Epistemic, Affective, and Political Dimensions*. London, New York: Routledge. P. 184–212.
80. Vandereycken W., Van Deth R. A Tribute to Lasègue's Description of Anorexia Nervosa (1873), with Completion of its English Translation. *British Journal of Psychiatry*. 1990.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)

Інструкція: Наступні запитання відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Просимо уважно прочитати кожне запитання. Просимо відповісти на всі запитання. Дякуємо.

Запитання 1-12: Обведіть номер справа, який характерний для Вас.

Пам'ятайте, що запитання стосуються лише останніх 4 тижнів.

Таблиця А.1

Бланк

	Як часто за останні 28 днів	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
1	Чи Ви свідомо <u>пробували</u> обмежити кількість їжі, яку ви їсте, щоб вплинути на свою вагу чи форму, (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
2	Чи Ви залишалися довший період (8 годин бадьорості і довше) без їжі з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
3	Чи Ви <u>пробували</u> виключити зі свого харчування певні продукти, які Ви любите з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
4	Чи Ви <u>пробували</u> дотримуватися певних правил харчування (наприклад, обмеження калорій) з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
5	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>порожній</u> живіт з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
6	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>абсолютно плоский</u> живіт?							
7	Чи думки про <u>їжу, харчування чи калорії</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням уваги на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							

Продовж. табл. А.1

8	Чи думки про <u>вагу та форму</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
9	Чи Ви маєте страх втратити контроль над кількістю їжі?							
10	Чи Ви маєте страх набрати вагу?							
11	Чи Ви почуваете себе грубою?							
12	Чи Ви маєте чітке бажання втратити вагу?							

Запитання 13-18: просимо написати потрібне число замість крапочок справа. Пам'ятайте, що питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів.)

За останні 4 тижні (28 днів)

13	За останні 28 днів, як <u>часто</u> Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би <u>неймовірно великою кількістю</u> їжі?	
14 у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	
15	За останні 28 днів, скільки <u>ДНІВ</u> ставалися такі епізоди переїдання (Ви з'їдали неймовірно велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	
16	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	
17	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	
18	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?	

Запитання 19-21: просимо обвести вибране число. Просимо пам'ятати, що для цих запитань компульсивне переїдання означає таку кількість їжі, яку інші люди за таких самих обставин назвали би надмірно великою, а також присутнє відчуття втрати контролю над кількістю їжі.

19	За останні 28 днів скільки днів Ви їли таємно (крадькома)? Не рахуючи епізоди переїдання	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
		0	1	2	3	4	5	6

20	Скільки часу Ви відчуваєте себе винною коли їсте (відчуття, що Ви робите щось погане) тому, що це вплине на вашу вагу та форму? Не рахуючи епізоди переїдання	Зовсім ні	Трохи часу	Менше половини часу	Половину часу	Більшу половину часу	Майже весь час	Весь час
20	За останні 28 днів, як сильно Ви хвилювалися через те, що люди бачать, що Ви їсте?	Зовсім ні	Трохи часу	Менше половини часу	Половину часу	Більшу половину часу	Майже весь час	Весь час
		0	1	2	3	4	5	6

Запитання 22-28: Просимо обвести справа відповідний номер.

Пам'ятайте, що всі питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів).

За останні 28 днів.....		Зовсім ні	Трохи	Середньо	Сильно
22	Чи Ваша <u>вага</u> впливає на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0 1	2 3	4 5	6
23	Чи Ваші <u>форми</u> впливають на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0 1	2 3	4 5	6
24	Наскільки Вас засмутить те, що Вас попросять зважуватися щотижня (не частіше, ні рідше) наступні чотири тижні?	0 1	2 3	4 5	6
25	Наскільки Ви не задоволені власною <u>вагою</u> ?	0 1	2 3	4 5	6
26	Наскільки Ви не задоволені власними <u>формами</u> ?	0 1	2 3	4 5	6
27	Наскільки Вам не комфортно коли Ви бачите своє тіло (дивитися на себе в дзеркалі, у вітрині магазину, коли роздягаєтесь, чи приймаєте ванну або душ)?	0 1	2 3	4 5	6
28	Наскільки некомфортно Ви чуєтесь коли <u>інші</u> бачать Вашу форму чи фігуру (в загальній переодягальні, в басейні, або коли Ви в облягаючому одязі)	0 1	2 3	4 5	6

Яка у Вас зараз вага? Який Ваш зріст зараз?

Додаток Б

Таблиця Б.1

Методика «Шкала самооінки» (підлітковий, юнацький вік)

Речення-судження	Я думаю про це:				
	Дуже часто	Часто	Інколи	Зрідка	Ніколи
1. Мені хочеться, щоб мої друзі підбадьорювали мене					
2. Постійно відчуваю свою відповідальність за роботу					
3. Я хвилююсь за своє майбутнє					
4. Багато з моїх знайомих мене ненавидять					
5. Я меншою мірою ініціативний, ніж інші					
6. Я переживаю за свій психічний стан					
7. Я побоююсь видаватися нерозумним					
8. Зовнішній вигляд інших куди кращий за мій					
9. Я боюсь виступати з промовою перед незнайомими людьми					
10. Я часто припускаюсь помилок					
11. Шкода, що я не вмю говорити належним чином з людьми					
12. Шкода, що мені не вистачає впевненості у собі					
13. Мені хотілося б, щоб мої дії схвалювались іншими частіше					
14. Я надто сором'язливий					
15. Я проживаю життя марно, моє життя некорисне					
16. Багато з моїх знайомих невірної думки про мене					
17. Мені немає з ким поділитися своїми думками					
18. Люди очікують від мене надто багато					
19. Оточуючі не особливо цікавляться моїми досягненнями					
20. Я легко збентежуюся					

21. Я відчуваю, що багато людей мене не розуміють					
22. Я не почуваю себе в безпеці					
23. Я часто без підстав хвилююся					
24. Я почуваю себе ніяково, коли вхожу в кімнату, де вже сидять люди					
25. Я почуваю себе скутим					
26. Я відчуваю, що люди говорять про мене за мою спиною					
27. Я впевнений, що люди майже все сприймають легше, ніж я					
28. Мені здається, що зі мною повинна статися якась неприємність					
29. Мене хвилює думка про те, як люди ставляться до мене					
30. Шкода, що я не такий комунікабельний, товариський					
31. У суперечках я висловлююся тільки тоді, коли впевнений у своїй правоті					
32. Я думаю про те, чого чекає від мене громадськість					

Додаток В Методика суб'єктивного відчуття самотності Д.

Рассела, М. Фергюсона

Інструкція. Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

Таблиця В.1

Бланк

Твердження	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті				
2. Мені ні з ким поспілкуватися				
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4. Мені не вистачає спілкування				
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене				
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть				
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися				
8. Я зараз не маю близької людини				
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї				
10. Я відчуваю себе покинутим				
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують				
12. Я почуваюся зовсім самотнім				
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі				
14. Мені дуже не вистачає компанії				
15. Ніхто не знає яким я є насправді				
16. Я відчуваю, ніби мене ізольовано від інших людей				
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий				
18. Мені важко знаходити друзів				
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму				
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною				

Додаток Д

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) в адаптації О. Чабана

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS): бланк опитувальника

Госпітальна шкала тривоги і депресії: клінічна значимість

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки

(заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

fb messenger

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані
 - Більшу частину часу
 - Значну частину часу
 - Час від часу, від випадку до випадку
 - Ніколи
2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно
 - Майже весь час
 - Дуже часто
 - Іноді
 - Абсолютно ні
3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)
 - Абсолютно немає
 - Від випадку до випадку
 - Досить часто
 - Дуже часто
4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше
 - Безумовно, в такому самому обсязі
 - Так, але не настільки, як і раніше

Лише трохи

Лише трохи ні

5. У мене є якийсь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

Так, є дуже виразне погане передчуття

Так, але це відчуття не настільки важке

Трохи, однак це не турбує мене

Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

Абсолютно так

Стежу за собою не настільки потрібно

Дещо менше, ніж раніше

Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно

рухатися

Дійсно, дуже сильно

Вельми значно

Не дуже сильно

Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

Такою ж мірою, як і завжди

Тепер вже не такою мірою

Безумовно вже не настільки

Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

Переважну частину часу

Значну частину часу

Час від часу, але не дуже часто

Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

Такою ж мірою, як і завжди
Трохи менше, ніж зазвичай
Набагато менше, ніж зазвичай
Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

Дійсно, дуже часто
У цілому часто
Нечасто
Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

Абсолютно ніколи
Нечасто
Іноді
Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

Абсолютно так
Зазвичай так
Нечасто
Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

Часто
Скоріше часто
Іноді
Дуже рідко

Додаток Е Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу

Г. Ложкіна і А. Рождественського

Інструкція. Вам запропоновані інші пари протилежних тверджень. Виконуйте завдання цього розділу аналогічно як і в попередньому. Обведіть на бланку відповідей кружечком ту цифру, яка найбільше передає дійсність

Бланк

1. Я не відчуваю жодного неспокою з приводу своїх тілесних можливостей	1	2	3	4	5	6	7	З приводу своїх тілесних можливостей я відчуваю певний неспокій
2 Я не відчуваю заздрощів до іншої, фізично сильнішої та привабливішої людини	1	2	3	4	5	6	7	Я відчуваю певну заздрість до іншої, сильнішої та привабливішої людини
3 Іноді я сприймаю своє тіло як непотрібну перешкоду	1	2	3	4	5	6	7	Я ніколи не сприймаю своє тіло як непотрібну перешкоду
4 Я вважаю, що почуття невпевненості, яке виникає у мене час від часу, не має жодного відношення до моїх тілесних можливостей	1	2	3	4	5	6	7	Я вважаю, що почуття невпевненості, яке виникає у мене час від часу, пов'язується із моїми тілесними можливостями
5 Маючи інше тіло, я відчував би більшу самоповагу	1	2	3	4	5	6	7	Маючи інше тіло, моя самоповага зовсім би не змінилася
6 Можна сказати, що тіло завдає мені лише засмучення	1	2	3	4	5	6	7	Можна сказати, що тіло надає мені почуття повноти життя
7 Я б хотів залишитися таким, яким я є нині	1	2	3	4	5	6	7	Мене не досить задовольняє те, яким я є нині
8 Я іноді дратуюсь і злюсь на своє тіло	1	2	3	4	5	6	7	Я ніколи не дратуюсь і не злюсь на своє тіло
9 Я не відчуваю ніякої залежності свого тіла	1	2	3	4	5	6	7	Я постійно відчуваю свою залежність від мого тіла
10 Я з упевненістю можу сказати, що вважаю себе ущемленим через те, що поступаюся іншим своїми тілесними можливостями	1	2	3	4	5	6	7	Я вважаю, що моя особистість аж ніяк не страждає від того, наскільки я поступаюся іншим своїми тілесними можливостями
11 Я гадаю, що мої тілесні можливості навряд чи будуть мати якийсь вплив у прийдешньому житті	1	2	3	4	5	6	7	Я гадаю, що вплив тілесних можливостей буде відчуватись протягом усього життя
12 Те, чого я хочу досягти, аж ніяк не пов'язане з моїми тілесними можливостями	1	2	3	4	5	6	7	Те, чого я хочу досягти, пов'язане з моїми тілесними можливостями
13 Я вважаю, що ті тілесні можливості, що я маю, вельми достатні для	1	2	3	4	5	6	7	Я не вважаю, що ті тілесні можливості, що я маю

Первинні результати психодіагностичного обстеження учнів (n = 56)

№	Вік	Стать	Самооцінка (бали)	Самотність (бали)	EDE-Q (заг. бал)	Саморефлексія тілесного потенціалу (бали)	Тривога HADS-A (бали)
1	12	Ж	24	46	3,8	42	11
2	13	Ч	31	34	2,1	55	7
3	14	Ж	22	51	4,2	40	13
4	15	Ч	35	29	1,9	60	6
5	13	Ж	27	41	3,5	48	10
6	12	Ч	30	36	2,7	52	8
7	14	Ж	21	54	4,8	38	14
8	15	Ж	33	31	2,4	57	7
9	13	Ч	28	39	3,1	50	9
10	12	Ж	20	56	5,0	35	15
11	14	Ч	34	28	2,0	59	6
12	15	Ж	26	44	3,6	46	11
13	13	Ж	23	49	4,1	41	12
14	12	Ч	32	33	2,6	54	8
15	14	Ж	25	45	3,7	44	11
16	15	Ч	36	27	1,8	62	5
17	13	Ж	22	52	4,5	39	14
18	12	Ж	29	37	2,9	51	9
19	14	Ч	34	30	2,2	58	7
20	15	Ж	27	43	3,4	47	10
21	13	Ч	31	35	2,8	53	8
22	12	Ж	19	58	5,2	33	16
23	14	Ж	24	48	4,0	42	12
24	15	Ч	37	26	1,6	64	5
25	13	Ж	26	42	3,3	45	10
26	12	Ч	30	38	2,7	52	9
27	14	Ж	21	53	4,6	37	14
28	15	Ж	34	29	2,1	59	6
29	13	Ч	28	40	3,0	49	9
30	12	Ж	20	57	5,1	34	15
31	14	Ч	35	28	1,9	61	6
32	15	Ж	27	44	3,5	46	11
33	13	Ж	23	50	4,2	40	13
34	12	Ч	31	34	2,6	54	8
35	14	Ж	25	46	3,8	43	11
36	15	Ч	36	27	1,7	63	5
37	13	Ж	22	52	4,4	38	14
38	12	Ж	29	36	2,8	51	9
39	14	Ч	33	31	2,3	57	7
40	15	Ж	26	43	3,4	47	10
41	13	Ч	30	35	2,9	52	8
42	12	Ж	19	59	5,3	32	16
43	14	Ж	24	47	3,9	42	12
44	15	Ч	37	26	1,6	65	5
45	13	Ж	26	41	3,2	45	10
46	12	Ч	30	37	2,7	53	9
47	14	Ж	21	54	4,7	36	14
48	15	Ж	34	29	2,0	60	6

49	13	Ч	28	40	3,1	49	9
50	12	Ж	20	56	5,0	35	15
51	14	Ч	35	28	1,9	61	6
52	15	Ж	27	44	3,5	46	11
53	13	Ж	23	49	4,1	41	12
54	12	Ч	31	34	2,6	54	8
55	14	Ж	25	45	3,7	43	11
56	15	Ч	36	27	1,8	63	5