

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**

Факультет управління
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА
за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ 16-17 РОКІВ»**

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма: Психологія

ВИКОНАВ:

студент групи ПС 22-3
Дахно Олександра Дмитрівна

КЕРІВНИК:

к.ю.н., доцентка, доцентка кафедри психології
Пилипенко Анжеліка Анатоліївна

РЕЦЕНЗЕНТ:

науковий ступінь, вчене звання, посада
Прізвище, ім'я, по-батькові

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ:

В.о. завідувач кафедри психології
Скляньська Ольга Вадимівна

м. Дніпро

2026

АНОТАЦІЯ

Дахно О. Д. Психологічні чинники формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років.

У дослідженні розглядаються психологічні факти, що лежать в основі формування розладів харчової поведінки у підлітків віком 16–17 років. Було визначено теоретичні та методологічні основи харчової поведінки як біопсихосоціального феномену, а також обрано набір інструментів, адекватних меті дослідження (DEBQ, EAT-26, STAI, CD-RISC-10). Було проведено емпіричне дослідження рівня тривожності, психологічної стійкості та ризику розладів харчової поведінки у підлітків. Виявлено значущі зв'язки між тривожністю, стилями харчової поведінки та ризиком розладів харчової поведінки, а також між тривогою та психологічною стійкістю. Розроблено систему психологічних рекомендацій та профілактично-корекційну програму, спрямовану на зниження виявлених факторів ризику.

Ключові слова: харчова поведінка, розлади харчової поведінки, підлітки, тривожність, психологічна резилентність, емоційне харчування, образ тіла, профілактика.

SUMMARY

Dakhno O. D. Psychological factors in the formation of eating disorders in adolescents aged 16-17.

The study examines the psychological factors underlying the formation of eating disorders in adolescents aged 16–17. The theoretical and methodological foundations of eating behaviour as a biopsychosocial phenomenon were identified, and a set of instruments adequate to the research aim was selected (DEBQ, EAT-26, STAI, CD-RISC-10). An empirical study of anxiety levels, psychological resilience, and eating disorder risk in adolescents was conducted. Significant relationships were found between anxiety, eating behaviour styles, and eating disorder risk, as well as between anxiety and psychological resilience. A system of psychological

recommendations and a preventive and corrective programme aimed at reducing identified risk factors were developed.

Keywords: eating behaviour, eating disorders, adolescents, anxiety, psychological resilience, emotional eating, body image, prevention.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	9
1.1. Поняття харчової поведінки та її психологічні механізми	9
1.2. Розлади харчової поведінки як психологічна проблема	15
1.3. Психологічні особливості підліткового віку як чинник ризику розвитку розладів харчової поведінки	18
1.4. Тривожність та психологічна резилентність підлітків як ключові психологічні чинники формування розладів харчової поведінки	22
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ 16–17 РОКІВ	26
2.1. Процедура дослідження та загальна характеристика вибірки	26
2.2. Методики дослідження.....	27
2.3. Методи статистичної обробки даних	31
2.4. Аналіз та інтерпретація результатів	32
2.5. Кореляційний аналіз	35
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	37
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРЕКЦІЇ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	39

	5
3.1. Психологічні висновки за результатами дослідження	39
3.2. Практичні рекомендації підліткам	40
3.3. Практичні рекомендації психологу закладу.....	41
3.4. Програма психопрофілактичних занять «Я і моя харчова поведінка».	42
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ	45
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49
ДОДАТКИ.....	56
ОПИТУВАЛЬНИК DEBQ (DUTCH EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE)	56
ТЕСТ EAT-26 (EATING ATTITUDES TEST)	58
ШКАЛА ТРИВОЖНОСТІ СПІЛБЕРГЕРА (STAI), ФОРМА Y-1 — СИТУАТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ.....	60
ШКАЛА РЕЗИЛІЄНТНОСТІ CD-RISC-10	62

ВСТУП

Підлітковий вік є одним із найбільш складних і психологічно насичених етапів розвитку особистості. Саме в цей час відбувається активне формування образу «Я», самооцінки, ставлення до власного тіла та перших стійких способів емоційної саморегуляції. У віці 16–17 років ці процеси набувають особливої інтенсивності на фоні завершення пубертатних змін, кризи ідентичності та посиленого соціального тиску — зокрема з боку однолітків і соціальних мереж. Ці фактори створюють умови, за яких харчова поведінка перестає бути просто фізіологічною потребою і дедалі частіше стає способом подолання тривоги, відновлення відчуття контролю або регуляції емоційного дискомфорту.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням поширеності розладів харчової поведінки серед підлітків та недостатньою систематизованістю знань про психологічні чинники, що їх формують. У сучасних соціокультурних умовах підлітки зазнають підвищеного тиску щодо зовнішнього вигляду та ваги, а хронічний стрес — зокрема в умовах воєнного часу в Україні — суттєво підвищує ризик розвитку дезадаптивних харчових стратегій. При цьому саме психологічні чинники — тривожність, знижена резилентність, перфекціонізм, негативний образ тіла — відіграють ключову роль у формуванні цих розладів, однак залишаються недостатньо вивченими у вітчизняному підлітковому контексті.

Метою дослідження є виявлення та аналіз психологічних чинників формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років та розробка рекомендацій щодо їх корекції.

Об'єктом дослідження є розлади харчової поведінки у підлітків 16–17 років.

Предметом дослідження є психологічні чинники формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років зумовлене дією психологічних чинників — зокрема підвищеного рівня тривожності та зниженої психологічної резилентності. Очікується, що підлітки з вищим рівнем особистісної тривожності та нижчим рівнем резилентності демонструватимуть більш виражені патологічні харчові установки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела з проблеми психологічних чинників формування розладів харчової поведінки та визначити теоретико-методологічні засади дослідження.
2. Розкрити психологічні особливості підліткового віку як чинник ризику розвитку розладів харчової поведінки та обґрунтувати роль тривожності і психологічної резилентності у цьому процесі.
3. Емпірично дослідити рівень проявів розладів харчової поведінки, тривожності та психологічної резилентності у підлітків 16–17 років.
4. Виявити взаємозв'язок між психологічними чинниками — тривожністю, резилентністю, стилями харчової поведінки — та ризиком розладів харчової поведінки у підлітків.
5. Розробити психологічні рекомендації та корекційно-профілактичну програму, спрямовані на зниження рівня виявлених чинників ризику та профілактику розладів харчової поведінки у підлітків.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань застосовувалися такі методи: теоретичний аналіз наукової літератури; психодіагностичне обстеження із застосуванням стандартизованих методик (DEBQ, EAT-26, STAI, CD-RISC-10); математико-статистична обробка даних — розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона за допомогою функції =PEARSON() у Microsoft Excel.

Емпірична база дослідження. Дослідження проходило на базі Дніпровського ліцею №100 «ЛІДЕР».

Вибірка становила 31 (17 хлопців та 14 дівчат).

Вік досліджуваних 16–17 років

Теоретико-методологічна основа дослідження. Дослідження ґрунтується на біопсихосоціальній моделі харчової поведінки (Е. Р. Грімм, Н. І. Стейнл), моделі п'яти класів впливу емоцій на харчову поведінку (М. Махт), концепції когнітивного обмеження (К. Херман, Дж. Поліві), теорії еґо-ідентичності підліткового віку (Е. Еріксон), а також на підходах до вивчення тривожності (Ч. Д. Спілбергер) та психологічної резилентності (К. М. Коннор, Дж. Р. Т. Девідсон).

Наукова новизна полягає у тому, що в роботі вперше на вибірці українських підлітків 16–17 років емпірично підтверджено роль тривожності та психологічної резилентності як ключових психологічних чинників формування розладів харчової поведінки та встановлено характер і силу цих зв'язків.

Практичне значення результати дослідження та теоретичні напрацювання можуть бути використані у роботі практичних психологів, шкільних психологів та соціальних педагогів для профілактики і корекції розладів харчової поведінки у підлітків.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (50), додатків (4). Зміст роботи висвітлено на 62 сторінках тексту і містить 8 таблиць .

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Поняття харчової поведінки та її психологічні механізми

Їжа є однією із базових потреб людського організму — без неї, як і без інших життєво необхідних ресурсів, людина просто не могла б існувати. Якщо наші далекі предки їли те, що вдавалося знайти, просто щоб вижити, то сьогодні їжа стала доступною, різноманітною і водночас надзвичайно складним явищем. Сьогодні вживання їжі несе в собі емоційне, символічне та соціальне навантаження: їжа є засобом комунікації, маркером соціальної ідентичності, способом регуляції емоційного стану та вираження культурної приналежності [15].

Харчова поведінка — це не просто «що і скільки їсть людина». Насправді вона є набагато складнішою системою, яка включає в себе кілька компонентів — від того, що людина думає про їжу, до її реальної поведінки під час прийому їжі. Нами було вивчено кілька визначень цього поняття. Українська дослідниця О. В. Бацилева зазначає: «Харчова поведінка — це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, а також стереотип харчування у звичайних і стресових умовах, що охоплює установки, форми поведінки, звички та емоції, пов'язані з їжею, які є індивідуальними для кожної людини» [5]. Це визначення акцентує увагу на значенні цінностей у харчовій поведінці та підкреслює її ситуативну мінливість — поведінка людини щодо їжі суттєво відрізняється в умовах спокою та стресу.

Оскільки харчову поведінку досліджують різні науки, єдиного визначення цього терміну поки не існує. Вчені виділяють чотири основні підходи, кожен з яких фокусується на певних чинниках.

З позиції біомедичного підходу харчова поведінка розглядається як фізіологічний процес, що регулюється гіпоталамусом, нейроендокринною системою та механізмами гомеостатичного контролю. Дефіцит або надлишок

певних нейромедіаторів (зокрема серотоніну, дофаміну, норадреналіну) та гормонів (лептину, греліну) безпосередньо впливає на апетит, насичення та харчові переваги [46]. Проте цей підхід є недостатнім для пояснення складних психологічних феноменів — наприклад, чому людина продовжує їсти за відсутності фізіологічного голоду або, навпаки, відмовляється від їжі попри виражену фізіологічну потребу в ній.

Психологічний підхід, представлений у роботах Дж. Огден, ставить у центр уваги суб'єктивний досвід людини у харчовій сфері. Огден Дж. у монографії «Психологія харчування» визначає харчову поведінку як «систему установок, мотивацій, емоційних станів і поведінкових реакцій, що визначають характер взаємодії людини з їжею у широкому психосоціальному контексті» [40]. Цей підхід дозволяє розглянути харчову поведінку не лише як набір конкретних поведінкових актів, а й як цілісну систему психічних явищ, що охоплює все повсякденне функціонування особистості.

Соціокультурний підхід, що активно розвивається з 1980-х років, наголошує на тому, що харчова поведінка формується і підтримується соціальними нормами, культурними традиціями та медійними образами. Дослідження показують, що уявлення про «ідеальне тіло», що транслуються засобами масової інформації та соціальними мережами, стали одним із найпотужніших зовнішніх чинників формування харчових патернів, особливо у молоді [47]. Під впливом соціокультурних норм харчова поведінка набуває нормативного характеру: людина їсть або утримується від їжі не лише відповідно до власних потреб, а й згідно з тим, що «вважається правильним» у її референтній групі.

Найбільш повним та сучасним є біопсихосоціальний підхід, що інтегрує всі вищезгадані перспективи. У межах цього підходу Е. Р. Грімм та Н. І. Стейнл розглядають харчову поведінку як «складну взаємодію фізіологічних, психологічних, соціальних і генетичних факторів, що впливають на час прийому їжі, кількість споживаної їжі, харчові переваги та вибір їжі» [30].

Саме цей підхід є методологічною основою для більшості сучасних досліджень у галузі розладів харчової поведінки.

У сучасній психологічній науці харчова поведінка розглядається як цілісна, багаторівнева система саморегуляції особистості. Вона охоплює кілька взаємозалежних рівнів — від пізнавальної сфери до безпосередніх поведінкових актів.

Основу харчової поведінки складає пізнавальна сфера особистості, яка охоплює систему знань, переконань та внутрішніх установок щодо їжі. Саме на цьому рівні у людини формуються власні уявлення про те, які продукти є корисними, а які — небезпечними, що можна їсти, а що варто уникати. Ці уявлення складаються поступово — під впливом виховання, соціального оточення та особистого досвіду — і з часом перетворюються на стійкі харчові переконання, якими людина керується майже автоматично. Важливою частиною пізнавальної сфери є образ власного тіла — суб'єктивне уявлення людини про свою зовнішність та фізичні параметри. Від того, наскільки позитивним або негативним є цей образ, значною мірою залежить вибір харчових стратегій. Якщо людина сприймає їжу як джерело задоволення та нагороду — вона поводить її з нею одним чином, якщо ж їжа асоціюється із загрозою для фігури чи здоров'я — зовсім іншим. Таким чином, пізнавальна сфера виступає своєрідною «призмою», через яку людина інтерпретує будь-яку харчову ситуацію [24].

Емоції займають особливе місце у формуванні харчової поведінки, оскільки між тим, що людина переживає, і тим, як вона харчується, існує дуже тісний зв'язок. Їжа нерідко стає способом впоратися з неприємними почуттями — тривогою, смутком, самотністю або нудьгою. Саме тому дослідники виокремлюють так звану емоціогенну харчову поведінку, коли людина тягнеться до їжі не через фізіологічний голод, а через бажання отримати емоційне полегшення або компенсувати внутрішній дискомфорт. При цьому реакції можуть бути дуже різними: одні люди після їжі відчують задоволення і заспокоєння, інші — навпаки, переживають тривогу або гостре

почуття провини. Важливо й те, що емоційний стан людини суттєво впливає на апетит і вибір конкретних продуктів — і нерідко цей вплив виявляється сильнішим, ніж реальні фізіологічні сигнали голоду та насичення, які організм надсилає. Таким чином, емоційна сфера є одним із головних чинників, що визначають характер харчової поведінки особистості.

Мотиваційно-вольові якості особистості займають особливе місце у регуляції харчової поведінки. Вони відповідають за здатність людини свідомо контролювати своє харчування та не піддаватися імпульсивним бажанням, поставити перед собою чіткі харчові цілі та докладати зусиль для подолання вже сформованих шкідливих звичок. Вольова регуляція харчової поведінки не може бути постійною — вона може суттєво послаблюватися під впливом соціального тиску, хронічної втоми або емоційного напруження. Тому у спокійний день особа може легко контролювати своє харчування, а в момент стресу або тривоги поводить себе зовсім інакше. Чим краще розвинена здатність до саморегуляції — тим стійкішою є харчова поведінка навіть у складних ситуаціях [33].

Поведінкові прояви харчування є своєрідним підсумком усіх внутрішніх психологічних процесів — думок, емоцій і вольових зусиль особистості. Саме поведінка є тим рівнем, який найлегше піддається спостереженню і вивченню, оскільки вона відображає у реальних діях усі внутрішні процеси людини — те, які продукти вона обирає, як готує, як їсть, чи дотримується певного режиму харчування [36].

Щоб краще зрозуміти природу харчової поведінки та чинники, що на неї впливають, варто розглянути їх у широкому психологічному контексті. Серед провідних психологічних механізмів, що регулюють харчову поведінку, виокремлюють такі.

Емоційний механізм є одним із найбільш вивчених і клінічно значущих. Ще в ранніх своїх дослідженнях Ш. Бруч зазначала, що порушення харчової поведінки значною мірою обумовлені нездатністю особистості розрізняти емоційне збудження від фізіологічного голоду, що веде до систематичного

використання їжі для регуляції емоційних станів [21]. Сучасні дослідження підтверджують та конкретизують цей висновок. Професор М. Махт у своїй п'ятифакторній моделі обґрунтовує, що різні емоції мають специфічний вплив на харчову поведінку: страх і смуток, як правило, пригнічують апетит, тоді як нудьга та тривога частіше провокують переїдання. При цьому вплив емоцій охоплює всі ланки харчового процесу — від мотивації їсти до швидкості поглинання та засвоєння їжі [37]. Саме це пояснює феномен «емоційного харчування» — вживання їжі не для задоволення фізіологічної потреби, а для отримання емоційного задоволення або відволікання уваги від негативних переживань.

Когнітивний механізм пов'язаний із системою переконань, очікувань та оцінок, що стосуються їжі та власного тіла. Центральне місце тут посідає концепція «когнітивного обмеження», розроблена К. Херманом та Дж. Поліві: особи з вираженою схильністю до когнітивного контролю над харчуванням прагнуть свідомо регулювати кількість і якість споживаної їжі відповідно до засвоєних дієтичних правил, а не відповідно до сигналів голоду та насичення [8]. Парадокс цього механізму полягає в тому, що надмірний когнітивний контроль нерідко призводить до протилежного ефекту: у ситуаціях стресу або емоційного перевантаження самоконтроль виснажується, і настає так зване «розгальмування» — некероване переїдання.

Соціальний механізм визначає вплив міжособистісного оточення на харчову поведінку. Дослідження засвідчують, що присутність інших людей під час вживання їжі, норми харчування у референтній групі, харчові патерни батьків, братер та сестер, а також оцінні коментарі оточення щодо зовнішнього вигляду людини суттєво впливають на формування харчових звичок. Дослідниця А. В. Кульчицька у своїх роботах звертає увагу на соціальний вимір цього явища: те, що і як їдять наші друзі, батьки та однолітки, дуже потужно впливає на нашу власну харчову поведінку [13]. Підліток, що потрапляє в компанію, де прийнято рахувати калорії та дотримуватися дієт, зазнає набагато вищого ризику розвитку проблем із

харчуванням, ніж той, хто оточений людьми зі здоровим ставленням до їжі. Особливо ця соціальна складова посилилася з розвитком соціальних мереж: Instagram та TikTok суттєво збільшився рівень незадоволеності тілом серед підліткової аудиторії, оскільки ці платформи просувають контент, пов'язаний із «ідеальними» тілами та порівнюють себе з ними .

Мотиваційний механізм пов'язаний із системою харчових мотивів — усвідомлених і неусвідомлених поштовхів до певних харчових дій. Дослідниця Л. ЛаКайль виокремлює такі основні мотиви харчової поведінки : задоволення смаку, управління вагою, зручність, традиції та звички, здоров'я, соціальні причини та емоційне регулювання [9]. Переважання того чи іншого мотиву визначає характер харчової поведінки: наприклад, домінування мотиву управління вагою у поєднанні з негативним образом тіла є вагомим фактором розвитку обмежувальної та компенсаторної харчової поведінки.

Важливу роль у формуванні харчової поведінки відіграє образ тіла — суб'єктивне сприйняття власного тілесного «Я». Дослідники Т. Ф. Кеш та Т. Прузінський виділяють у цьому три частини: те, як людина бачить розміри і форму свого тіла; те, як вона до нього ставиться та оцінює його, а також те, як це впливає на її дії [7]. Незадоволеність тілом є одним із головних факторів ризику розладів харчової поведінки, що підтверджено численними дослідженнями.

Українська дослідниця Є. В. Сінельникова у своїх роботах, присвячених психологічним аспектам харчової поведінки підлітків в умовах воєнного стану в Україні, підкреслює, що в кризових соціальних умовах харчова поведінка набуває функції психологічного захисту та адаптаційного ресурсу: їжа стає одним із небагатьох доступних джерел задоволення та передбачуваності в умовах хронічного стресу [15]. Це надає особливої актуальності вивченню харчової поведінки саме в українському підлітковому контексті, де соціальна та воєнна криза створює додаткове психологічне навантаження.

Таким чином, харчова поведінка є складним психологічним феноменом, в основі якого лежить взаємодія емоційних, когнітивних, соціальних та

мотиваційних механізмів. Розуміння цих механізмів є необхідною передумовою для аналізу причин та проявів розладів харчової поведінки у підлітків.

1.2. Розлади харчової поведінки як психологічна проблема

Розлади харчової поведінки (РХП) являють собою одну з найбільш серйозних і клінічно складних проблем сучасної клінічної психології та психіатрії. Їх відмінною рисою є те, що патологія охоплює одночасно сферу психічного та фізичного здоров'я: розлади харчової поведінки мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних розладів, що пояснюється як безпосередніми медичними ускладненнями, так і підвищеним ризиком суїцидальної поведінки [16].

Відповідно до DSM-5-TR (Американська психіатрична асоціація, 2022) РХП — це стійкі порушення харчової поведінки, пов'язаної з прийомом їжі, що спричиняють значне погіршення фізичного здоров'я або психосоціального функціонування [17]. У DSM-5 розлади харчової поведінки та годування об'єднані в одну діагностичну категорію, що відображає сучасне розуміння їх спільної патогенетичної основи. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) кодує РХП у рубриці F50 у розділі «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами» [18]. У 2022 році прийнята МКХ-11, яка розширила та зробила більш детальну класифікацію РХП, включивши нові конкретні одиниці та переглянувши діагностичні критерії.

За даними міжнародних систематичних оглядів, поширеність клінічно діагностованих РХП серед населення становить близько 8% упродовж життя, з максимальним проявом у підлітковому та юнацькому віці [19]. В Україні системна статистика щодо поширеності РХП відсутня, однак клінічні спостереження вказують на зростання звернень до фахівців з приводу харчових розладів, особливо після 2022 року — в умовах повномасштабного вторгнення та пов'язаного з ним хронічного стресу [20].

У підлітковому віці найбільш поширеними формами РХП є нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання.

Нервова анорексія (F50.0 за МКХ-10) — розлад, при якому особа цілеспрямовано та свідомо знижує масу тіла на фоні нав'язливого страху набору ваги та викривленого сприйняття власного тіла. Психологічна основа анорексії полягає у формуванні переоціненого уявлення про «зайву вагу» та виражених порушень у сприйнятті образу власного тіла. Індивід сприймає своє тіло як «занадто товсте» навіть за умови критично малої ваги [21]. Клінічно анорексія проявляється у жорсткому обмеженні раціону харчування, виключенні груп продуктів жирів та вуглеводів, надмірних фізичних навантаженнях, а в деяких пацієнтів — у провокуванні блювання та зловживанні проносними засобами. Діагностичні критерії нервової анорексії згідно з МКХ-10 включають: масу тіла на 15% нижче норми (або $IMT < 17,5 \text{ кг/м}^2$); самотійно ініційовану втрату ваги; нав'язливий страх ожиріння; вторинні ендокринні порушення аменорея у дівчат, зниження рівня тестостерону у хлопців. Нервова анорексія є найбільш смертоносним психічним розладом: стандартизований коефіцієнт смертності (SMR) становить 5,86, тобто ризик смерті у пацієнтів з анорексією майже в 6 разів вищий, ніж серед осіб відповідного віку та статі [16].

Нервова булімія (F50.2 за МКХ-10) характеризується повторюваними епізодами компульсивного переїдання — вживанням великої кількості їжі за короткий проміжок часу з відчуттям втрати контролю над процесом споживання їжі. Ці епізоди неодмінно супроводжуються компенсаторною поведінкою: провокуванням блювання - найбільш поширений спосіб, застосуванням проносних або сечогінних засобів, надмірними фізичними навантаженнями, голодуванням. На відміну від анорексії, маса тіла при булімії, як правило, знаходиться в межах норми, що ускладнює своєчасне виявлення розладу оточенням та медичними фахівцями. Психологічна характеристика булімії включає виражену незадоволеність тілом, перфекціонізм, підвищену тривожність та схильність до імпульсивної

поведінки [22]. Характерним є «харчовий хаос» — чергування жорстких дієт та безконтрольного переїдання.

Компульсивне переїдання (binge eating disorder, BED) — розлад, що в МКХ-10 кодується у категорії F50.4, а в DSM-5 виділений в окрему нозологічну одиницю. Клінічна картина включає повторювані епізоди вживання надмірної кількості їжі з відчуттям втрати контролю, що не супроводжуються регулярною компенсаторною поведінкою. Емоційний профіль: виражене відчуття сорому, провини та огиди до себе після епізодів переїдання, харчування наодинці через сором [23]. У підлітків BED нерідко пов'язане з депресивними станами та соціальною ізоляцією.

Атипова нервова анорексія (F50.1) та атипова нервова булімія (F50.3) — діагностичні категорії для випадків, коли стан не відповідає повним критеріям відповідних розладів, але включає окремі характерні симптоми. Ці форми клінічно важливі, оскільки є поширенішими, ніж повні форми, і також вимагають психологічної допомоги. В підлітковій практиці атипові форми особливо актуальні, оскільки клінічна картина РХП у цьому віці нерідко є неповною та неоднозначною.

Орторексія — нав'язлива зосередженість на «правильному» та «чистому» харчуванні — попри відсутність офіційного статусу в МКХ-10 та DSM-5, все частіше розглядається як самостійна клінічна одиниця. С. Братман, що першим описав це явище так: «Патологічна одержимість здоровою їжею, що обмежує соціальне функціонування особи та призводить до харчового дефіциту» . [24]. У підлітків орторексія може маскуватися під здоровий спосіб життя та позиціонуватися як «правильна поведінка», що ускладнює діагностику.

Сучасна наука розглядає РХП як мультифакторні розлади, що виникають унаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Ця модель, що отримала назву «мультифакторна модель» , дозволяє пояснити, чому РХП виникають не в усіх осіб, що зазнають несприятливих соціокультурних впливів, а лише у тих, хто поєднує відповідну

генетичну схильність із певними психологічними характеристиками та сімейними умовами.

Дослідження близнюків і сімейних ліній свідчать: спадковість пояснює від 40% до 60% ризику виникнення анорексії та булімії. Нейробіологічні дослідження виявили характерну відмінність і в структурі та функціонуванні мозку у пацієнтів з РХП, також в системах, що впливають на апетит, харчову мотивацію та емоційну регуляцію[25].

Серед індивідуально-психологічних факторів ризику виокремлюють: низьку самооцінку, перфекціонізм [26], алекситимію (труднощі ідентифікації та вербалізації власних емоцій), підвищений рівень нейротизму, obsесивно-компульсивні риси особистості, труднощі з регуляцією негативних афектів та високий рівень тривожності. Дослідження П. Г. Сильверстона переконливо демонструють, що хронічно знижена самооцінка є чинником, а не наслідком розладів харчової поведінки.

Сім'я відіграє ключову роль у формуванні як захисних, так і ризикогенних факторів. Несприятливими сімейними чинниками є: критичні коментарі батьків щодо ваги та зовнішності дитини; стурбованість батьків своєю вагою та дієтичні практики в сім'ї; дисфункціональна комунікація; гіперконтроль або емоційна відстороненість; сімейні конфлікти [12]. Дослідник Є. М. Потапчук підкреслює: атмосфера в сім'ї, харчові патерни батьків та їхні коментарі щодо тіла дитини є потужними предикторами розвитку РХП у підлітковому віці [27].

1.3. Психологічні особливості підліткового віку як чинник ризику розвитку розладів харчової поведінки

Підлітковий вік є одним із найбільш динамічних, суперечливих і психологічно вразливих етапів онтогенезу. Якщо розглядати його крізь призму вікової психології, то підлітковий вік охоплює приблизно 11–17 років і характеризується якісними перетвореннями у всіх сферах психічного розвитку: від фізіологічних перебудов організму до значних змін у

самосвідомості, ціннісних орієнтаціях та системі міжособистісних відносин. Саме поєднання цих трансформацій створює специфічне психологічне підґрунтя, на якому особливо легко формуються розлади харчової поведінки. У межах даного дослідження особлива увага приділяється підліткам 16–17 років, оскільки саме цей вік демонструє найбільш виражений прояв РХП.

Пубертат, як період фізіологічного дозрівання статевої системи та пов'язана з ним перебудова всього організму, є одним із найбільш значущих чинників, що підвищують ризик розвитку РХП. Зміни у будові тіла, що відбуваються в цей час — збільшення жирової тканини у дівчат, поява акне, зміна пропорцій тіла — часто сприймаються підлітками як небажані або загрозливі, особливо на тлі поширених соціокультурних стандартів стрункости. Дослідження Л. В. Осадчої та О. А. Круц показали, що підлітки, які переживають пубертат як дискомфортний та небажаний процес, значно частіше вдаються до обмежувальних харчових практик [28]. Дівчата 16–17 років перебувають у фазі завершення активних пубертатних перетворень, однак психологічна адаптація до нового тіла може тривати значно довше.

Згідно з Е. Еріксоном, центральним новоутворенням підліткового віку є его-ідентичність — суб'єктивне відчуття цілісності та неперервності особистості, яке об'єднує її минулий досвід, теперішній стан і уявлення про майбутнє [29]. Нездатність успішно вирішити кризу ідентичності — тобто сформувати стійке та позитивне «Я» — призводить до стану невизначеності ідентичності: залежність від зовнішніх оцінок і відчуття внутрішньої порожнечі. У цьому контексті контроль над харчуванням та тілом стає для деяких підлітків своєрідним «замінником ідентичності» — способом визначити себе :«Я та людина, яка не їсть цукор», «Я слідкую за харчуванням», — отримати відчуття власної ефективності та передбачуваності.

У своїй дисертації А. О. Тиунова підкреслює, що в умовах невизначеності соціальних ролей, характерної для підліткового віку, харчова поведінка може ставати центральним елементом ідентичності підлітка — «Коли все навколо змінюється і є невизначеним, контроль над власним тілом

і харчуванням дає відчуття стабільності та власної сили» [30]. Цей механізм особливо актуальний для підлітків, що ростуть в умовах соціальної нестабільності — наприклад, в умовах воєнного часу в Україні, де відчуття тривоги та безконтрольності над власним життям набуває особливої актуальності.

Самооцінка підлітків відзначається підвищеною нестабільністю та значною залежністю від зовнішніх оцінок, особливо з боку референтної групи однолітків. Сучасні підлітки оцінюють своє тіло через порівняння з зображеннями в соціальних мережах, і це є апріорі не вигідне порівняння [31]. П. Г. Сильверстон у своєму дослідженні переконливо доводить, що хронічно знижена самооцінка є не наслідком, а передумовою розладів харчової поведінки. Підліток з низькою самооцінкою сприймає власне тіло як основний «недолік», що підлягає виправленню, і звертається до харчової поведінки як до доступного та зрозумілого інструменту «вдосконалення» себе, але навіть успішне схуднення, як правило, не підвищує самооцінку — натомість формується нова ціль і нові обмеження, що є типовим механізмом прогресування РХП [32].

Нейробіологічні дослідження засвідчують, що префронтальна кора — відповідальна за свідомий контроль над емоційними реакціями та імпульсивними спонуканнями — продовжує дозрівати аж до середини третього десятиліття життя [33]. Це пояснює високу емоційну чутливість підлітків, їхню схильність до інтенсивних емоційних спалахів і труднощі з відкладенням задоволення. В контексті харчової поведінки ця нейробіологічна незрілість означає, що підліток має обмежені ресурси для того, щоб витримати негативні емоції без зовнішнього «регулятора» — і їжа нерідко виступає саме таким регулятором. О. М. Аврамчук показав, що рівень тривожності є одним із найбільш значущих предикторів емоційного харчування у підлітків — підлітки з хронічно підвищеною тривожністю вдвічі частіше вживають їжу у відповідь на стрес [34]. При цьому емоційне харчування, надаючи

короткочасне полегшення, формує вторинну провину та сором, що ще більше підсилює тривожність і закріплює дезадаптивні патерни поведінки.

Вплив системи «підліток — однолітки». У старшому підлітковому віці референтна група відіграє головну роль у формуванні поведінкових норм, включаючи харчові. Феномен «харчового конформізму» — дотримання харчових практик, поширених у групі — може як захищати від РХП, якщо в групі прийняте здорове харчування, так і провокувати їх. Г. М. Хатчінсон та Р. М. Рапі встановили, що наявність у найближчому оточенні підлітка осіб з дієтичною поведінкою є незалежним предиктором розвитку РХП [35]. В умовах воєнного часу система «підліток — однолітки» зазнала суттєвих трансформацій у зв'язку з вимушеним переміщенням. О. Кравченко показала: підлітки, що пережили вимушене переміщення, демонструють вищі показники тривожності та порушень харчової поведінки [36].

Клінічно діагностовані РХП у дівчат зустрічаються в 9–10 разів частіше, ніж у хлопців [19]. Це пов'язано з відмінними соціокультурними вимогами: для дівчат домінуючим є тиск у бік худорлявості та стрункості, для хлопців — у бік мускулистості та сили. Разом з тим дослідження фіксують зростання частоти РХП серед хлопців — переважно у формі м'язової дисморфії та надмірного захоплення спортивним харчуванням.

Підлітки 16-17 років мають більший досвід рефлексії та розвинутіше абстрактне мислення порівняно з молодшими підлітками, однак це не знижує ризик РХП. По-перше, підвищується автономія від батьків, що знижує можливість вчасно помітити та відреагувати на симптоми. По-друге, старші підлітки краще розуміють, яка поведінка є «небажаною» з погляду дорослих, і схильні приховувати симптоми. По-третє, тривалість існування субклінічних симптомів до моменту звернення за допомогою у цьому віці може бути більшою, ніж у молодших підлітків.

Окремої уваги заслуговує соціальний контекст, у якому відбувається підліткове дорослішання в сучасній Україні. Повномасштабне вторгнення 2022 року та пов'язані з ним переміщення, втрата звичного оточення, загроза

безпеці та хронічний стрес створюють додаткові психологічні навантаження, що суттєво підвищують ризик розвитку РХП. Дослідниця А. О. Булденко зазначає, що в умовах воєнного часу спостерігається зростання частоти як обмежувальних форм РХП пов'язаних із відчуттям безконтрольності над власним життям, так і компульсивного переїдання, як реакції на хронічний стрес. Це надає особливої практичної значущості вивченню РХП саме в українській підлітковій популяції. [20].

1.4. Тривожність та психологічна резилентність підлітків як ключові психологічні чинники формування розладів харчової поведінки

У нашому дослідженні, окрім власне харчової поведінки, ми вивчали два важливих психологічних показники — тривожність і резилентність. Саме вони, як виявилось в теоретичному аналізі та підтверджено емпірично, є ключовими психологічними чинниками формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років.

Тривожність як психологічний чинник РХП. Психолог Ч. Д. Спілбергер, який розробив шкалу STAI, розрізняв два види тривожності [37]. Ситуативна тривожність (State Anxiety) — це тимчасовий стан напруги і неспокою, що виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію тут і зараз і проходить після її вирішення. Особистісна тривожність (Trait Anxiety) — це стійка риса характеру, схильність сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі і постійно перебувати в стані насторожі. Саме особистісна тривожність є більш серйозним чинником ризику РХП, оскільки вона не пов'язана з конкретною ситуацією, а є стійкою рисою особистості.

Чому тривожність є чинником формування РХП? Підлітки з хронічно підвищеною тривожністю значно частіше вдаються до емоційного харчування або до жорсткого контролю над харчуванням як способу відчувати хоч якийсь порядок у своєму житті [34]. Тривожний підліток шукає доступні способи заглушити свій стан — і їжа є завжди під рукою. При цьому дослідники підкреслюють, що зв'язок між тривожністю і дезадаптивною харчовою

поведінкою є двостороннім: тривожність провокує порушення харчування, а порушення харчування (переїдання, відчуття провини після їди, жорсткі обмеження) посилюють тривожність. Цей замкнений цикл є одним із механізмів прогресування РХП. Саме тому вимірювання тривожності за шкалою STAI є необхідним для розуміння психологічних чинників харчової поведінки — як в академічному, так і в практичному контексті.

Психологічна резилентність як захисний чинник. Резилентність — це психологічна стійкість, здатність витримувати серйозні труднощі, стрес, удари долі і при цьому не «зламатися», а відновлюватися і продовжувати нормально функціонувати. К. М. Коннор та Дж. Р. Т. Девідсон, автори шкали CD-RISC, визначають резилентність як «здатність особистості долати труднощі, справлятися зі стресом і адаптуватися до обставин, що змінюються» [38]. Важливо розуміти: резилентність — це не вроджена риса, а навичка, яку можна розвивати та тренувати.

Резилентна людина, коли стикається зі стресом, шукає конструктивні способи його подолати: говорить з близькими, займається улюбленою справою, шукає розв'язання проблеми. Людина з низькою резилентністю у тій самій ситуації частіше «застрягає» в негативних переживаннях і звертається до менш здорових стратегій подолання стресу — наприклад, до їжі. Л. Кемпбел-Сільс показала: підлітки з вищим рівнем резилентності демонструють менше ознак тривожності і рідше вдаються до дезадаптивних поведінкових стратегій, зокрема порушень харчування [39].

Зв'язок між тривожністю, резилентністю і харчовою поведінкою. Якщо спробувати описати цей зв'язок коротко, то виглядає він так: підліток із хронічно підвищеною тривожністю і низькою резилентністю перебуває в стані постійного напруження і не має достатньо внутрішніх ресурсів, щоб впоратися з ним здоровими способами. Тому він шукає доступні «якорі» для полегшення стану — і їжа стає одним із них. Або, навпаки, контроль над харчуванням стає способом відчутти хоч якусь владу над своїм життям в умовах, де все здається непередбачуваним. Никоненко О. підтверджує: чим вищий рівень тривожності

у підлітка — тим нижчий рівень його психологічної стійкості, і навпаки [34]. Дослідження Л. Кемпбел-Сільс показали: розвиток резилентності є одним із найефективніших способів знизити тривожність у довгостроковій перспективі [39]. Саме цей зв'язок ліг в основу нашого дослідження: ми хотіли перевірити, чи підтвердиться він на вибірці українських підлітків 16–17 років.

Таким чином, тривожність і резилентність — це не просто абстрактні психологічні конструкти, а реальні чинники, що безпосередньо визначають характер харчової поведінки підлітка. Включення методик STAI і CD-RISC-10 до нашого дослідницького комплексу зумовлено саме цим теоретичним обґрунтуванням.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури дозволяє зробити такі висновки:

1. Харчова поведінка є складним біопсихосоціальним феноменом, що охоплює пізнавальну сферу, емоційні реакції, мотиваційно-вольові якості та поведінкові прояви особистості. Вона формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та культурних чинників і може набувати як адаптивних, так і дезадаптивних форм. Ключовими психологічними механізмами порушень є емоційне харчування, когнітивне обмеження та його «розгальмування», соціальний конформізм у харчових практиках та мотив управління вагою. Образ тіла та незадоволеність ним є одним із найпотужніших специфічних предикторів дезадаптивних харчових патернів.

2. Розлади харчової поведінки є серйозними психічними розладами з мультифакторною природою та найвищим рівнем смертності серед психічних захворювань. Основними формами є нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання та атипові форми. Серед психологічних чинників їх виникнення — перфекціонізм, тривожність, низька самооцінка, алекситимія, несприятливі сімейні умови та соціокультурний тиск. В умовах воєнного часу в Україні ці ризики суттєво зростають.

3. Підлітковий вік, особливо вікова група 16–17 років, є критичним вікном для формування РХП: пубертатні зміни тіла, криза ідентичності за Еріксоном, нестабільна самооцінка, незрілість механізмів емоційної регуляції, домінуючий вплив однолітків та соціальних мереж — все це разом створює сприятливі умови для розвитку дезадаптивних харчових моделей. Гендерна специфіка зумовлена відмінними соціокультурними стандартами для жіночого та чоловічого тіла.

4. Тривожність і психологічна резилентність є ключовими психологічними чинниками формування РХП у підлітків. Підлітки з хронічно підвищеною особистісною тривожністю та низькою резилентністю входять до групи підвищеного ризику. Між тривожністю і резилентністю існує зворотній зв'язок: вища резилентність пом'якшує тривожність, нижча — посилює схильність до дезадаптивних харчових стратегій. Це стало теоретичним обґрунтуванням для включення STAI і CD-RISC-10 до нашого дослідження.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ 16–17 РОКІВ

2.1. Процедура дослідження та загальна характеристика вибірки

Метою даного дослідження було виявлення психологічних чинників формування розладів харчової поведінки у підлітків 16–17 років — зокрема ролі тривожності та психологічної резилентності у формуванні патологічних харчових установок і поведінки.

Дослідження проводилося у 2025–2026 навчальному році в рамках переддипломної практики на базі Дніпровського ліцею №100 «ЛІДЕР». Досліджуваними виступили учні 11 класів — підлітки у віці 16–17 років. Як ми з'ясували в теоретичній частині, 16–17 років є критичним вікном для формування розладів харчової поведінки, і саме у випускних класах підлітки переживають одночасно академічний стрес, соціальний тиск і завершення формування ідентичності.

Збір даних здійснювався через Google Forms — онлайн-платформу для анкетування. Досліджуваним роздавалися QR-коди для переходу на опитування. Таким чином емпіричне дослідження проводилося з дотриманням базових принципів психодіагностичної роботи: добровільності участі — досліджувані мали право відмовитися від участі або припинити заповнення анкети на будь-якому етапі без пояснення причин; анонімності — анкети не містили жодного персонального ідентифікатора, а результати обробляються в загальному вигляді; конфіденційності — індивідуальні результати не передаються третім особам, а узагальнені дані використані лише в науково-дослідницьких цілях; інформаційної згоди — досліджувані напередодні були ознайомлені з призначенням, завданнями та процедурою дослідження. Окрім того, Google Forms дозволяє автоматично формувати масив даних у форматі електронної таблиці, що мінімізує помилки ручного введення. Заповнення

анкети займало приблизно 25–30 хвилин. Участь була добровільною та здійснювалась з дотриманням норм конфіденційності.

Загалом у дослідженні взяв участь 31 досліджуваний. Детальний розподіл вибірки за статтю та віком наведено у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки дослідження (n = 31)

Характеристика	Категорія	n	%
Стать	Хлопці	17	54,8
	Дівчата	14	45,2
Вік	16 років	21	67,7
	17 років	8	25,8
Клас	11 клас	31	100

Як видно з таблиці, більшу частину вибірки складають хлопці — 17 осіб (54,8%), дівчата — 14 осіб (45,2%). Переважаючий вік — 16 років (21 особа, 67,7%). Усі досліджувані є учнями 11 класу, що забезпечує відносну однорідність вибірки за освітнім контекстом.

2.2. Методики дослідження

Щоб комплексно дослідити психологічні чинники формування РХП, було підібрано систему валідних психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно оцінити поведінкові, емоційні та особистісні чинники, пов'язані з ризиком РХП. Добір психодіагностичного інструментарію здійснювався відповідно до мети та завдань дослідження, а також з урахуванням вікових особливостей досліджуваної вибірки.

У даному емпіричному дослідженні застосовувалися наступні методики (див. Додатки):

1. Опитувальник харчової поведінки DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire), розроблений Т. ван Стрін, Дж. Є. Р. Фрайтерсом, Г. П. А. Бергерсом та П. Б. Дефаресом (Додаток А).
2. Шкала тривожності STAI (State-Trait Anxiety Inventory), розроблена Ч. Д. Спілбергера (Додаток Б).
3. Скринінговий тест ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test), розроблений Д. М. Гарнером та П. Є. Гарфінкелем (Додаток В).
4. Шкала психологічної стійкості CD-RISC-10 (Connor–Davidson Resilience Scale, 10 items), розроблена К. М. Коннор і Дж. Р. Т. Девідсоном (Додаток Г).

1. Опитувальник харчової поведінки DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire), розроблений Т. ван Стрін, Дж. Є. Р. Фрайтерсом, Г. П. А. Бергерсом та П. Б. Дефаресом .

DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) — опитувальник, був створений голландськими психологами Т. ван Стрієн, Дж. Є. Р. Фрайтерсом, Г. П. А. Бергерсом та П. Б. Дефаресом у 1986 році [40]. Було обрано саме цю методику, оскільки вона дозволяє не просто фіксувати «нормальне» чи «ненормальне» харчування, а розрізнити три основні типи харчової поведінки. Опитувальник складається з 33 тверджень, розподілених на три субшкали.

Перша субшкала — обмежувальне харчування (10 пунктів) — оцінює, наскільки людина свідомо обмежує кількість або якість їжі заради контролю ваги. Типові запитання: «Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?», «Чи стежите ви за тим, що саме їсте?», «Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не погладшати?».

Друга субшкала — емоційне харчування (13 пунктів) — вимірює схильність їсти у відповідь на негативні емоції: тривогу, нудьгу, самотність, злість, страх, розчарування. Приклади: «Чи є у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?», «Чи є у вас бажання їсти, коли вам самотньо?».

Третя субшкала — зовнішнє харчування (10 пунктів) — оцінює реакцію на зовнішні харчові подразники незалежно від фізіологічного голоду: «Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?», «Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?».

Відповіді оцінюються за п'ятибальною шкалою: «Ніколи» — 1 бал, «Рідко» — 2, «Іноді» — 3, «Часто» — 4, «Дуже часто» — 5. Один пункт субшкали зовнішнього харчування — «Чи можете ви встояти перед смачною їжею?» — є зворотним і перераховується за формулою: 6 – бал відповіді. Показник кожної субшкали обчислюється як середнє арифметичне відповідей на всі пункти цієї шкали. Загальний діапазон — від 1 до 5 балів. Якщо середній показник субшкали перевищує 2,5 бали — це свідчить про виражений відповідний стиль харчової поведінки.

2. Шкала тривожності STAI (State-Trait Anxiety Inventory), Ч. Д. Спілбергера

STAI (State-Trait Anxiety Inventory) розроблена американським психологом Ч. Д. Спілбергером у 1970 році, переглянута у 1983 році; для вітчизняної практики адаптована Ю. Л. Ханіним [37]. Методика розрізняє два якісно різних прояви тривоги. Ситуативна тривожність (State Anxiety, 20 пунктів) — тимчасовий стан напруги, що виникає у конкретній ситуації зараз: «Я спокійний», «Я стривожений», «Мені радісно». Досліджуваний оцінює, наскільки кожне твердження відповідає його стану прямо зараз. Особистісна тривожність (Trait Anxiety, 20 пунктів) — стійка риса характеру, схильність взагалі реагувати на різні обставини підвищеною тривогою: «Я надто переживаю через дрібниці», «Мені не вистачає впевненості у собі».

Відповіді оцінюються так: «Ніколи» — 1 бал, «Майже ніколи» — 2, «Часто» — 3, «Майже завжди» — 4. Частина тверджень є прямими (описують тривогу), частина — зворотними (описують спокій і впевненість). Зворотні пункти перераховуються за формулою 5 – бал. Загальний бал кожної субшкали — сума 20 відповідей (від 20 до 80). Рівні тривожності: до 30 балів — низький

рівень, від 31 до 45 — помірний (оптимальний), вище 45 — високий рівень, що вимагає уваги.

3. Скринінговий тест ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test), розроблений Д. М. Гарнером та П. Є. Гарфінкелем

Скринінговий тест ЕАТ-26 був розроблений Д. М. Гарнером та П. Є. Гарфінкелем у 1979 році і скорочений до 26 пунктів у 1982 році [41]. Він є одним із найбільш поширених у світі скринінгових інструментів для виявлення ризику розладів харчової поведінки — дозволяє виявити не тільки вже діагностовані розлади, а й тих, хто знаходиться «на межі». Тест містить 26 тверджень, що охоплюють різні аспекти патологічного ставлення до їжі: страх набрати вагу («Я відчуваю жах при думці про надмірну вагу»), обмежувальна поведінка («Я намагаюся уникати їжі з великим вмістом вуглеводів», «Я уникаю прийому їжі, коли голодний»), компульсивне переїдання («У мене були епізоди переїдання, коли я відчував, що не можу зупинитися»), очисна поведінка («У мене буває блювота після того, як я поїв»), надмірна увага до їжі («Я знаю кількість калорій у їжі», «Я відчуваю, що їжа керує моїм життям»).

Система підрахунку балів наведена у Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Система підрахунку балів ЕАТ-26

Варіант відповіді	Завжди	Зазвичай	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
Бали (пп. 1–25)	3	2	1	0	0	0
Бали (п. 26, зворотний)	0	0	0	1	2	3

Примітка: пункт 26 («Я відчуваю задоволення від того, що куштую нові продукти») є зворотним — відображає здорове ставлення до їжі.

Загальний бал ЕАТ-26 — це сума балів за всіма 26 пунктами (від 0 до 78). Пороговий показник — 20 балів: якщо загальний бал дорівнює 20 або

більше — це свідчить про клінічно значущий ризик розладу харчової поведінки і є підставою для додаткового обстеження у спеціаліста. Важливо: EAT-26 не встановлює діагнозу — він лише показує, хто потребує подальшої уваги.

4. Шкала психологічної стійкості CD-RISC-10 (Connor–Davidson Resilience Scale, 10 items), розроблена К. М. Коннор і Дж. Р. Т. Девідсоном

Методику включено з метою перевірити, чи підлітки з вищою психологічною стійкістю справді менше схильні до патологічних харчових установок та тривожності, тобто чи є резилентність захисним чинником щодо РХП.

Використовувалась скорочена версія шкали, розробленої К. М. Коннором та Дж. Р. Т. Девідсоном у 2003 році і скороченої Л. Кемпбел-Сільс та М. Б. Стейном у 2007 році [39].

Опитувальник складається з 10 тверджень, кожне з яких описує аспект психологічної стійкості: «Здатний адаптуватися до змін», «Можу впоратися з усім, що трапиться», «Впевнений, що подолання стресу зміцнює», «Думаю про себе як про сильну людину», «Швидко відновлююся після хвороби або труднощів», «Можу впоратися з неприємними почуттями» тощо. Кожне твердження оцінюється за шкалою: «Зрідка вірно» — 0 балів, «Вірно час від часу» — 1 бал, «Часто вірно» — 2 бали, «Вірно майже у всіх випадках» — 3 бали. Загальний бал є сумою відповідей і може коливатися від 0 до 30 балів. Чим вищий результат — тим більш вираженою є психологічна резилентність. Рівні: 0–13 — низький, 14–22 — середній, 23–30 — високий рівень психологічної стійкості.

2.3. Методи статистичної обробки даних

Після заповнення анкет були підраховані бали за кожною методикою відповідно до описаних вище правил. Для статистичної обробки отриманих даних використали Microsoft Excel

Для опису вибірки було розраховувано основні показники описової статистики: середнє арифметичне (M) — центральну тенденцію показника по вибірці; стандартне відхилення (SD) — розкид даних навколо середнього; мінімальне та максимальне значення — для оцінки діапазону індивідуальних результатів.

Для виявлення зв'язків між показниками застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона. Цей метод дозволяє встановити, чи існує між двома кількісними змінними лінійний зв'язок і наскільки він є сильним. Формула коефіцієнта кореляції Пірсона:

$$r = \Sigma[(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})] / \sqrt{[\Sigma(x_i - \bar{x})^2 \cdot \Sigma(y_i - \bar{y})^2]}$$

де x_i та y_i — значення двох змінних для i -го досліджуваного, $\bar{x}$ та $\bar{y}$ — їхні середні значення по вибірці. Коефіцієнт r приймає значення від -1 до $+1$: позитивне значення означає прямий зв'язок (чим вищий один показник — тим вищий інший), негативне — зворотний (чим вищий один — тим нижчий інший), значення близьке до 0 — відсутність зв'язку.

Кореляційний аналіз виконувався в Microsoft Excel за допомогою вбудованої функції =PEARSON(масив1; масив2), яка автоматично обчислює коефіцієнт Пірсона для двох стовпців даних. Статистична значущість отриманих коефіцієнтів визначалася шляхом порівняння з критичними значеннями коефіцієнта кореляції Пірсона для відповідного обсягу вибірки ($n = 31$). За рівень значущості прийнято $p \leq 0,05$: зв'язок вважається статистично значущим, якщо отримане значення r перевищує критичне.

2.4. Аналіз та інтерпретація результатів

За результатами методики DEBQ було встановлено, що 32,3% досліджуваних мають високий рівень екстернального харчування, 35,4% — емоційного та 29,0% — обмежувального (Таблиця 2.3). Обробка результатів здійснювалась шляхом підрахунку середнього балу за кожною шкалою відповідно до ключа методики.

Таблиця 2.3

Результати за методикою DEBQ (n = 31)

Тип поведінки	Низький	Середній	Високий
Обмежувальна	8 (25,8%)	14 (45,2%)	9 (29,0%)
Емоційна	7 (22,6%)	14 (45,2%)	10 (32,3%)
Екстернальна	6 (19,4%)	13 (41,9%)	12 (38,7%)

Найбільш вираженим типом харчової поведінки у вибірці є екстернальне харчування — 38,7% підлітків мають його на високому рівні. Це свідчить про схильність вживати їжу під впливом зовнішніх стимулів незалежно від фізіологічного голоду. Отримані результати свідчать про те, що значна частина досліджуваних схильна до прийому їжі під впливом емоційних переживань та зовнішніх стимулів. Варто звернути увагу на гендерну специфіку: дівчата демонструють вищі показники обмежувального харчування $M = 2,39$ порівняно з хлопцями $M = 1,75$, що пов'язано з більшим соціокультурним тиском щодо контролю ваги. Показник емоційного харчування також є вищим у дівчат $M = 2,24$ проти $M = 1,84$ у хлопців, що відображає більшу схильність дівчат до використання їжі як засобу емоційної регуляції.

Аналіз результатів за методикою EAT-26 виявив, що у 16,1% досліджуваних виявлено підвищений ризик розладів харчової поведінки, а 83,9% мають показники у межах норми (Таблиця 2.4). Обробка результатів передбачала кодування відповідей згідно з ключем та підрахунок сумарного балу.

Таблиця 2.4

Результати за методикою EAT-26 (n = 31)

Рівень	Кількість	%
Норма (до 20 балів)	26	83,9
Підвищений ризик (20 і вище)	5	16,1

Попри те, що середній показник EAT-26 по вибірці $M = 8,32$ є значно нижчим за пороговий рівень, 5 досліджуваних мають бал 20 і вище. Показово, що серед цих 5 осіб — 2 хлопці та 3 дівчини, а середній бал EAT-26 у дівчат $M = 11,00$ є вдвічі вищим, ніж у хлопців $M = 6,12$. Аналізуючи конкретні пункти з найвищими балами було помічено, що найбільш поширеними патологічними установками є думки про спалювання калорій під час тренувань, стурбованість жировими відкладеннями на тілі та загальне занепокоєння щодо їжі. Тобто навіть у підлітків без формального ризику РХП присутні окремі тривожні харчові установки, що є важливим сигналом для профілактичної роботи.

Результати за методикою STAI показали, що 45,2% досліджуваних мають високий рівень ситуативної тривожності, 48,4% — середній та 6,5% — низький. За особистісною тривожністю: 51,6% — високий, 45,2% — середній, 3,2% — низький рівень (Таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Результати за методикою STAI (n = 31)

Рівень тривожності	Низький	Середній	Високий
Ситуативна тривожність	2 (6,5%)	15 (48,4%)	14 (45,2%)
Особистісна тривожність	1 (3,2%)	14 (45,2%)	16 (51,6%)

Середній показник особистісної тривожності по вибірці ($M = 45,61$) вже перебуває у зоні «високого» рівня. Тобто більше половини одинадцятикласників мають стійку особистісну схильність до тривожного реагування — це не ситуативна реакція на стрес перед іспитами, а глибинна риса характеру. Цей результат є ключовим психологічним чинником ризику РХП, підтвердженим теоретично в підрозділі 1.4. Дівчата демонструють суттєво вищу тривожність: ситуативна — $M = 45,07$ у дівчат проти $M = 41,94$ у хлопців, особистісна — $M = 47,79$ проти $M = 43,82$. Середній показник особистісної тривожності у дівчат значно перевищує верхню межу помірного рівня (45 балів).

За результатами методики CD-RISC-10, 29,0% досліджуваних мають низький рівень психологічної стійкості, 48,4% — середній та 22,6% — високий.

Таблиця 2.6

Результати за методикою CD-RISC-10 (n = 31)

Рівень	Кількість	%
Низький (0–13 балів)	9 (29,0%)	29,0
Середній (14–22 бали)	15 (48,4%)	48,4
Високий (23–30 балів)	7 (22,6%)	22,6

Середній показник резилентності у вибірці відповідає середньому рівню життєстійкості. При цьому майже третина досліджуваних демонструє низький рівень психологічної стійкості. Це свідчить про обмежені внутрішні ресурси, необхідні для конструктивного подолання стресу. Так, досліджувані хлопці демонструють вищий ступінь психологічну стійкість $M = 16,94$ порівняно з дівчатами $M = 14,50$. Таким чином, дівчата-підлітки у межах даного дослідження одночасно мають вищу тривожність і нижчу резилентність. Таке поєднання формує «профіль підвищеної психологічної вразливості». Таким чином, за умов зростання психоемоційного навантаження, саме ця група досліджуваних має найвищий ризик використання дезадаптивних стратегій. Зокрема, формування патологічних розладів харчової поведінки як спроби компенсації відчуття внутрішньої нестабільності.

2.5. Кореляційний аналіз

З метою встановлення взаємозв'язків між досліджуваних психологічними чинниками та показниками РХП було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Розрахунок здійснювався за формулою Пірсона в Microsoft Excel за допомогою функції =PEARSON() [42]. Для аналізу було відібрано такі показники: рівень порушень харчової поведінки (EAT-26), показники харчової

поведінки (DEBQ), рівень тривожності (STAI) та рівень психологічної стійкості (CD-RISC-10). Результати наведено в Таблиці 2.7.

Таблиці 2.7.

Матриця кореляцій між досліджуваними показниками

Показники	EAT-26	STAI	CD-RISC-10
DEBQ	0,53**	0,31	-0,19
EAT-26	—	0,57***	-0,26
STAI	—	—	-0,57***
CD-RISC-10	—	—	—

*Примітка: *** — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$; значення розраховані за функцією =PEARSON() у Microsoft Excel.*

Виявлено позитивний зв'язок середньої сили між рівнем тривожності та показниками розладів харчової поведінки ($r = 0,57$; $p < 0,001$), що свідчить про зростання ризику формування РХП разом із підвищенням рівня тривожності у підлітків. Цей результат підтверджує теоретичне положення підрозділу 1.4. Тривожність є ключовим психологічним чинником формування РХП. Підліток із хронічною тривогою вдається до жорстких харчових обмежень — як способу відновити відчуття контролю над своїм життям, — або ж, навпаки, «заїдає» тривогу, що і фіксує EAT-26.

Встановлено також позитивний зв'язок між показниками методик DEBQ та EAT-26 ($r = 0,53$; $p < 0,01$): підлітки зі схильністю до обмежувального харчування водночас демонструють ширший спектр патологічних установок — страх перед вагою, надмірний контроль, почуття провини після їди. Обмежувальне харчування є поведінковим проявом тієї самої патологічної системи установок.

Водночас виявлено значущий негативний кореляційний зв'язок між рівнем психологічної стійкості та тривожністю ($r = -0,57$; $p < 0,001$), що підтверджує роль психологічної стійкості як захисного чинника: чим вища резилентність — тим нижча тривожність і тим менший ризик патологічної

харчової поведінки. Психологічна стійкість виступає важливим захисним фактором, що знижує як рівень тривожності, так і ймовірність виникнення дезадаптивних харчових патернів.

Таким чином, результати кореляційного аналізу дозволяють окреслити психологічний профіль підлітка з підвищеним ризиком формування РХП у нашій вибірці: висока особистісна тривожність + низька резилентність + схильність до обмежувального харчування. Ці три характеристики утворюють взаємопов'язаний комплекс психологічних чинників.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

На підставі емпіричного дослідження, проведеного серед 31 домліджуваного 11 класів Дніпровського ліцею №100 «ЛІДЕР» (17 хлопців та 14 дівчат, вік 16–17 років) за допомогою онлайн-анкетування через Google Forms і кореляційного аналізу в Microsoft Excel (функція =PEARSON()), можна зробити такі висновки:

1. За результатами DEBQ найбільш вираженим типом харчової поведінки є екстернальне харчування (38,7% з високим рівнем). Дівчата демонструють помітно вищі показники обмежувального харчування порівняно з хлопцями, що зумовлено більшим соціокультурним тиском щодо контролю ваги. Емоційне харчування також є вищим у дівчат, що відображає їхню більшу схильність до використання їжі як засобу емоційної регуляції.

2. Більшість досліджуваних мають підвищений рівень тривожності: 45,2% — ситуативну та 51,6% — особистісну тривожність на високому рівні. Середній показник особистісної тривожності ($M = 45,61$) перебуває у зоні «високого» рівня. Дівчата демонструють суттєво вищу тривожність за обома субшкалами.

3. У 16,1% вибірки (5 осіб) виявлено клінічно значущий ризик РХП. 29,0% підлітків мають низький рівень психологічної резилентності. Дівчата одночасно мають вищу тривожність і нижчу резилентність, що формує профіль підвищеної психологічної вразливості щодо РХП.

4. Кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу дослідження: виявлено значущі позитивні зв'язки між EAT-26 і тривожністю ($r = 0,57$; $p < 0,001$) та між DEBQ і EAT-26 ($r = 0,53$; $p < 0,01$), а також значущий негативний зв'язок між тривожністю і резилентністю ($r = -0,57$; $p < 0,001$). Тривожність і резилентність підтверджені як ключові психологічні чинники формування РХП у підлітків 16–17 років.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРЕКЦІЇ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

3.1. Психологічні висновки за результатами дослідження

Проведене емпіричне дослідження дозволило отримати цілісну картину психологічних чинників формування розладів харчової поведінки серед учнів 11 класів Дніпровського ліцею №100 «ЛІДЕР». Перш ніж переходити до рекомендацій, варто узагальнити ключові знахідки, оскільки саме вони визначають напрями практичної роботи.

По-перше, більше половини досліджуваних (51,6%) мають стійку особистісну тривожність на високому рівні — це не ситуативна реакція на стрес перед іспитами, а глибинна риса характеру. Середній показник особистісної тривожності ($M = 45,61$) вже перебуває у зоні «високої», що є серйозним психологічним чинником ризику.

По-друге, 29,0% досліджуваних мають низький рівень психологічної резилентності і не мають достатньо внутрішніх ресурсів для конструктивного подолання стресу. Виявлений значущий негативний зв'язок між резилентністю і тривожністю ($r = -0,57$) вказує: підлітки з низькою резилентністю є більш вразливими щодо тривожності і, відповідно, щодо дезадаптивних харчових стратегій.

По-третє, у 16,1% вибірки виявлено клінічно значущий ризик РХП за ЕАТ-26 — кожен шостий підліток потребує індивідуальної уваги психолога. Кореляційний аналіз підтвердив: саме тривожність і низька резилентність є ключовими психологічними чинниками, що формують цей ризик.

По-четверте, домінуючим стилем харчової поведінки є екстернальне харчування — підлітки їдять у відповідь на зовнішні стимули, а не внутрішні сигнали тіла. Це характерна особливість підліткового віку, однак у поєднанні з підвищеною тривожністю та низькою резилентністю може швидко перетворитися на компульсивні харчові патерни.

Таким чином, ці результати окреслюють чіткий психологічний профіль підлітка групи ризику: висока особистісна тривожність + низька резилентність + схильність до обмежувального харчування. Саме на цей комплекс і спрямована система рекомендацій.

3.2. Практичні рекомендації підліткам

На основі отриманих результатів нами розроблено рекомендації для підлітків, спрямовані на зниження рівня тривожності, розвиток резилентності та формування здорового ставлення до харчування і власного тіла .

Навчитися відрізняти фізіологічний голод від емоційного. Перш ніж потягнутися до їжі, варто зупинитися і запитати себе: «Я справді голодний(-а) фізично, чи мені просто тривожно, сумно або нудьгую?» Фізіологічний голод нарастає поступово і супроводжується відчуттям порожнечі в шлунку; емоційний голод виникає раптово і зазвичай «вимагає» конкретних продуктів. Якщо голод є емоційним — корисно спробувати інші способи: прогулятися, написати у щоденник, зателефонувати другу або послухати музику. [4]

Освоювати техніки зниження тривоги. Оскільки тривожність є ключовим чинником ризику РХП, її зниження є пріоритетом профілактичної роботи. Серед ефективних технік: діафрагмальне дихання (вдих на 4 рахунки, затримка на 4, видих на 6) — знижує рівень кортизолу і фізіологічне збудження; техніка «5-4-3-2-1» — назвати 5 речей, які бачиш, 4 — яких торкаєшся, 3 — що чуєш, 2 — на запах, 1 — на смак (повертає в теперішній момент і перериває тривожні думки); прогресивна м'язова релаксація — послідовне напруження і розслаблення груп м'язів .

Формувати здорове ставлення до власного тіла. Критично ставитися до образів «ідеального тіла» в соціальних мережах — переважна більшість таких зображень відфільтровані та відредаговані і не відображають реальності. Практикувати вдячність до тіла: щодня помічати, що тіло робить для тебе (ходить, дихає, відчуває), а не лише як воно виглядає. Корисно обмежити час перегляду контенту, пов'язаного з дієтами та «ідеальними тілами»[49; 2].

Розвивати психологічну резилентність. Прагнути бачити труднощі як можливість стати сильнішим. Підтримувати соціальні зв'язки — спілкування з близькими є важливим ресурсом стійкості. Формувати «скриньку ресурсів» — список занять і способів, які допомагають відновитися після стресу (прогулянка, музика, творчість, спорт тощо) [13; 6].

Якщо підліток помічає у себе симптоми, що нагадують описані вище — страх перед їжею, нав'язливі думки про вагу, компульсивне переїдання, — важливо не замовчувати це, а звернутися до шкільного психолога або батьків. РХП значно краще піддаються корекції на ранніх стадіях, і немає нічого соромного в тому, щоб попросити допомогу.

3.3. Практичні рекомендації психологу закладу

Результати дослідження вказують на необхідність системної профілактичної роботи в межах ліцею, спрямованої насамперед на корекцію виявлених психологічних чинників — тривожності та низької резилентності.

Доцільно щорічно проводити групову психодіагностику серед учнів 9–11 класів із застосуванням ЕАТ-26 та STAI. Учні, що отримали $\text{ЕАТ-26} \geq 20$ або рівень особистісної тривожності > 45 балів, мають бути запрошені на індивідуальну консультацію. Таке раннє виявлення дозволяє надати допомогу до розвитку повноцінного розладу.

Рекомендується включити до планів виховної роботи цикл занять для учнів 10–11 класів: «Харчова поведінка та психологічне благополуччя»; «Тривожність: як розпізнати і допомогти собі»; «Образ тіла і соціальні мережі: критичний погляд»; «Розвиток психологічної стійкості». Такі заняття мають будуватися у форматі діалогу, а не лекції.

Для учнів з виявленими ознаками патологічних харчових установок або підвищеної тривожності рекомендується організувати курс індивідуальних консультацій (6–8 зустрічей). У роботі доцільно використовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії: ідентифікацію та переструктурування

дисфункціональних думок про їжу і тіло, формування адаптивних копінг-стратегій.

Оскільки сімейне середовище та характер взаємин із найближчим оточенням мають вирішальний вплив на формування поведінкових патернів дитини, невід’ємною складовою профілактики є робота з її родиною [32; 19]. Для попередження розвитку деструктивних харчових установок та гармонізації емоційного стану підлітка, батькам рекомендовано дотримуватися таких орієнтирів. Рекомендується проводити батьківські збори з темою «Як говорити з підлітком про їжу і тіло», де батьки отримують практичні рекомендації: уникати критичних коментарів щодо ваги дитини; не практикувати заохочення або покарання їжею; формувати позитивну харчову атмосферу в сім’ї; знати ознаки РХП для своєчасного звернення

Вчителі фізичної культури та біології мають бути поінформовані про ознаки РХП. Рекомендується провести для педагогів міні-семінар «Розлади харчової поведінки у підлітків: що потрібно знати вчителю», а також сформувати алгоритм дій у разі виявлення тривожних симптомів.

3.4. Програма психопрофілактичних занять «Я і моя харчова поведінка»

На підставі результатів дослідження та теоретичного аналізу нами розроблено програму психопрофілактичних групових занять «Я і моя харчова поведінка», спрямовану на зниження рівня тривожності та розвиток психологічної резилентності як ключових психологічних чинників ризику РХП.

Мета програми — профілактика розладів харчової поведінки через корекцію психологічних чинників: зниження тривожності та розвиток психологічної резилентності у підлітків старшої школи.

Завдання програми:

- підвищити рівень обізнаності підлітків щодо механізмів харчової поведінки та чинників ризику РХП;
- навчити розрізняти фізіологічний та емоційний голод;

- розвинути навички регуляції тривоги і стресу без залучення їжі;
- сформувати позитивне ставлення до власного тіла;
- підвищити рівень психологічної резилентності.

Цільова аудиторія: учні 10–11 класів, 15–20 осіб у групі. Форма проведення: групові заняття. Кількість занять: 7. Тривалість кожного заняття: 45 хвилин. Рекомендована частота: 1 заняття на тиждень. Ведучий: шкільний психолог. Структуру програми наведено у Таблиці 3.1.

№	Тема	Зміст	Методи	Час
1	Знайомство. Моє тіло і я	Правила групи, вправи на усвідомлення сигналів голоду та насичення	Бесіда, «Шкала голоду», рефлексія	45 хв
2	Емоції та їжа	Зв'язок між емоціями та харчовою поведінкою; механізм «заїдання» стресу	Психоедукація, щоденник емоцій, дискусія	45 хв
3	Тривога і як з нею жити	Природа тривожності; зв'язок тривожності та харчової поведінки; техніки зниження тривоги	Психоедукація, тілесне сканування, дихальні вправи	45 хв
4	Образ тіла і самооцінка	Критичне мислення щодо медіаобразів; прийняття власного тіла; робота із самооцінкою	Аналіз реклами, «Лист тілу», арт-терапія	45 хв
5	Стрес і стресостійкість	Джерела стресу у підлітковому віці; стратегії подолання стресу без залучення їжі	Мозковий штурм, «Скринька ресурсів», релаксація	45 хв
6	Здорові стратегії харчування	Інтуїтивне харчування; відмінність фізіологічного та емоційного голоду; медитативне харчування	Вправа «Усвідомлений прийом їжі», обговорення	45 хв
7	Мої ресурси і сильні сторони	Розвиток резилентності; виявлення особистісних	«Карта ресурсів»,	45 хв

		ресурсів; планування підтримки; підсумки програми	групова підтримка, зворотній зв'язок	
--	--	---	--------------------------------------	--

Таблиця 3.1 – Структура програми психопрофілактичних занять «Я і моя харчова поведінка»

Кожне заняття має стандартну структуру: вступна частина (5 хв) — перевірка стану учасників, «розігрів»; основна частина (30 хв) — психоедукація та практичні вправи; завершальна частина (10 хв) — рефлексія, зворотній зв'язок, домашнє завдання.

Принципи реалізації програми: добровільність участі (заняття є необов'язковими); конфіденційність (все, що говориться на занятті, залишається в групі); безоцінність (немає «правильних» і «неправильних» відповідей); активна участь (психолог виступає фасилітатором, а не лектором — підлітки самі відкривають для себе нові знання через досвід і обговорення).

Очікувані результати програми: підвищення рівня обізнаності підлітків щодо харчової поведінки та тривожності; зменшення схильності до емоційного та екстернального харчування; розвиток навичок саморегуляції тривоги; підвищення рівня задоволеності власним тілом; зміцнення психологічної резилентності. Ефективність програми рекомендується оцінювати шляхом повторного тестування за методиками EAT-26, STAI та CD-RISC-10 після завершення циклу.

Важливо підкреслити: дана програма є профілактичною і розрахована на загальну популяцію підлітків. Для учнів, у яких вже виявлено клінічно значущий ризик РХП ($EAT-26 \geq 20$), групових занять недостатньо — вони потребують індивідуальної психологічної роботи і, за необхідності, направлення до клінічного психолога або психіатра.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Ключовими мішенями профілактичної роботи є підвищена особистісна тривожність (51,6% з високим рівнем), низька резилентність (29,0%) та схильність до екстернального й обмежувального харчування — як взаємопов'язаний комплекс психологічних чинників ризику РХП.

2. Рекомендації для підлітків охоплюють: навички усвідомленого харчування і розрізнення фізіологічного та емоційного голоду; техніки зниження тривоги (діафрагмальне дихання, техніка «5-4-3-2-1», прогресивна релаксація); розвиток критичного ставлення до медіаобразів «ідеального тіла»; розвиток резилентності; своєчасне звернення за допомогою.

3. Рекомендації для шкільного психолога передбачають: щорічний скринінг за EAT-26 та STAI; психоедукаційні заняття; індивідуальне консультування підлітків групи ризику з елементами КПТ; роботу з батьками та педагогічним колективом.

4. Розроблена програма психопрофілактичних занять «Я і моя харчова поведінка» (7 занять по 45 хвилин) безпосередньо спрямована на корекцію виявлених ключових психологічних чинників — зниження тривожності та розвиток резилентності — і включає психоедукаційний, практичний та рефлексивний компоненти.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Актуальність теми зумовлена зростанням частоти порушень харчової поведінки серед молоді, що в сучасних реаліях України загострюється через хронічний воєнний дистрес та виснаження адаптаційних ресурсів підлітків. Проведене теоретико-емпіричне дослідження дозволило повністю розв'язати поставлені завдання та сформулювати такі висновки:

1. Відповідно до першого завдання, на основі теоретичного аналізу літератури встановлено, що харчова поведінка є складним біопсихосоціальним феноменом, що охоплює когнітивну, емоційну, вольову та поведінкову сфери особистості. Провідними психологічними чинниками формування розладів харчової поведінки (РХП) визначено хронічну тривожність, дефіцит психологічної резилентності, негативний образ тіла та несформованість емоційної саморегуляції.
2. Вирішення другого завдання дозволило обґрунтувати, що підлітковий вік (16–17 років) є самостійним чинником ризику розвитку РХП. Це зумовлено пубертатними змінами тіла, кризою ідентичності (за Е. Еріксоном), нестабільністю самооцінки та інтенсивним соціокультурним тиском стандартів краси. При цьому тривожність виступає внутрішнім тригером незадоволеності тілом, а резилентність — захисним буфером проти зовнішнього стресу.
3. У межах виконання третього завдання сформовано комплекс взаємодоповнювальних методик: скринінговий тест ЕАТ-26 (рівень загрози РХП), опитувальник DEBQ (диференціація стилів харчової поведінки: емоціогенний, екстернальний, обмежувальний), шкала STAI Ч. Спілбергера (ситуативна й особистісна тривожність) та CD-RISC (рівень резилентності). Інтеграція цих методик дозволила розкрити внутрішню динаміку впливу емоційних станів на харчові патерни в умовах зниженого психологічного захисту. Емпірично

досліджено стан проявів РХП, тривожності та резилентності у підлітків 16–17 років:

- Клінічно значущий ризик формування РХП ($EAT-26 \geq 20$) виявлено у 16,1% вибірки;
- Високий рівень ситуативної тривожності зафіксовано у 45,2% респондентів, особистісної — у 51,6% ($M = 45,61$ перебуває в зоні високих значень);
- Низький рівень психологічної резилентності встановлено у 29,0% опитаних;
- Дівчата одночасно демонструють вищу тривожність і нижчу резилентність, формуючи групу максимального ризику.

4. Реалізація четвертого завдання — кореляційний аналіз за допомогою функції =PEARSON() у MS Excel — повністю підтвердила гіпотезу дослідження. Математично доведено:

- Значущий позитивний зв'язок між ризиком РХП та особистісною тривожністю ($r = 0,57$; $p < 0,001$) — тривожність є ключовим емоційним тригером розладів;
- Значущий позитивний зв'язок між стилями харчової поведінки за DEBQ та ризиком РХП ($r = 0,53$; $p < 0,01$);
- Виражений зворотний зв'язок між тривожністю та резилентністю ($r = -0,57$; $p < 0,001$), що підтверджує роль резилентності.

Обґрунтовано психологічний профіль підлітка групи ризику: висока особистісна тривожність + низька резилентність + схильність до обмежувального харчування.

5. Відповідно до п'ятого завдання, розроблено трирівневу систему рекомендацій та корекційну програму:

- Для підлітків: навички усвідомленого харчування, техніки зниження тривоги (діафрагмальне дихання, техніка «5-4-3-2-1», прогресивна релаксація) та медіаграмотність щодо образу тіла;

- Для шкільного психолога: алгоритми щорічного скринінгу за EAT-26 та STAI, психоедукаційні заняття, індивідуальне консультування підлітків групи ризику з елементами КПТ;
- Для батьків і педагогів: батьківські збори щодо здорової харчової атмосфери в сім'ї, міні-семінар для вчителів про ознаки РХП.

Авторська програма «Я і моя харчова поведінка» (7 занять по 45 хв.): спрямована на зниження тривожності, підвищення резилентності та формування здорового ставлення до власного тіла.

Практична значущість роботи полягає у можливості впровадження розробленого інструментарію та профілю ризику в практику психологічної служби загальної середньої освіти. Перспективи подальших досліджень полягають у глибокому аналізі гендерної специфіки РХП та лонгітюдному моніторингу ефективності програми за допомогою повторного тестування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості / Л. М. Абсалямова // Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_25_4 (дата звернення: 18.05.2026).
2. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря // Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2019. Вип. 43. С. 9–32. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-43.9-32> (дата звернення: 23.05.2026).
3. Suhag K., Rauniyar S. Social media effects regarding eating disorders and body image in young adolescents / K. Suhag // Cureus. 2024. Vol. 16, No. 4. Art. e58674. URL: <https://doi.org/10.7759/cureus.58674> (дата звернення: 18.05.2026).
4. Altanova A., Saltanova S., Slobodyanyuk N. Eating disorders in children and adolescents as a complex public health issue: risks, trends, management / A. Altanova // Human and Nation's Health. 2024. Vol. 4. P. 69–97. URL: <https://doi.org/10.31548/humanhealth.4.2024.69> (дата звернення: 18.05.2026).
5. Антонець В., Токарчук Н., Чекотун Т., Герасимова О., Коноплицька А., Сазонова С. Дослідження ймовірності виникнення розладів харчової поведінки у дітей і підлітків / В. Антонець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2024. Т. 14, № 4 (54). С. 215–220. URL: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.4.54.2024.30> (дата звернення: 18.05.2026).
6. Балашов Е. М. Метакогнітивний моніторинг саморегульованої навчальної діяльності студентів : монографія / Е. М. Балашов. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2020. 496 с. (Друковане видання)

7. Бацилєва О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді / О. В. Бацилєва // Актуальні проблеми психології. 2014. Т. VII, вип. 38. С. 57–68. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v7/i38/7.pdf> (дата звернення: 18.05.2026).
8. Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Психологія організаційного стресу : монографія / Л. М. Карамушка. Київ : Міленіум, 2003. 132 с. (Друковане видання)
9. Кравченко О., Сокирська Л., Григоренко Д. Ментальне здоров'я підлітків в умовах війни / О. Кравченко // Психологічний журнал. 2026. № 17. С. 71–81. URL: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.17.2026.362071> (дата звернення: 18.05.2026).
10. Кульчицька А. В. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці / А. В. Кульчицька, Т. В. Федотова // Психологічні перспективи. 2019. Вип. 33. С. 178–191. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-33-178-191> (дата звернення: 18.05.2026).
11. Никоненко О., Іском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок // Вчені записки Університету «КРОК». 2023. № 4 (72). С. 202–211. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-72-202-211> (дата звернення: 18.05.2026).
12. Осадча Л. Ю. Особистісні особливості харчової поведінки під час дії режиму воєнного стану // Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 4 (86). С. 141–148. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-86-4-141-148> (дата звернення: 18.05.2026).
13. Потапчук Є. М., Качан І. О. Вплив сім'ї та сімейного виховання на формування «Я-концепції» у дітей підліткового віку // Габітус. 2022. Вип. 42. С. 84–89. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/14.pdf> (дата звернення: 18.05.2026).

- 14.Сінельникова Є. В. Особливості харчової поведінки молоді під час повномасштабного вторгнення / Є. В. Сінельникова // Медицина та фармація: освітні дискурси. 2024. № 4. С. 14–19. URL: <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2024-4-3> (дата звернення: 18.05.2026).
- 15.Смольська Л. М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2021. № 4. С. 113–117. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.22> (дата звернення: 23.05.2026).
- 16.Тіунова А. О. Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків : дис. канд. психол. наук : 19.00.08. Київ, 2016. 200 с. URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/Д_26.053.23/Tiunova.pdf (дата звернення: 18.05.2026).
- 17.Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : дис. д-ра психол. наук : 19.00.01 / В. І. Шебанова. Київ, 2017. 480 с. (Друковане видання)
- 18.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC : APA, 2022. 1050 p. (Друковане видання)
- 19.Arcelus J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa / J. Arcelus, A. J. Mitchell, J. Wales, S. Nielsen // Archives of General Psychiatry. 2011. Vol. 68, No. 7. P. 724–731. URL.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727255/> (дата звернення: 18.05.2026).
- 20.Berge J. M., Wall M., Loth K., Neumark-Sztainer D. Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors / J. M. Berge // Journal of Adolescent Health. 2010. Vol. 46, No. 4. P. 331–338. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.004> (дата звернення: 23.05.2026).
- 21.Bratman S. Health Food Junkies / S. Bratman, D. Knight. New York : Broadway Books, 2000. 272 p. (Друковане видання)

- 22.Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within / H. Bruch. New York : Basic Books, 1973. 396 p. (Друковане видання)
- 23.Campbell-Sills L. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) / L. Campbell-Sills, M. B. Stein // Journal of Traumatic Stress. 2007. Vol. 20, No. 6. P. 1019–1028. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20271> (дата звернення: 18.05.2026).
- 24.Casey B. J. Changes in cerebral functional organization during cognitive development / B. J. Casey, A. Galvan, T. A. Hare // Current Opinion in Neurobiology. 2005. Vol. 15, No. 2. P. 239–244. URL: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2005.03.012> (дата звернення: 18.05.2026).
- 25.Cash T. F. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice / T. F. Cash, T. Pruzinsky. New York : Guilford Press, 2002. 530 p. (Друковане видання)
- 26.Connor K. M. Development of a new resilience scale (CD-RISC) / K. M. Connor, J. R. T. Davidson // Depression and Anxiety. 2003. Vol. 18, No. 2. P. 76–82. URL: <https://doi.org/10.1002/da.10113> (дата звернення: 18.05.2026).
- 27.Erikson E. H. Identity: Youth and Crisis / E. H. Erikson. New York : Norton, 1968. 336 p. (Друковане видання)
- 28.Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders / C. G. Fairburn. New York : Guilford Press, 2008. 324 p. (Друковане видання)
- 29.Fioravanti G., Bocci Benucci S., Ceragioli G. et al. How the Exposure to Beauty Ideals on Social Networking Sites Influences Body Image: A Systematic Review of Experimental Studies / G. Fioravanti // Adolescent Research Review. 2022. Vol. 7. P. 419–458. URL: <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4> (дата звернення: 18.05.2026).

30. Garner D. M. The Eating Attitudes Test / D. M. Garner, P. E. Garfinkel // Psychological Medicine. 1979. Vol. 9, No. 2. P. 273–279. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163> (дата звернення: 18.05.2026).
31. Grimm E. R. Genetics of eating behavior: established and emerging concepts / E. R. Grimm, N. I. Steinle // Nutrition Reviews. 2011. Vol. 69, No. 1. P. 52–60. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00361.x> (дата звернення: 18.05.2026).
32. Gulich M. War exposure and changes in eating behaviours in Ukrainian school-aged children: a cross-sectional online survey / M. Gulich et al. // Maternal & Child Nutrition. 2025. Vol. 21, No. 1. URL: <https://doi.org/10.1111/mcn.13729> (дата звернення: 18.05.2026).
33. Hampshire E., Mahoney A., Davis S. Parenting styles and disordered eating in youth: a rapid scoping review / E. Hampshire // Frontiers in Psychology. 2022. Vol. 12, Art. 802567. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802567> (дата звернення: 23.05.2026).
34. Herman C. P. Restrained eating / C. P. Herman, J. Polivy // Obesity / Ed. A. J. Stunkard. Philadelphia : Saunders, 1980. P. 208–225. (Друковане видання)
35. Hutchinson D. M. Do friends share similar body image and eating problems? / D. M. Hutchinson, R. M. Rapee // Behaviour Research and Therapy. 2007. Vol. 45, No. 7. P. 1557–1577. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.007> (дата звернення: 18.05.2026).
36. Keel P. K. Psychosocial risk factors for eating disorders / P. K. Keel, K. J. Forney // International Journal of Eating Disorders. 2013. Vol. 46, No. 5. P. 433–439. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.22094> (дата звернення: 18.05.2026).
37. LaCaille L. Eating Behavior / L. LaCaille // Encyclopedia of Behavioral Medicine. Cham : Springer, 2020. P. 711–712. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1613 (дата звернення: 18.05.2026).

38. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model / M. Macht // *Appetite*. 2008. Vol. 50, No. 1. P. 1–11. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002> (дата звернення: 18.05.2026).
39. Microsoft Corporation. Microsoft Excel. Version 2019. Redmond, WA : Microsoft, 2019. URL: <https://www.microsoft.com/excel> (дата звернення: 18.05.2026).
40. Neumark-Sztainer D. Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating / D. Neumark-Sztainer, M. Story, N. E. Sherwood // *International Journal of Eating Disorders*. 2009. Vol. 42, No. 7. P. 664–672. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.20733> (дата звернення: 18.05.2026).
41. Ogden J. *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior* / J. Ogden. Oxford : Blackwell Publishing, 2010. 328 p. (Друковане видання)
42. Sattler F. A. Body image disturbance in children and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa: a systematic review / F. A. Sattler, S. Eickmeyer, J. Eisenkolb // *Eating and Weight Disorders*. 2020. Vol. 25, No. 4. P. 857–865. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00725-5> (дата звернення: 18.05.2026).
43. Silverstone P. H. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? / P. H. Silverstone // *Medical Hypotheses*. 1992. Vol. 39, No. 4. P. 311–315. URL: [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90054-g](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g) (дата звернення: 18.05.2026).
44. Smink F. R. E. Epidemiology of eating disorders / F. R. E. Smink, D. van Hoeken, H. W. Hoek // *Current Psychiatry Reports*. 2012. Vol. 14, No. 4. P. 406–414. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-012-0282-2> (дата звернення: 18.05.2026).
45. Spielberger C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1983. 76 p. (Друковане видання)
46. Stice E. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses / E. Stice, C. N. Marti, P. Rohde // *Journal of*

- Abnormal Psychology. 2013. Vol. 122, No. 2. P. 445–457. URL: <https://doi.org/10.1037/a0030679> (дата звернення: 18.05.2026).
47. Stover P. J., Field M. S., Andermann M. L. et al. Neurobiology of eating behavior, nutrition, and health / P. J. Stover // Journal of Internal Medicine. 2023. Vol. 294, No. 5. P. 582–604. URL: <https://doi.org/10.1111/joim.13699> (дата звернення: 18.05.2026).
48. Van Strien T. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) / T. Van Strien, J. E. R. Frijters, G. P. A. Bergers, P. B. Defares // International Journal of Eating Disorders. 1986. Vol. 5, No. 2. P. 295–315. URL: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T) (дата звернення: 18.05.2026).
49. Vogel E. N., Singh S., Accurso E. C. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders / E. N. Vogel // Journal of Eating Disorders. 2021. Vol. 9, Art. 131. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1> (дата звернення: 23.05.2026).
50. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva : WHO, 1992. 362 p. (Друковане видання)

ДОДАТКИ**Додаток А****ОПИТУВАЛЬНИК DEBQ (DUTCH EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE)**

Інструкція: Уважно прочитайте кожне твердження і позначте відповідь, що найкраще описує вашу поведінку. 1 — Ніколи, 2 — Рідко, 3 — Іноді, 4 — Часто, 5 — Дуже часто.

Субшкала 1. Обмежувальне харчування (пп. 1–10):

1. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?
2. Чи стежите ви за тим, що саме їсте?
3. Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не погладшати?
4. Чи свідомо ви обмежуєте себе під час їжі, хоча вам цього не хочеться?
5. Чи часто ви відмовляєтесь від їжі або напоїв через те, що вони калорійні?
6. Чи думаєте ви про те, скільки їсте?
7. Чи уникаєте ви їсти між основними прийомами їжі, оскільки стежите за вагою?
8. Чи часто ви намагаєтесь їсти менше, ніж хотіли б?
9. Чи переїдаєте ви іноді, а потім вирішуєте наступного дня їсти менше?
10. Чи намагаєтесь ви не їсти між прийомами їжі, хоча вам цього хочеться?

Субшкала 2. Емоційне харчування (пп. 11–23):

11. Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?
13. Чи є у вас бажання їсти, коли вам сумно або пригнічено?
14. Чи є у вас бажання їсти, коли вам самотньо?
15. Чи є у вас бажання їсти, коли хтось вас розчарував?
16. Чи є у вас бажання їсти, коли щось не виходить?

17. Чи є у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?
18. Чи є у вас бажання їсти, коли все здається безнадійним?
19. Чи є у вас бажання їсти, коли ви стривожені?
20. Чи є у вас бажання їсти, коли вас охоплює страх?
21. Чи є у вас бажання їсти після розчарування?
22. Чи є у вас бажання їсти, коли щось пішло не так?
23. Чи є у вас бажання їсти, коли вам дуже погано?

Субшкала 3. Зовнішнє харчування (пп. 24–33):

24. Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай?
25. Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше?
26. Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачної їжі, чи є у вас бажання це з'їсти?
27. Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?
28. Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?
31. Чи можете ви встояти перед смачною їжею? (зворотний пункт)
32. Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?
33. Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?

Ключ: показник субшкали = середнє арифметичне відповідей. Понад 2,5 — виражений відповідний стиль. Пункт 31 зворотний: бал = 6 – відповідь.

ТЕСТ EAT-26 (EATING ATTITUDES TEST)

Інструкція: Прочитайте кожне твердження і позначте відповідь. Завжди — 3 бали, Зазвичай — 2, Часто — 1, Іноді/Рідко/Ніколи — 0. Пункт 26 зворотний.

1. Мене жахає думка про те, що я потовстішаю.
2. Я уникаю їсти, коли голодний(-а).
3. Я відчуваю, що їжа керує моїм життям.
4. Мені трапляється переїдати — я відчуваю, що не можу зупинитися.
5. Я розрізаю свою їжу на маленькі шматочки.
6. Я знаю кількість калорій у їжі, яку я їм.
7. Я особливо уникаю їжі, яка містить багато вуглеводів (хліб, картопля, рис).
8. Я відчуваю, що інші хотіли б, щоб я їв(-ла) більше.
9. Я блюю після їжі.
10. Я відчуваю дуже сильне почуття провини після їди.
11. Я думаю про бажання схуднути.
12. Думаю про спалення калорій під час тренувань.
13. Інші вважають, що я занадто худий(-а).
14. Мене турбують думки про жир на моєму тілі.
15. Я їм довше, ніж інші люди.
16. Я уникаю їжі, що містить цукор.
17. Я їм дієтичну їжу.
18. Я відчуваю, що їжа контролює моє життя.
19. Мені важко контролювати себе навколо їжі.
20. Я відчуваю, що інші чинять на мене тиск, щоб я їв(-ла).
21. Я витрачаю занадто багато часу й думок на їжу.
22. Я відчуваю дискомфорт після їди.
23. Я дотримуюся дієти.
24. Мені подобається мати пустий шлунок.

25. Після їди мені хочеться блювати.

26. Я отримую задоволення від куштування нових продуктів. (зворотний)

Ключ: загальний бал 0–78. Бал ≥ 20 — скринінговий індикатор ризику РХП.

ШКАЛА ТРИВОЖНОСТІ СПЛІБЕРГЕРА (STAI), ФОРМА Y-1 — СИТУАТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ

Інструкція: Прочитайте кожне твердження і вкажіть, як ви почуваєтесь ЗАРАЗ.

1 — Ніколи, 2 — Майже ніколи, 3 — Часто, 4 — Майже завжди. (з) — зворотний пункт.

1. Я спокійний(-а). (з)
2. Мені нічого не загрожує. (з)
3. Я перебуваю у напрузі.
4. Мені шкода. (з)
5. Я відчуваю себе вільно. (з)
6. Я засмучений(-а).
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я відчуваю себе відпочившим(-ою). (з)
9. Я стривожений(-а).
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення. (з)
11. Я впевнений(-а) у собі. (з)
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я збуджений(-а).
15. Я не відчуваю напруженості та скутості. (з)
16. Я задоволений(-а). (з)
17. Я стурбований(-а).
18. Я дуже збуджений(-а) і не можу заспокоїтися.
19. Мені радісно. (з)
20. Мені приємно. (з)

ФОРМА Y-2 — ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ

Інструкція: Прочитайте кожне твердження і вкажіть, наскільки це ЗАГАЛОМ характерне для вас.

21. Я відчуваю задоволення. (з)
22. Я швидко втомлююся.
23. Я легко плачу.
24. Я хотів(-ла) би бути таким(-ою) щасливим(-ою), як інші.
25. Я програю через нерішучість.
26. Я відчуваю себе бадьорим(-ою). (з)
27. Я спокійний(-а), холоднокровний(-а) і зосереджений(-а). (з)
28. Труднощі збивають мене з пантелику.
29. Я надто переживаю через дрібниці.
30. Я цілком щасливий(-а). (з)
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не вистачає впевненості у собі.
33. Я відчуваю себе в безпеці. (з)
34. Я намагаюся уникати кризових ситуацій.
35. У мене буває хандра.
36. Я задоволений(-а). (з)
37. Дрібниці відволікають і хвилюють мене.
38. Я так переживаю, що не можу заснути.
39. Я рівний(-а) і спокійний(-а). (з)
40. Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи.

*Зворотні пункти (з): перераховуються як 5 – бал. Загальний бал субшкали:
20–80. Рівні: ≤ 30 — низький, 31–45 — помірний, > 45 — високий.*

ШКАЛА РЕЗИЛЕНТНОСТІ CD-RISC-10

Інструкція: Прочитайте кожне твердження і позначте, наскільки воно характерне для вас. 0 — Зрідка вірно, 1 — Вірно час від часу, 2 — Часто вірно, 3 — Вірно майже у всіх випадках.

1. Я здатний(-а) адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з усім, що трапиться.
3. Я намагаюся бачити позитивний бік навіть у складних ситуаціях.
4. Я думаю про себе як про сильну людину.
5. Я можу впоратися з неприємними почуттями.
6. Успіх приходить завдяки наполегливості та вмінню не зупинятися перед перешкодами.
7. Я можу сконцентруватися навіть під тиском.
8. Я не здаюся навіть коли здається, що справи безнадійні.
9. Я швидко відновлююся після хвороби, травми або інших труднощів.
10. Коли все здається безнадійним, я все одно не втрачаю духу.

Ключ: загальний бал — сума відповідей (0–30). Рівні: 0–13 — низький, 14–22 — середній, 23–30 — високий рівень психологічної резилентності.