

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА –
бакалаврський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

СХИЛЬНІСТЬ МОЛОДІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Виконала: здобувачка 4 курсу, 4 групи

галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

спеціальності 053 «Психологія»

Єльнікова Анастасія В'ячеславівна

Науковий керівник:

д. мед. н., професор Ульянов В. О

Рецензент:

канд. психол.н., доцент Рєпнова Т. П

Одеса – 2026

АНОТАЦІЯ

Єльнікова А.В. Схильність молоді до розладів харчової поведінки. – Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія». – Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2026.

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретико-емпіричне дослідження схильності сучасної молоді до розладів харчової поведінки (РХП). На основі аналізу вітчизняних наукових джерел розкрито поняття, психологічну характеристику та класифікацію РХП, систематизовано психологічні (низька самооцінка, перфекціонізм, алекситимія, тривожність, емоційна дисрегуляція), соціальні (тиск медіа та соціальних мереж, культурні стандарти краси, дія референтних груп, наслідки воєнного стресу) та індивідуальні (вік, стать, темперамент, сімейний контекст) чинники ризику.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці з 53 респондентів юнацького віку з використанням комплексу методик: авторського опитувальника, опитувальника форми тіла BSQ (Body Shape Questionnaire) та шкали obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Y-BOCS). Доведено, що схильність молоді до РХП має виражений obsесивно-компульсивний характер, супроводжується значним рівнем тілесного незадоволення та соціальної тривоги. Розроблено систему практичних рекомендацій щодо профілактики РХП серед молоді.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, схильність, юнацький вік, образ тіла, незадоволеність тілом, obsесивно-компульсивні прояви, перфекціонізм, психопрофілактика, BSQ, Y-BOCS.

SUMMARY

Yelnikova A.V. The Tendency of Youth to Eating Disorders. – Qualification thesis for the Bachelor's degree in Psychology, specialty 053. – National University «Odesa Law Academy», Odesa, 2026.

The qualification paper presents a theoretical and empirical study of the tendency of contemporary youth to eating disorders (ED). Based on the analysis of national scientific sources, the paper clarifies the concept, psychological characteristics and classification of ED; it systematises the psychological (low self-esteem, perfectionism, alexithymia, anxiety, emotional dysregulation), social (media and social-network pressure, cultural beauty standards, reference-group influence, war-related stress) and individual (age, sex, temperament, family environment) risk factors.

Empirical research was conducted on a sample of 53 young respondents using a complex of methods: the author's questionnaire, the Body Shape Questionnaire (BSQ), and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). It is demonstrated that youth proneness to ED has a pronounced obsessive-compulsive character, is accompanied by a significant level of body dissatisfaction and social anxiety. A system of practical recommendations for ED prevention among young people has been developed.

Key words: eating disorders, predisposition, youth, body image, body dissatisfaction, obsessive-compulsive manifestations, perfectionism, psychoprophylaxis, BSQ, Y-BOCS.

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	11
1.1. Методологічне обґрунтування та програма емпіричного дослідження.....	11
1.2. Характеристика методів емпіричного дослідження	14
Висновки до розділу 1.....	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	21
2.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження схильності молоді до розладів харчової поведінки	21
2.2. Практичні рекомендації щодо профілактики розладів харчової поведінки серед молоді.....	33
Висновки до 2 розділу.....	37
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42
ДОДАТКИ.....	47

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Розлади харчової поведінки (далі – РХП) у сучасній психологічній науці визнаються однією з найбільш складних і небезпечних форм психічної патології, що демонструє стрімке зростання поширеності серед молоді у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність нервової анорексії, нервової булімії та психогенного переїдання в осіб юнацького віку упродовж останніх десятиліть зросла у кілька разів, причому смертність, асоційована з нервовою анорексією, залишається однією з найвищих серед усіх психічних розладів. Юнацький вік є періодом інтенсивного формування самосвідомості, у структурі якої центральне місце посідає образ власного тіла. У цей віковий період відбувається завершення фізичного дозрівання, формування статевої ідентичності, активний пошук особистісного «Я» та соціальної ролі.

Окрім соціально-культурного контексту, велике значення мають індивідуально-психологічні чинники: перфекціонізм, тривожність, алекситимія, низький рівень емоційної саморегуляції, перфекціоністські та компульсивно-обсесивні риси характеру. Поєднання цих чинників із дисфункційним сімейним середовищем (гіперконтролем, конфліктами, нездоровими харчовими звичками батьків) формує комплексну, мультифакторну етіологію РХП [6; 23]. Усе зазначене обумовлює актуальність ґрунтового теоретико-емпіричного дослідження схильності молоді до РХП, виявлення провідних чинників ризику та розробки психопрофілактичних заходів.

Розлади харчової поведінки належать до найбільш складних та поліетіологічних розладів сучасної клінічної психології. Особлива небезпека РХП обумовлена не лише прямою загрозою фізичному здоров'ю (виснаження, метаболічні порушення, ускладнення з боку серцево-судинної системи, остеопороз, аменорея у жінок), але й вираженням психопатологічним компонентом – депресивними розладами, тривожними розладами, обсесивно-компульсивними рисами, суїцидальними ідеями. За даними міжнародних епідеміологічних досліджень, нервова анорексія

посідає перше місце за рівнем смертності серед усіх психічних розладів, а доступ до ефективної психотерапевтичної допомоги залишається обмеженим навіть у країнах з розвинутою системою охорони психічного здоров'я.

Сучасна українська молодь зростає в умовах безпрецедентної комбінації стресових факторів: тривалі воєнні дії, пандемічні обмеження попередніх років, економічна нестабільність, інтенсивна цифровізація повсякденного життя. Кожен із зазначених факторів окремо є потужним психологічним стресором, а їх синергічна дія створює ризиковане соціально-психологічне середовище для розвитку дисфункційних копінг-стратегій, у тому числі через харчову поведінку. У цих умовах теоретичне осмислення механізмів формування схильності до РХП та розробка адресних психопрофілактичних програм набувають особливої наукової та практичної значущості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічна проблематика розладів харчової поведінки активно розробляється у сучасних вітчизняних дослідженнях. Загальнотеоретичні засади психології особистості та психічного здоров'я, що становлять методологічну основу нашого дослідження, висвітлено у навчальному посібнику С.Д. Максименка [19]. Безпосередньо питання сутності, проявів і чинників РХП у молоді розглянуто у дослідженнях Т. Мудрик [22], С.Р. Шеремети [40], М.В. Саврасова та Т.Г. Касрашвілі [30], Л.П. Міщихи та О.В. Чіляк [21], О. Балагурак [4]. Зазначені автори визначають РХП як комплексні психічні розлади мультифакторного характеру, у виникненні яких поєднуються біологічні, психологічні, сімейні та соціально-культурні чинники.

Психологія тілесності, тілесного «Я» та образу тіла представлена у працях О. Остапенко та О. Ляшенко [27], С. Рудницької та А. Колярової [29], М.Р. Клименка [14], В.Б. Синякової [33], Т.М. Третьякової та В.О. Плукчі [35]. У зазначених дослідженнях образ тіла розглядається як складний психологічний конструкт, що включає когнітивний, емоційний, поведінковий та ціннісно-смісловий компоненти, а тілесна незадоволеність – як один з провідних предикторів схильності до РХП.

Психологічним чинникам формування схильності до РХП у молоді присвячено праці Н. Булатевич та О. Домарацької [6], О.О. Бугославської та К.Л.

Мілютіної [5], Д.О. Левченка [17], О. Никоненко та А. Іском [23], Т.О. Серги та М.В. Білоусенко [32], І.Г. Головської та О.О. Руденко [10], М.І. Бабчука [3]. Серед психологічних чинників автори виокремлюють низьку самооцінку, перфекціонізм, тривожність, депресивні стани, алекситимію, obsесивно-компульсивні риси характеру, дисфункційні когнітивні переконання та неадаптивні стратегії емоційної регуляції.

Питання соціально-психологічних детермінант, зокрема впливу соціальних мереж, цифрового середовища та культурних стандартів краси, досліджували Ю.О. Асеева [2], О.В. Гречановська, О.М. Мегем і Л.М. Потапюк [11], Ю.Є. Кокоріна [15], В.Б. Синякова [33]. Дослідниці звертають увагу на роль ідеалізованих, цифрово відредагованих зображень тіла у формуванні незадоволеності власною зовнішністю у юнацькому віці, а також на дію алгоритмів соціальних мереж, що створюють «фільтр-бульбашки» обмежувальної харчової тематики.

Вікові, сімейні та освітні аспекти харчової поведінки розкрито у працях Т. Федотової, О. Кихтюк і А. Кульчицької [36], Н.М. Ордатій та С.О. Ковальчук [25], В. Антонець та співавторів [1], А.В. Ляшко, Ю.П. Коренєвої та М.С. Маркіної [18]. Зазначені автори підкреслюють особливу вразливість юнацького віку до формування РХП через поєднання біологічних, психологічних та соціальних факторів, а також значущість сімейних патернів харчування і характеру взаємодії в системі «батьки-діти».

Емоційно-регулятивні аспекти й зв'язок харчової поведінки з тривожністю, стресом та війсьним станом проаналізовано у дослідженнях Г.Б. Варіної та С.В. Шевченко [7], М.В. Саврасова, Т.Г. Касрашвілі та Г.Б. Панфілової [31], О.В. Скакунової та О.В. Дрозд [34], В.В. Огоренка, А.В. Шорнікова й Т.А. Крючихіна [24], Л.Ю. Осадчої та Є.П. Сисуєвої [26], М. Гашимової [8]. Автори переконливо доводять, що тривалий війсьний стрес, втрата відчуття безпеки та хронічна тривожність суттєво впливають на психологічне благополуччя молоді та можуть провокувати розвиток дисфункційних харчових патернів.

Підходи до психологічної підтримки та психокорекційної роботи з проявами РХП представлено у працях О. Марциняк-Дорош та співавторів [20], Т. Федотової,

О. Кихтюк і А. Кульчицької [36]. Дослідники описують схемотерапевтичні, когнітивно-поведінкові та інтегративні стратегії психотерапевтичної допомоги особам з РХП. Соціокультурний контекст та соціальні аспекти безпечної харчової поведінки в Україні висвітлено у дослідженнях Л.М. Хижняк, В.В. Сичової, О.В. Хижняк [37], а методологічні підходи до вивчення харчових феноменів – у роботах О.В. Гладченко [9] та О.А. Пивоваренко [28]. У концептуалізації досліджуваного феномена ми спиралися на положення В.І. Шебанової, Т.М. Яблонської [38; 39] та Т. Мудрик [22], згідно з якими нормативна, проблемна та клінічно патологічна харчова поведінка можуть розглядатися як точки одного континууму.

Сучасні класифікаційні системи (DSM-5, ICD-11) виокремлюють серед основних форм РХП нервову анорексію, нервову булімію, психогенне (компульсивне) переїдання, уникаючий/обмежувальний розлад прийому їжі (ARFID) та інші специфічні розлади харчування [21; 22]. Епідеміологічні дані останніх років свідчать про посилення поширеності РХП серед української молоді, що зумовлено тривалим воєнним стресом, інтенсифікацією медіавпливу та зростанням обізнаності фахівців щодо діагностики цих розладів [24; 26]. Особливо тривожним є те, що значна частка молодих осіб зі схильністю до РХП не звертається за професійною допомогою, сприймаючи свої харчові патерни як соціально нормативні [11; 15].

Попри значну кількість досліджень, окремі аспекти проблематики залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, недостатньо систематизовано взаємозв'язок obsесивно-компульсивних проявів та незадоволеності тілом у молоді в умовах сучасних соціальних викликів (війна, цифровізація, тиск соцмереж). Не до кінця розроблено комплексні психопрофілактичні програми, що враховували б специфіку української молодіжної аудиторії. Це й обумовило вибір теми кваліфікаційної роботи.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних, соціальних та індивідуальних чинників, що зумовлюють схильність молоді до розладів харчової поведінки, а також у розробці практичних рекомендацій щодо їх профілактики.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

1. На основі аналізу вітчизняних наукових джерел розкрити поняття, психологічну характеристику та класифікацію розладів харчової поведінки.
2. Систематизувати психологічні чинники формування схильності молоді до розладів харчової поведінки.
3. Проаналізувати соціальні та індивідуальні фактори ризику розвитку розладів харчової поведінки у молодому віці.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження індивідуально-психологічних характеристик та схильності молоді до розладів харчової поведінки
5. Здійснити аналіз та інтерпретацію отриманих емпіричних даних, виявити рівень тілесного незадоволення та obsесивно-компульсивних проявів у досліджуваної вибірки.
6. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної профілактики розладів харчової поведінки серед молоді.

Об'єкт дослідження – соціально-психологічні характеристики молоді.

Предмет дослідження – вплив соціально-психологічних характеристик молоді на схильність до розладів харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що схильність молоді до розладів харчової поведінки залежить від поєднання психологічних чинників (низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність, obsесивно-компульсивні риси, алекситимія), соціального впливу (ідеали краси, нав'язувані медіа та соціальними мережами, тиск референтних груп) та індивідуальних характеристик (особливості темпераменту, харчові звички в сім'ї, гендер, вік).

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс взаємодоповнюючих методів: теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація положень наукових джерел; емпіричні – психодіагностичне тестування, анкетування; методи математичної статистики – обчислення відсоткових співвідношень, аналіз тенденцій та якісно-кількісна інтерпретація отриманих даних.

Методики дослідження:

1. Авторська анкета для виявлення схильності до розладів харчової поведінки серед молоді (15 запитань щодо демографічних характеристик, харчових звичок, ставлення до тіла, емоційного стану, контролю над прийомом їжі).

2. Опитувальник форми тіла BSQ (Body Shape Questionnaire) П. Купера, М. Тейлора, З. Купер та К. Фейрберна – для діагностики рівня незадоволеності власним тілом та його формами.

3. Шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) В. Гудмана та співавторів – для оцінки тяжкості obsесивно-компульсивних симптомів.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що теоретичний матеріал і емпіричні висновки роботи можуть бути використані практичними психологами закладів вищої освіти, шкільними психологами, спеціалістами центрів психологічної допомоги для розробки психопрофілактичних та психокорекційних програм роботи з молоддю, схильною до розладів харчової поведінки. Сформульовані рекомендації можуть стати основою для просвітницьких заходів, тренінгів самоприйняття, тілесно-орієнтованих практик у молодіжному середовищі.

Публікації автора за темою дослідження. Основні результати дослідження висвітлені у публікації: Єльнікова А.В. Схильність молоді до розладів харчової поведінки. Матеріали науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2026. С. ____.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів (із чотирьох підрозділів), висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що містить 40 найменувань, та додатків. Загальний обсяг основного тексту – 40 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Методологічне обґрунтування та програма емпіричного дослідження

Для підтвердження гіпотези про залежність схильності молоді до розладів харчової поведінки від поєднання психологічних чинників, соціального впливу та індивідуальних характеристик було організовано та проведено комплексне емпіричне дослідження. Базою дослідження виступив Національний університет «Одеська юридична академія», м. Одеса. У дослідженні взяли участь 53 респонденти юнацького віку, переважно здобувачі вищої освіти різних факультетів і курсів навчання.

Емпіричне дослідження було побудовано як двоетапний діагностичний зріз, що відповідало поставленим завданням та обраній теоретичній моделі. Перший етап мав на меті виявити загальний рівень схильності молоді до РХП, харчові звички, ставлення до власного тіла та емоційні особливості, пов'язані з прийомом їжі. На цьому етапі застосовувалося анкетне опитування з використанням авторської анкети. Другий етап мав на меті поглиблене психодіагностичне обстеження, спрямоване на оцінку рівня obsесивно-компульсивних проявів та незадоволеності власним тілом. На цьому етапі використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики – опитувальник форми тіла BSQ та шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна Y-BOCS.

Теоретико-методологічну базу дослідження становлять загальнопсихологічні принципи системності, об'єктивності, розвитку, детермінізму, єдності свідомості та діяльності, представлені у працях С.Д. Максименка [19]. Принцип системності забезпечує цілісний підхід до вивчення схильності молоді до РХП як складного, ієрархічно організованого феномена, що інтегрує психологічні, соціальні та індивідуально-біологічні чинники. Принцип об'єктивності реалізується через засто-

сування стандартизованих психодіагностичних методик з підтвердженими психометричними характеристиками. Принцип розвитку враховує вікову специфіку юнацького періоду як критичної стадії формування тілесної ідентичності та харчових патернів. Принцип детермінізму орієнтує дослідження на виявлення психологічних, соціальних та індивідуальних чинників, які зумовлюють схильність до РХП.

Концептуальною основою дослідження виступає континуальна модель харчової поведінки, представлена у працях В.І. Шебанової, Т.М. Яблонської [38; 39] та Т. Мудрик [22], згідно з якою нормативна, проблемна та клінічно патологічна харчова поведінка розглядаються як точки одного континууму. У межах цієї моделі схильність до РХП визначається як стійка психологічна готовність особистості реагувати на емоційні, соціальні та індивідуальні стимули шляхом дисфункційних харчових патернів. Така схильність формується задовго до клінічної маніфестації розладу і може бути виявлена за допомогою діагностичного інструментарію, що оцінює тілесну незадоволеність, obsесивно-компульсивні риси та перфекціоністські настанови.

Програма емпіричного дослідження містила чотири послідовних етапи. Перший етап – підготовчо-організаційний – передбачав обґрунтування актуальності дослідження, формулювання гіпотези, визначення об'єкта, предмета, мети й завдань, відбір психодіагностичних методик, формування дослідницької вибірки. Другий етап – діагностично-розвідувальний – мав на меті виявити загальний рівень схильності молоді до РХП за допомогою авторського анкетного опитування. Третій етап – поглиблено-діагностичний – передбачав психодіагностичне обстеження за стандартизованими методиками BSQ та Y-BOCS. Четвертий етап – аналітико-узагальнюючий – містив якісно-кількісну обробку отриманих даних, їх психологічну інтерпретацію, формулювання висновків та розроблення системи практичних рекомендацій.

Обґрунтування вибору комплексу психодіагностичних методик ґрунтувалося на низці критеріїв: відповідність діагностичного інструментарію меті й завданням дослідження; психометрична спроможність методик (надійність, валідність,

стандартизованість); адекватність методик віковим характеристикам респондентів юнацького віку; різнобічність діагностичного покриття – охоплення емоційних, когнітивних, поведінкових та тілесних аспектів схильності до РХП; реалістична можливість проведення психодіагностики в умовах онлайн-формату з дотриманням етичних принципів. Комплекс методик дозволяє отримати об'ємну психологічну картину досліджуваного феномена та забезпечує тріангуляцію результатів через зіставлення даних з трьох незалежних джерел: авторської анкети, опитувальника BSQ та шкали Y-BOCS.

Двоетапна модель психодіагностичного зрізу побудована за принципом «від загального до часткового». На першому етапі застосовано авторську анкету, спрямовану на скринінгове виявлення провідних ризикових маркерів схильності до РХП у вибірці. Анкета містить блоки запитань щодо ставлення до тіла та маси, харчових звичок, емоційного компонента харчової поведінки, контролю над прийомом їжі та соціально-порівняльних практик. На другому етапі здійснено поглиблене психодіагностичне обстеження з використанням двох стандартизованих методик – BSQ для діагностики тілесної незадоволеності та Y-BOCS для оцінки obsесивно-компульсивних проявів. Така послідовність забезпечує логічно вибудовану діагностичну стратегію: загальний скринінг → поглиблене обстеження → інтегративний аналіз.

Робоча гіпотеза дослідження конкретизувалася у трьох змістовних припущеннях. По-перше, припускається, що у вибірці молоді юнацького віку буде виявлено високий рівень суб'єктивної незадоволеності власною вагою та образом тіла, що корелюватиме із самооцінкою та соціально-порівняльною поведінкою. По-друге, очікується, що значна частина респондентів демонструватиме субклінічно виражений рівень obsесивно-компульсивних проявів, які можуть розглядатися як психологічний маркер схильності до РХП. По-третє, передбачається наявність конгруентності між показниками тілесної незадоволеності (за BSQ) та obsесивно-компульсивних проявів (за Y-BOCS), що буде емпіричним підтвердженням теоретичних положень про obsесивно-компульсивну природу тілесної фіксації при схильності до РХП.

Стратегія формування вибірки спиралася на принципи доступності та добровільності участі: респонденти долучалися до дослідження за допомогою цілеспрямованої розсилки запрошень в академічному середовищі НУ «Одеська юридична академія» та супутніх соціальних мережах. Цільова група – здобувачі вищої освіти юнацького віку (18–25 років), без вимог до спеціальності, курсу навчання або статі, що забезпечило природну гетерогенність вибірки. Розмір вибірки ($n = 53$) є типовим для емпіричних бакалаврських досліджень та достатнім для застосування методів описової статистики і якісного аналізу даних.

Опис вибірки. У дослідженні взяли участь 53 респонденти, з яких 47 (88,7 %) – особи жіночої статі, 6 (11,3 %) – особи чоловічої статі. Більшість респондентів (49 осіб, або 92,5 %) є представниками юнацького віку (18–25 років), 3 особи (5,7 %) – старше 25 років, 1 респондент (1,8 %) – молодше 18 років. За освітнім рівнем 39 респондентів (73,6 %) мають неповну вищу освіту (тобто навчаються в закладі вищої освіти), 11 (20,8 %) – повну загальну середню, 3 (5,7 %) – повну вищу освіту. Така вибірка є репрезентативною для досліджуваної соціально-демографічної групи – здобувачів вищої освіти юнацького віку у великому університетському центрі України.

1.2. Характеристика методів емпіричного дослідження

Процедура дослідження передбачала анонімне онлайн-опитування з використанням платформи Google Forms. Респондентів було попереджено про повну анонімність та конфіденційність даних, можливість у будь-який момент припинити участь у дослідженні, гарантовано неможливість ідентифікації окремих учасників. Це забезпечило сприятливі психологічні умови для відвертих відповідей та підвищило достовірність результатів.

Авторська анкета на виявлення схильності до розладів харчової поведінки серед молоді містила 15 запитань, що охоплювали такі тематичні блоки:

- 1) демографічні характеристики (вік, стать, рівень освіти);

2) ставлення до власного тіла та маси (задоволеність вагою, вплив тіла на самооцінку);

3) харчові звички та обмеження (тривале утримання від їжі, дотримання дієт, переїдання);

4) емоційні аспекти харчової поведінки (залежність прийому їжі від настрою, тривога від з'їденого, вплив харчування на емоційний стан);

5) контроль і компенсаторна поведінка (відчуття втрати контролю під час їжі, використання екстремальних методів схуднення);

6) соціальні порівняння (порівняння свого тіла з тілами інших).

Для кожного запитання було передбачено 3 варіанти відповіді, що дозволяло однозначно інтерпретувати отримані дані. Повний текст анкети наведено в Додатку А.

При розробці авторської анкети ми керувалися принципами психометричного конструювання: кожен пункт повинен мати однозначну інтерпретацію, релевантну темі дослідження; варіанти відповідей мають бути зрозумілими, не перевантажувати респондента, дозволяти диференціювати рівні вираженості ознак; формулювання запитань – нейтральне, без оцінкового забарвлення, що зменшує вплив соціальної бажаності відповідей. Структуру анкети побудовано за принципом «лійки»: на початку – нейтральні демографічні запитання, далі – більш чутливі питання щодо ставлення до тіла й харчових звичок, у кінці – запитання щодо емоційного стану та контролю над прийомом їжі.

Скринінгова функція авторської анкети полягає у попередньому виявленні ризикових маркерів схильності до РХП у молоді: суб'єктивної незадоволеності власною вагою, залежності самооцінки від тілесного образу, тривалих обмежень у їжі, емоційно зумовленої харчової поведінки, переживання стресу через зовнішність, тенденції до соціального порівняння тіла, епізодів втрати контролю над прийомом їжі, використання екстремальних методів схуднення. Виявлення зазначених маркерів є підставою для подальшого поглибленого психодіагностичного обстеження за стандартизованими методиками. Анкетування проводилося у фор-

маті онлайн-опитування через платформу Google Forms, що забезпечило широку доступність методики та зручність обробки даних.

Опитувальник форми тіла BSQ (Body Shape Questionnaire), розроблений П. Купером, М. Тейлором, З. Купер та К. Фейрберном, є визнаним стандартизованим інструментом для оцінки рівня незадоволеності власним тілом та його формами. Опитувальник містить пункти, що оцінюють інтенсивність переживань респондента щодо власної фігури, тенденції до тілесного моніторингу, соціальної тривоги, пов'язаної з тілом, та дисморфічних проявів. Кожен пункт оцінюється за шкалою від «ніколи» (1 бал) до «завжди» (6 балів). Сумарний показник інтерпретується відповідно до п'яти рівневих категорій: 1–19 балів – відсутнє незадоволення, 20–38 – низький рівень, 39–57 – середній рівень, 58–76 – підвищений рівень, 77–96 – високий рівень. Питання опитувальника BSQ наведено у Додатку Б.

Психометричні характеристики опитувальника BSQ ґрунтовно перевірені у численних міжнародних дослідженнях. Внутрішня узгодженість методики, оцінена за коефіцієнтом α Кронбаха, становить 0,93–0,97 у різних популяціях. Тест-ретестова надійність – на рівні $r = 0,88$. Конструктна валідність BSQ підтверджена кореляціями з опитувальниками порушень харчової поведінки EAT-26, EDI, що знаходяться у діапазоні $r = 0,61$ – $0,78$. Конкурентна валідність доведена здатністю методики розрізняти осіб з клінічно встановленим діагнозом РХП та контрольну групу здорових респондентів. Висока чутливість опитувальника BSQ зробила його одним з найбільш широко використовуваних інструментів психодіагностики тілесної незадоволеності у клінічній та академічній психології.

Вибір опитувальника BSQ для нашого дослідження зумовлений кількома чинниками: 1) фокус на жіночій частині молоді, для якої методика спочатку розроблялася і психометрично адаптована; 2) широке застосування в українських дослідженнях, що забезпечує можливість зіставлення результатів; 3) лаконічна структура (16 пунктів), що мінімізує втому респондента; 4) чітка шкальна структура, що дозволяє однозначно інтерпретувати рівневі категорії; 5) висока чутливість до субклінічних рівнів тілесної незадоволеності, що особливо важливо для дослідження схильності (а не клінічних форм) до РХП.

Шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), розроблена В. Гудманом та колегами, є стандартизованим інструментом для оцінки тяжкості obsесивно-компульсивних симптомів. Шкала включає блок оцінки obsесій (нав'язливих думок) та компульсій (нав'язливих дій), оцінюючи їх частоту, тривалість, інтерферентність із повсякденним функціонуванням, рівень дистресу та опору. Кожен пункт оцінюється від 0 до 4 балів, сумарний показник коливається у межах 0–40 балів та інтерпретується за п'ятьма рівнями: 0–7 – дуже низький рівень, 8–15 – низький, 16–23 – середній, 24–31 – підвищений, 32–40 – високий. Бланк методики Y-BOCS наведено у Додатку В.

Шкала Y-BOCS, розроблена В. Гудманом та колегами у 1989 році, є визнаним «золотим стандартом» оцінки obsесивно-компульсивних симптомів у клінічній та академічній психології. Методика отримала широке застосування у дослідженнях obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) та розладів obsесивно-компульсивного спектру. Психометричні характеристики Y-BOCS підтверджені у численних міжнародних валідаційних дослідженнях: α Кронбаха коливається у межах 0,87–0,94, тест-ретестова надійність – на рівні 0,85, конвергентна валідність із клінічною шкалою тяжкості ОКР $r = 0,80$ – $0,90$. Методика чутлива до змін симптоматики у процесі психотерапевтичної інтервенції, що робить її придатною також для моніторингу ефективності лікування.

Вибір шкали Y-BOCS у нашому дослідженні зумовлений теоретичним припущенням про obsесивно-компульсивну природу схильності до РХП. Численні сучасні дослідження вказують, що obsесивні думки щодо ваги, форми тіла, калорій та харчування, а також ритуалізовані компульсивні дії (постійне зважування, перевірка тіла у дзеркалі, підрахунок калорій, ритуальне розташування їжі на тарілці) є типовими психологічними характеристиками осіб зі схильністю до РХП. Застосування Y-BOCS дозволяє виявити субклінічні рівні obsесивно-компульсивних проявів, що можуть слугувати раннім маркером ризику розвитку клінічних форм РХП. Адаптація шкали до української вибірки забезпечена її широким застосуванням у дослідженнях українських психологів та клініцистів.

Усі три методики – авторська анкета, BSQ та Y-BOCS – доповнюють одна одну та забезпечують тріангуляцію психодіагностичних даних. Авторська анкета виконує функцію широкого скринінгу, оцінюючи зовнішньо-поведінкові ознаки схильності до РХП. BSQ занурюється у структуру тілесного «Я» та виявляє афективний компонент незадоволеності тілом. Y-BOCS досліджує когнітивно-поведінкову складову, пов'язану з obsесивно-компульсивними проявами, які за теоретичними положеннями становлять ядро психологічного механізму РХП. Зіставлення даних з трьох незалежних методик забезпечує більш надійні висновки порівняно з застосуванням окремих діагностичних інструментів та посилює конструктну валідність дослідження.

Конфіденційність даних забезпечувалася технічними засобами платформи Google Forms (відсутність збору особистих ідентифікаторів, IP-адрес, e-mail респондентів). Усі первинні дані зберігалися у захищеному вигляді й використовувалися виключно у цілях наукового дослідження. У разі завершення дослідження респонденти за бажанням отримували можливість ознайомитися з узагальненими результатами дослідження та рекомендаціями щодо психологічного благополуччя.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою методів кількісного (обчислення абсолютних і відсоткових показників, побудова частотних розподілів, аналіз середніх значень) та якісного (інтерпретація змістовних характеристик відповідей, психологічна інтерпретація отриманих рівневих категорій) аналізу. Для наочного представлення результатів використано таблиці та діаграми.

Етичні аспекти дослідження. Дослідження було проведене з дотриманням етичних принципів психологічного дослідження: добровільність участі, поінформована згода, повна анонімність, конфіденційність персональних даних, неможливість завдати психологічної шкоди учасникам, право на відмову від участі без жодних негативних наслідків.

Загальна логіка інтерпретації даних передбачала послідовний рух від загальних характеристик харчової поведінки молоді (за результатами авторської анкети) до поглибленої характеристики тілесного «Я» (за BSQ) і obsесивно-компульсив-

них проявів (за Y-BOCS), що дозволяє побудувати об'ємну психологічну картину досліджуваного феномена.

Висновки до розділу 1

Програма, підбір методів емпіричного дослідження ґрунтувались на таких теоретичних положеннях.

1. Розлади харчової поведінки є групою психічних розладів зі складною, мультифакторною етіологією, що поєднує біологічні, психологічні, сімейні, соціально-культурні та духовно-екзистенційні чинники. У сучасній психологічній науці РХП розглядаються як комплексне явище, що охоплює дисфункції когнітивної, емоційної, поведінкової та тілесної сфер особистості. Сучасні класифікаційні системи (DSM-5, ICD-11) виділяють кілька основних форм РХП – нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання, ARFID та інші специфічні розлади. Поширеність РХП серед молоді в Україні зростає, що зумовлено сучасними соціальними викликами, включно з воєнним стресом, інтенсифікацією медіавпливу, наслідками пандемії [21; 24; 40].

2. Психологічні чинники схильності молоді до РХП утворюють комплексну систему, у якій взаємодіють: 1) риси особистості (низька самооцінка, перфекціонізм, obsесивно-компульсивні риси); 2) особливості емоційної сфери (висока тривожність, депресивний фон, алекситимія, низький емоційний інтелект, дисфункційні стратегії емоційної регуляції); 3) когнітивні чинники (ірраціональні переконання щодо їжі, тіла і власної цінності, дихотомічне мислення, катастрофізація, селективна увага до «недоліків» зовнішності). Кожна з цих груп має самостійне значення, проте саме їх взаємодія формує стійку психологічну готовність молоді до розвитку дисфункційних харчових патернів.

3. Соціальні та індивідуальні фактори ризику РХП утворюють багаторівневу систему: на макрорівні діють культурні стандарти краси, медіасередовище, економічні умови; на мезорівні – референтні групи однолітків та сім'я з її харчовими звичками і моделями виховання; на мікрорівні – індивідуально-психологічні

особливості, особистісний психотравматичний досвід, темперамент, гендерна ідентичність та вік. Особливе значення в сучасних умовах мають вплив соціальних мереж (Instagram, TikTok), тиск референтних груп, сімейна дисфункційність та військовий стрес [11; 15; 24; 33].

4. Юнацький вік є періодом найвищого ризику розвитку РХП через поєднання біологічних, психологічних і соціальних факторів: завершення статевого дозрівання, інтенсивне формування ідентичності (у тому числі тілесної), вступ до закладу вищої освіти, перші серйозні міжособистісні стосунки. Особи жіночої статі є більш вразливими щодо РХП, але останнім часом спостерігається зростання поширеності розладів серед чоловіків у формі дисморфії м'язів [18; 30].

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження схильності молоді до розладів харчової поведінки

Результати авторського анкетування. Аналіз демографічних характеристик вибірки показав, що абсолютна більшість опитаних (49 осіб, або 92,5 %) представляє віковий діапазон 18–25 років, що повністю відповідає визначеному об'єкту дослідження – юнацькій віковій категорії. Кількість осіб старше 25 років становить 3 респонденти (5,7 %), молодше 18 – 1 респондент (1,8 %). Розподіл за статтю продемонстрував істотну перевагу осіб жіночої статі – 47 (88,7 %) проти 6 чоловіків (11,3 %), що значною мірою відповідає міжнародним епідеміологічним даним стосовно більшої поширеності інтересу до проблематики РХП у жіночій частині молоді. За освітнім рівнем 39 респондентів (73,6 %) мають неповну вищу освіту (тобто є студентами закладів вищої освіти), 11 (20,8 %) – повну загальну середню, 3 (5,7 %) – повну вищу.

Стосовно ставлення до власної ваги, результати анкетування виявили досить тривожну картину. На запитання «Чи задоволені ви своєю вагою?» лише 14 респондентів (26,4 %) відповіли ствердно, тоді як 25 осіб (47,2 %) виявили незадоволеність своєю вагою, а 14 (26,4 %) обрали варіант «складно відповісти». Таким чином, майже половина опитаних молодих людей не задоволені власною масою тіла, а ще понад чверті виявляють амбівалентне ставлення, що сумарно становить понад 73 % респондентів з невпевненим або негативним ставленням до власної ваги.

Аналіз відповідей на запитання «Чи вважаєте ви, що вигляд вашого тіла впливає на вашу самооцінку?» виявив, що 32 респонденти (60,4 %) ствердно визнали такий вплив, ще 17 (32,1 %) обрали варіант «час від часу», і лише 4 (7,5 %) заперечили вплив тілесного образу на самооцінку. Це переконливо демонструє, що тілесний компонент є інтегральною частиною Я-концепції сучасної молоді – понад 90 % респондентів визнають його значущість для власної самооцінки. Зазначені результати узгоджуються з теоретичними положеннями про центральну роль образу тіла у структурі самосвідомості осіб юнацького віку.

Стосовно харчових обмежень, на запитання «Чи утримувались ви від їжі тривалий час?» 25 респондентів (47,2 %) відповіли «так», 19 (35,8 %) – «ні», 9 (17,0 %) обрали варіант «складно сказати». Майже половина опитаних з власної ініціативи практикувала тривале утримання від їжі, що є тривожним показником, оскільки епізодичні голодування з мотивів контролю ваги розглядаються як один із важливих предикторів подальшого розвитку рестриктивних форм РХП.

Емоційний компонент харчової поведінки оцінювався за кількома запитаннями. На запитання «Чи залежать ваші прийоми їжі від вашого настрою або оточення?» 25 респондентів (47,2 %) відповіли «так», 22 (41,5 %) – «іноді», лише 6 (11,3 %) – «ні». Таким чином, понад 88 % молодих людей визнають емоційну зумовленість власної харчової поведінки, що свідчить про значну роль емоційної регуляції у функціонуванні харчових патернів. На запитання «Чи часто прийом їжі або його відсутність впливає на ваш емоційний стан?» 31 респондент (58,5 %) відповів «іноді», 17 (32,1 %) – «часто», лише 5 (9,4 %) – «ніколи». Це підтверджує тезу про те, що харчова поведінка у сучасної молоді тісно переплетена з емоційною сферою і виконує функцію механізму емоційної саморегуляції.

Стосовно стресу, пов'язаного з тілесним образом, на запитання «Як часто ви відчуваєте стрес через вигляд вашого тіла або вагу?» 31 респондент (58,5 %) відповів «іноді», 15 (28,3 %) – «часто», 7 (13,2 %) – «ніколи». Сумарно 86,8 % респондентів періодично або часто переживають стрес через тілесний образ, що є важливим індикатором схильності до РХП.

Контрольні параметри харчової поведінки виявили високий рівень дезадаптивності. На запитання «Чи було у вас відчуття втрати контролю під час прийому їжі?» 26 респондентів (49,1 %) відповіли «так», 14 (26,4 %) – «складно відповісти», 13 (24,5 %) – «ні». Майже половина опитаних визнає епізоди втрати контролю над прийомом їжі, що є одним із діагностичних критеріїв компульсивного переїдання та може свідчити про розвиток субклінічних форм РХП. На запитання «Як часто ви переїдаєте?» 34 респонденти (64,2 %) відповіли «іноді», 12 (22,6 %) – «часто», 7 (13,2 %) – «ніколи». Стійкі епізоди переїдання визнають понад 86 % опитаних.

Особливе значення мають дані стосовно використання екстремальних методів схуднення. На запитання «Чи використовували ви будь-які екстремальні методи для схуднення (викликання блювоти, прийом проносних або діуретиків, голод, надмірне фізичне навантаження)?» 31 респондент (58,5 %) відповів «ні», 16 (30,2 %) – «так», 6 (11,3 %) – «складно відповісти». Більше третини респондентів визнають факти використання радикальних методів корекції ваги, які є явними патогенними практиками і безпосередньо підвищують ризик розвитку клінічних форм РХП.

Соціально-порівняльний компонент є яскраво вираженим: на запитання «Як часто ви порівнюєте своє тіло з тілами інших людей?» 25 респондентів (47,2 %) відповіли «часто», 21 (39,6 %) – «іноді», лише 7 (13,2 %) – «ніколи». Сумарно близько 87 % молодих людей систематично залучені до соціального порівняння власного тіла з тілами оточуючих, що відповідає теоретичним положенням про роль соціального тиску у формуванні незадоволеності тілом.

Стосовно тривоги, пов'язаної з прийомом їжі, на запитання «Як часто ви відчуваєте тривогу через те, що з'їли?» 25 респондентів (47,2 %) відповіли «іноді», 21 (39,6 %) – «ніколи», 7 (13,2 %) – «часто». Близько 60 % опитаних періодично або постійно переживають тривогу у зв'язку з прийомом їжі.

Запитання щодо дотримання спеціальних дієт показало, що 39 респондентів (73,6 %) не дотримуються жодних дієт або обмежень у харчуванні, 11 (20,8 %) дотримуються дієт за власним бажанням, 3 (5,7 %) – не за власним бажанням. Хоча більшість не дотримується суворих дієт, поєднання цих даних з показниками тривоги, втрати контролю та використання екстремальних методів свідчить про те, що ризики формування РХП у досліджуваній групі є реальними і потребують уваги психологів.

Узагальнюючи результати авторського анкетування, можемо констатувати, що в обстеженій вибірці молоді спостерігається висока поширеність ризикових щодо РХП маркерів: незадоволеність власною вагою, залежність самооцінки від тілесного образу, емоційна зумовленість харчової поведінки, періодичні переживання стресу через зовнішність, тенденція до соціального порівняння, епізоди втра-

ти контролю над прийомом їжі. Понад третина респондентів практикує екстремальні методи корекції ваги. Усі ці показники у сукупності свідчать про необхідність поглибленого психодіагностичного обстеження для виявлення латентної схильності до РХП, що було реалізовано на наступному етапі дослідження.

Таблиця 2.1

Результати обстеження за опитувальником обсесивно-компульсивна шкала Йеля-Брауна (n = 53)

№	Схильність до обсесивно-компульсивних розладів					Сума балів
	Дуже низький	Низький	Середній	Підвищений	Високий	
1			19			19
2				24		24
3		8				8
4		9				9
5				25		25
6				26		26
7			18			18
8	5					5
9	2					2
10	0					0
11			16			16
12	4					4
13			20			20
14	0					0
15		10				10
16		13				13
17			21			21
18			18			18
19	3					3
20			17			17
21	6					6
22		14				14
23			22			22
24				28		28
25	7					7
26			19			19
27		12				12
28			23			23
29	5					5
30					33	33

31			17			17
32				27		27
33			20			20
34		11				11
35				29		29
36			16			16
37		15				15
38			18			18
39	6					6
40			22			22
41	3					3
42				24		24
43			19			19
44		9				9
45	7					7
46			21			21
47	5					5
48			17			17
49		12				12
50	2					2
51	6					6
52			23			23
53		10				10

Результати психодіагностичного обстеження за шкалою Y-BOCS. Для оцінки тяжкості obsесивно-компульсивних проявів у респондентів була проведена психодіагностика з використанням шкали Йеля-Брауна (Y-BOCS). Згідно з критеріями шкали: 0–7 балів – дуже низький рівень, 8–15 балів – низький рівень, 16–23 балів – середній рівень, 24–31 балів – підвищений рівень, 32–40 балів – високий рівень. Розгорнуті дані щодо результатів обстеження кожного з 53 респондентів представлені у Таблиці 2.1.

Узагальнений аналіз отриманих даних виявив наступний розподіл за рівнями obsесивно-компульсивних проявів: дуже низький рівень виявлено у 15 респондентів (28,3 %), низький рівень – у 12 респондентів (22,6 %), середній рівень – у 18 респондентів (34,0 %), підвищений рівень – у 7 респондентів (13,2 %), високий рівень – у 1 респондента (1,9 %).

Найбільш чисельну категорію складають респонденти із середнім рівнем обсесивно-компульсивних проявів (18 осіб, або 34,0 %), що свідчить про помірну вираженість обсесивної симптоматики у третини обстежених молодих людей. Це може включати нав'язливі думки щодо власної зовнішності, ваги, харчування, а також компульсивні дії у формі ритуального зважування, перевірки тіла у дзеркалі, підрахунку калорій тощо. Хоча на цьому рівні симптоматика не досягає клінічно значущих параметрів, вона має тенденцію посилюватися під впливом стресу та може еволюціонувати до більш виражених форм за відсутності адекватної психологічної підтримки.

Сумарно низький та дуже низький рівні обсесивно-компульсивних проявів виявлено у 27 респондентів (50,9 %), що становить близько половини вибірки. Це може свідчити як про відсутність ризикованих обсесивно-компульсивних патернів у цих осіб, так і про їхню високу психологічну стійкість.

Особливу увагу привертає те, що у 7 респондентів (13,2 %) виявлено підвищений рівень обсесивно-компульсивних проявів, а в 1 особи – навіть високий рівень. Ці молоді люди фактично потребують професійної психологічної консультації, оскільки обсесивно-компульсивна симптоматика на такому рівні суттєво порушує повсякденне функціонування, а в поєднанні з вираженою тілесною незадоволеністю – значно підвищує ризик розвитку клінічних форм РХП.

Таблиця 2.2

Результати обстеження за тестом BSQ (Body Shape Questionnaire) (n = 53)

№	Рівень незадоволеності своїм тілом та його формами					Сума балів
	Відсутній	Низький	Середній	Підвищений	Високий	
1			44			44
2				65		65
3			47			47
4			50			50
5	17					17
6			51			51
7		35				35
8				74		74

9		38				38
10				61		61
11			46			46
12				75		75
13			55			55
14			57			57
15			45			45
16	12					12
17		22				22
18					82	82
19			42			42
20				68		68
21			39			39
22		28				28
23			49			49
24				58		58
25	8					8
26			53			53
27			41			41
28				63		63
29		30				30
30					90	90
31			56			56
32				60		60
33			48			48
34		25				25
35				66		66
36			52			52
37		32				32
38			43			43
39				73		73
40			40			40
41	18					18
42					78	78
43			54			54
44		37				37
45				71		71
46			56			56

47				76		76
48			46			46
49		34				34
50					86	86
51				69		69
52			50			50
53				67		67

Результати психодіагностичного обстеження за тестом BSQ. Дослідження рівня незадоволеності власним тілом та його формами за допомогою опитувальника BSQ (Body Shape Questionnaire) дозволило отримати більш диференційовану картину тілесного «Я» сучасної молоді. Згідно з критеріями шкали: 1–19 балів – відсутнє незадоволення, 20–38 балів – низький рівень, 39–57 балів – середній рівень, 58–76 балів – підвищений рівень, 77–96 балів – високий рівень. Детальні дані щодо результатів обстеження за BSQ кожного з 53 респондентів наведені у Таблиці 2.2.

Узагальнений аналіз отриманих даних виявив наступний розподіл респондентів за рівнями незадоволеності власним тілом: відсутність незадоволеності – у 4 респондентів (7,5 %), низький рівень – у 9 респондентів (17,0 %), середній рівень – у 22 респондентів (41,5 %), підвищений рівень – у 14 респондентів (26,4 %), високий рівень – у 4 респондентів (7,5 %).

Найбільш репрезентативною є група із середнім рівнем незадоволеності тілом (22 особи, 41,5 %). Молоді люди цієї категорії періодично переживають незадоволення власною фігурою, але ці почуття ще не набули obsесивно-домінуючого характеру. Однак вони вже можуть провокувати ризиковану харчову поведінку (епізодичні дієти, обмеження солодкого, посилене відвідування спортзалу з мотивів корекції фігури) та формувати когнітивну основу для розвитку більш виражених форм незадоволеності у майбутньому.

Друга за чисельністю група – респонденти з підвищеним рівнем тілесної незадоволеності (14 осіб, 26,4 %). Ці молоді люди регулярно переживають значне незадоволення власною фігурою, часто демонструють ритуали тілесного контролю.

9	2						38			
1 0	0								61	
1 1			16					46		
1 2	4								75	
1 3			20					55		
1 4	0							57		
1 5		10						45		
1 6		13				12				
1 7			21				22			
1 8			18							82
1 9	3							42		
2 0			17						68	
2 1	6							39		
2 2		14					28			
2 3			22					49		
2 4				28					58	
2 5	7					8				
2 6			19					53		
2 7		12						41		
2 8			23						63	
2 9	5						30			
3 0					33					90
3 1			17					56		
3 2				27					60	
3 3			20					48		
3 4		11					25			
3 5				29					66	
3 6			16					52		
3 7		15					32			
3 8			18					43		
3 9	6								73	
4 0			22					40		
4 1	3					18				
4 4				24						78

2										
4			19					54		
3										
4		9					37			
4										
5	7								71	
4			21					56		
6										
4	5								76	
7										
4			17					46		
8										
4		12					34			
9										
5	2									86
0										
5	6								69	
1										
5			23					50		
2										
5		10							67	
3										

Зіставлення результатів за BSQ та Y-BOCS. Узагальнена картина за двома використаними психодіагностичними методиками наводиться у Таблиці 2.3 та дозволяє виявити ряд важливих закономірностей.

Аналіз інтегральних показників виявляє низку респондентів, у яких підвищені або високі рівні незадоволеності тілом поєднуються з підвищеними рівнями obsесивно-компульсивних проявів. Так, серед 14 респондентів з підвищеним рівнем тілесної незадоволеності (за BSQ) у 5 осіб одночасно виявлено підвищений рівень obsесивно-компульсивних проявів (за Y-BOCS). Серед 4 респондентів з високим рівнем за BSQ у 1 особи виявлено високий рівень за Y-BOCS, у 2 осіб – підвищений рівень.

Така конгруентність показників між двома методиками є важливим емпіричним підтвердженням теоретичних положень про obsесивно-компульсивну природу тілесної фіксації при схильності до РХП. Молоді люди, які виявляють надмірну стурбованість власною фігурою, одночасно демонструють й інші ознаки obsесивно-компульсивної структури особистості – нав'язливість думок, ритуальність поведінки, потребу в контролі, важкість перемикання уваги.

З іншого боку, у частини респондентів спостерігаються розбіжності між двома показниками: наприклад, високі показники тілесної незадоволеності можуть поєднуватися з низькими показниками за Y-BOCS, що свідчить про дисметричну

природу проблеми – у такому випадку джерелом тілесної незадоволеності виступають не так obsесивно-компульсивні риси характеру, як соціальне порівняння, тиск референтних груп, нерозв'язані емоційні конфлікти.

Найбільш «благополучною» з психологічної точки зору є категорія респондентів з відсутнім або низьким рівнем за обома методиками (близько чверті вибірки). Ці молоді люди демонструють гармонійне ставлення до власного тіла та відсутність obsесивно-компульсивних рис, що становить психологічний ресурс протидії розвитку РХП.

Найбільш ризикованою є категорія респондентів з підвищеними або високими показниками за обома методиками (приблизно 6–8 осіб у вибірці). Ці особи потребують пріоритетної психопрофілактичної та психокорекційної допомоги, оскільки поєднання тілесної незадоволеності з obsесивно-компульсивними проявами створює якнайвищий ризик клінічної маніфестації РХП.

Результати проведеного емпіричного дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про те, що схильність молоді до розладів харчової поведінки залежить від поєднання психологічних чинників, соціального впливу та індивідуальних характеристик.

У досліджуваній вибірці виявлено:

- ~ високий рівень незадоволеності власною вагою (47,2 % респондентів);
- ~ системний вплив тілесного образу на самооцінку (60,4 % підтверджують прямий вплив, ще 32,1 % – періодичний);
- ~ виражену емоційну зумовленість харчової поведінки (88,7 % респондентів);
- ~ регулярні переживання стресу через тілесний образ (86,8 %);
- ~ епізоди втрати контролю під час прийому їжі (49,1 %);
- ~ практику екстремальних методів схуднення (30,2 %);
- ~ середній та підвищений рівні тілесної незадоволеності у 67,9 % респондентів;
- ~ середній та підвищений рівні obsесивно-компульсивних проявів у 47,2 % респондентів.

Зазначені емпіричні дані переконливо свідчать про масштабність проблеми схильності до РХП у середовищі сучасної української молоді та обґрунтовують необхідність розробки системних психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

2.2. Практичні рекомендації щодо профілактики розладів харчової поведінки серед молоді

На основі проведеного теоретичного аналізу та отриманих емпіричних даних сформульовано систему практичних рекомендацій щодо профілактики розладів харчової поведінки серед молоді. Рекомендації адресовані практичним психологам закладів вищої освіти, шкільним психологам, спеціалістам центрів психологічної допомоги, кураторам академічних груп, а також самим молодим людям, які прагнуть гармонізувати власні стосунки з їжею та тілом.

1. Розвиток психологічної грамотності щодо РХП. Психологічна грамотність є базовою умовою профілактики будь-яких психічних розладів, у тому числі і РХП. Доцільно впроваджувати інформаційно-просвітницькі заходи у формі лекцій, тренінгів, психологічних клубів, що знайомлять молодь з поняттям РХП, їх ознаками, психологічними і фізіологічними наслідками, доступними способами допомоги. Особлива увага має приділятися демістифікації РХП – подоланню стереотипів про те, що ці розлади є «жіночою» проблемою, «дотепом», «модним терендом», тоді як насправді це серйозні психічні розлади з високими показниками смертності та інвалідизації. Знання про РХП мотивує молодь критично ставитися до власних харчових патернів і вчасно звертатися за допомогою.

2. Робота з самооцінкою та самосприйняттям. Низька самооцінка є одним із провідних психологічних предикторів РХП, тому її корекція має пріоритетне значення у профілактичній роботі. Рекомендовано використовувати техніки розвитку самоприйняття, що ґрунтуються на принципах гуманістичної психології та сучасних підходів самоспівчуття (self-compassion): практики прийняття власних недоліків як невід'ємних рис особистості, ведення «щоденника досягнень», роз-

пізнавання внутрішнього критика, когнітивне переоцінювання негативного само-ставлення. Корисними є вправи на пошук і фіксацію своїх сильних сторін, які не пов'язані з зовнішністю – інтелектуальних здібностей, моральних якостей, творчих талантів, соціальних навичок.

3. Розвиток емоційного інтелекту і навичок емоційної саморегуляції. Оскільки РХП часто виконують функцію дисфункційного механізму емоційної регуляції, важливим напрямом профілактики є цілеспрямований розвиток здатності до розпізнавання, диференціації, вербалізації та конструктивного управління власними емоціями. Корисними є тренінги емоційного інтелекту, практики уважності (mindfulness), ведення емоційного щоденника. Молодь варто навчати простим, доступним технікам саморегуляції (глибоке дихання, прогресивна релаксація, заземлення, техніка «5-4-3-2-1»), що допомагають справлятися з емоційним напруженням без звернення до харчування.

4. Формування критичного ставлення до медіа-образів. Враховуючи значний вплив соціальних мереж та медіа на формування тілесного образу у молоді, важливим є розвиток медіа-грамотності та критичного мислення стосовно ідеалізованих образів тіла. Молодим людям доцільно демонструвати приклади «до та після» обробки фотографій у соціальних мережах, пояснювати принципи роботи фільтрів, гри світла і пози, а також алгоритмів соціальних мереж, що адаптують контент до інтересів користувача. Корисним є цілеспрямоване формування «здорового» інформаційного середовища – підписка на блогерів, які пропагують прийняття тіла, демонструють різноманітність типів зовнішності, нормалізують природні особливості людського тіла.

5. Робота зі ставленням до тіла. Тілесно-орієнтовані практики є важливим компонентом профілактики РХП, оскільки безпосередньо впливають на якість контакту особистості з власним тілом. Доцільно проводити групові практики тілесного усвідомлення (body scan, скан тіла), вправи на прийняття власного тіла, рухливі практики, що не пов'язані з оцінкою (танцювальні імпровізації, йога, тайцзи, цигун). Корисними є також практики тактильного самоконтакту, дихальні вправи,

цілеспрямований розвиток інтероцептивної чутливості – здатності розпізнавати фізіологічні сигнали власного тіла (голоду, ситості, втоми, спраги, напруження).

6. Корекція дисфункційних когнітивних схем. Когнітивні переконання щодо їжі, тіла і власної цінності складають змістовну основу схильності до РХП. У межах когнітивно-поведінкового підходу доцільно проводити роботу з виявлення та переоцінювання ірраціональних переконань («Я маю бути ідеально худю/худим, щоб мене любили», «Моя вага визначає мою особистісну цінність», «Якщо я з'їм цей шматочок, я негайно поправлюся»). Корисними є техніки сократівського діалогу, виявлення когнітивних викривлень, заміна негативних автоматичних думок на більш реалістичні й адаптивні.

7. Формування здорових харчових патернів. Профілактика РХП не зводиться лише до психологічної роботи – важливим є й формування адекватних харчових звичок. Молоді людям доцільно навчати принципів інтуїтивного харчування, що базується на повазі до сигналів власного тіла: їсти тоді, коли є фізіологічний голод; зупинятися тоді, коли з'являється відчуття ситості; дозволити собі без провини усю різноманітність продуктів; уникати екстремальних дієт. Важливо нормалізувати регулярне харчування (3 основних прийоми їжі та 1–2 перекуси), забезпечити різноманітність і збалансованість раціону. Категорично слід уникати жорсткого розподілу продуктів на «дозволені» і «заборонені», що породжує ефект Забороненого плоду й сприяє розвитку obsесивної фіксації на «забороненій» їжі.

8. Робота з родиною та найближчим соціальним оточенням. Оскільки сімейні чинники відіграють значну роль у формуванні РХП, доцільно проводити психосвітню роботу з батьками молоді. Важливо донести до батьків необхідність уникати негативних коментарів щодо ваги, фігури дитини, не використовувати їжу як засіб винагороди або покарання, демонструвати власним прикладом здорове ставлення до тіла та харчування, створювати атмосферу безумовного прийняття. У дружньому колі, серед партнерів важливо формувати культуру body-нейтральності – уникати обговорень ваги, дієт, зовнішності інших осіб, демонструвати повагу до тілесного розмаїття.

9. Цілеспрямований розвиток психологічної резильєнтності. Оскільки сучасна молодь зростає в умовах хронічного стресу, війни, соціальної нестабільності, важливо допомагати їй розвивати психологічну стійкість – здатність зберігати психічне здоров'я в умовах несприятливих впливів. Корисні практики – розвиток автономії, навичок прийняття рішень, самостійного розв'язання проблем, формування здорових соціальних зв'язків, ставлення цілей і досягнення їх крок за кроком. Психологічна резильєнтність є потужним протективним чинником щодо РХП та інших дисфункційних копінг-стратегій.

10. Своєчасне звернення за професійною психологічною допомогою. У випадку появи виражених симптомів РХП (значне обмеження їжі, епізоди переїдання з компенсаторною поведінкою, інтенсивні переживання щодо ваги і тіла, що порушують соціальне функціонування) необхідне звернення до клінічного психолога, психотерапевта або психіатра, який спеціалізується на роботі з харчовими розладами. У закладах вищої освіти доцільно популяризувати інформацію про доступні психологічні служби, дестигматизувати звернення за допомогою. Раннє звернення значно підвищує ефективність терапії та зменшує ризик хронізації розладу.

Реалізація запропонованих рекомендацій у комплексі дозволяє суттєво знизити ризик розвитку РХП у молодіжному середовищі, гармонізувати ставлення молодих людей до власного тіла та харчування, посилити їх психологічне благополуччя в цілому. Психопрофілактика РХП є важливим напрямом діяльності практичних психологів закладів освіти, центрів психологічної допомоги, що потребує системного підходу, міждисциплінарної координації та постійного оновлення в контексті змінюваних соціально-психологічних реалій.

Висновки до 2 розділу

Проведене у другому розділі емпіричне дослідження схильності молоді до розладів харчової поведінки дозволяє сформулювати такі основні висновки.

1. У результаті двоетапного діагностичного зрізу із залученням 53 респондентів юнацького віку – здобувачів вищої освіти Національного університету «Одеська юридична академія» – виявлено високу поширеність ризикових щодо РХП маркерів. За результатами авторського анкетування 47,2 % респондентів виявили незадоволення власною вагою, 60,4 % підтвердили прямий вплив тілесного образу на самооцінку, 88,7 % визнали емоційну зумовленість харчової поведінки, 86,8 % регулярно переживають стрес через тіло, 49,1 % мали епізоди втрати контролю під час прийому їжі. Особливе занепокоєння викликає той факт, що 30,2 % респондентів практикували екстремальні методи корекції ваги (викликання блювоти, прийом проносних, тривалі голодування, надмірні фізичні навантаження).

2. Результати психодіагностичного обстеження за опитувальником BSQ виявили, що 41,5 % респондентів мають середній рівень незадоволеності власним тілом, 26,4 % – підвищений рівень, 7,5 % – високий рівень. Сумарно близько 75 % обстежених молодих людей переживають клінічно значущу або субклінічно виражену незадоволеність власною фігурою. Це переконливо свідчить про масштабність проблеми тілесного незадоволення у середовищі сучасної української молоді.

3. Результати психодіагностичного обстеження за шкалою Y-BOCS виявили, що 34,0 % респондентів мають середній рівень obsесивно-компульсивних проявів, 13,2 % – підвищений, 1,9 % – високий. Загалом близько половини обстежених демонструють той чи інший рівень obsесивно-компульсивних рис, які при поєднанні з тілесною незадоволеністю значно підвищують ризик розвитку клінічних форм РХП.

4. Аналіз інтегральних показників за двома методиками виявив значущу конгруентність між рівнями тілесної незадоволеності та obsесивно-компульсивними проявами у частини респондентів, що підтверджує теоретичні положення про obsесивно-компульсивну природу тілесної фіксації при схильності до РХП. Виявлено категорію респондентів (близько 10–15 % вибірки) з підвищеними або високими показниками за обома методиками одночасно – саме ці молоді люди мають найвищий ризик розвитку клінічних форм РХП і потребують пріоритетної психопрофілактичної та психокорекційної допомоги.

5. Висунута гіпотеза дослідження про залежність схильності молоді до розладів харчової поведінки від поєднання психологічних чинників (низька самооцінка, obsесивно-компульсивні риси, тривожність), соціального впливу (ідеали краси, тиск референтних груп) та індивідуальних характеристик (особливості темпераменту, харчові звички в сім'ї) знайшла своє повне емпіричне підтвердження. Виявлена комплексна психологічна картина потребує адекватного психопрофілактичного реагування.

6. На основі проведеного теоретичного аналізу та отриманих емпіричних даних сформульовано систему з десяти практичних рекомендацій щодо профілактики РХП серед молоді, що охоплюють розвиток психологічної грамотності, роботу з самооцінкою, формування емоційного інтелекту, розвиток критичного ставлення до медіа-образів, тілесно-орієнтовані практики, корекцію дисфункційних когнітивних схем, нормалізацію харчових патернів, роботу з родиною, розвиток психологічної резильєнтності, заохочення до своєчасного звернення за професійною допомогою.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретико-емпіричне дослідження схильності молоді до розладів харчової поведінки. Отримані результати дозволяють сформулювати такі загальні висновки.

1. Розлади харчової поведінки є групою психічних розладів зі складною, мультифакторною етіологією, що поєднує психологічні, сімейні, соціально-культурні та індивідуально-біологічні чинники. У сучасній вітчизняній психологічній науці РХП розглядаються як комплексне явище, що охоплює дисфункції

когнітивної, емоційної, поведінкової та тілесної сфер особистості. Сучасні класифікаційні системи (DSM-5, ICD-11) виділяють кілька основних форм РХП – нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання, ARFID та інші специфічні розлади. У більш загальному розумінні схильність до РХП трактується як стійка психологічна готовність особистості реагувати на емоційні, соціальні та індивідуальні стресори шляхом дисфункційних харчових патернів, що формується задовго до клінічної маніфестації самого розладу.

2. Систематизація психологічних чинників формування схильності молоді до РХП дозволила виокремити такі провідні групи: 1) риси особистості (низька самооцінка, перфекціонізм, obsесивно-компульсивні риси); 2) особливості емоційної сфери (тривожність, депресивність, алекситимія, низький емоційний інтелект, дисфункційні стратегії емоційної регуляції); 3) когнітивні чинники (ірраціональні переконання щодо їжі, тіла та власної цінності, дихотомічне мислення, катастрофізація, селективна увага до «недоліків» зовнішності). Саме взаємодія цих груп формує стійку психологічну готовність до розвитку РХП.

3. Соціальні та індивідуальні фактори ризику РХП утворюють багаторівневу систему: на макрорівні діють культурні стандарти краси, медіасередовище, соціально-економічні умови; на мезорівні – референтні групи однолітків та сім'я з її харчовими звичками і моделями виховання; на мікрорівні – індивідуально-психологічні особливості, психотравматичний досвід, темперамент, гендерна ідентичність та вік. Особливе значення в сучасних умовах мають вплив соціальних мереж, тиск референтних груп, сімейна дисфункційність, а також воєнний стрес. Юнацький вік є періодом найвищого ризику розвитку РХП через поєднання біологічних, психологічних і соціальних факторів.

4. Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 53 респондентів юнацького віку, виявило високу поширеність ризикових щодо РХП маркерів: незадоволеність вагою (47,2 %), вплив тілесного образу на самооцінку (60,4 %), емоційну зумовленість харчової поведінки (88,7 %), регулярні переживання стресу через тіло (86,8 %), епізоди втрати контролю під час їжі (49,1 %), використання екстремальних методів схуднення (30,2 %).

5. Психодіагностичне обстеження за опитувальником BSQ виявило середній рівень незадоволеності тілом у 41,5 % респондентів, підвищений – у 26,4 %, високий – у 7,5 %. Сумарно близько 75 % обстежених молодих людей переживають клінічно значущу або субклінічно виражену незадоволеність власною фігурою.

6. Психодіагностичне обстеження за шкалою Y-BOCS виявило середній рівень obsесивно-компульсивних проявів у 34,0 % респондентів, підвищений – у 13,2 %, високий – у 1,9 %. Загалом близько половини обстежених демонструють той чи інший рівень obsесивно-компульсивних рис.

7. Висунута гіпотеза дослідження про залежність схильності молоді до розладів харчової поведінки від поєднання психологічних чинників, соціального впливу та індивідуальних характеристик знайшла своє повне емпіричне підтвердження. Виявлено категорію респондентів з підвищеними показниками за обома методиками одночасно, які мають найвищий ризик розвитку клінічних форм РХП і потребують пріоритетної психопрофілактичної та психокорекційної допомоги.

8. На основі проведеного дослідження сформульовано систему з десяти практичних рекомендацій щодо профілактики РХП серед молоді: розвиток психологічної грамотності, робота з самооцінкою, формування емоційного інтелекту, розвиток критичного ставлення до медіа-образів, тілесно-орієнтовані практики, корекція дисфункційних когнітивних схем, нормалізація харчових патернів, робота з родиною, розвиток психологічної резильєнтності, заохочення до своєчасного звернення за професійною допомогою. Реалізація запропонованих рекомендацій у комплексі здатна суттєво знизити ризик розвитку РХП у молодіжному середовищі.

Перспективними напрямками подальших досліджень вважаємо: емпіричне вивчення гендерних особливостей схильності до РХП у молоді; дослідження зв'язку РХП із психотравматичним досвідом, у тому числі – пов'язаним з війною; розробку та апробацію конкретних психопрофілактичних і психокорекційних програм для різних категорій молоді; вивчення впливу різних соціальних мереж на тілесний образ; розширення емпіричних досліджень за рахунок інших методик діагностики РХП.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонець В., Токарчук Н., Чекотун Т., Герасимова О., Коноплицька А., Сазонова С. Дослідження ймовірності виникнення розладів харчової поведінки у дітей і підлітків. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2024. Т. 14, № 4(54). С. 215–220. DOI: 10.24061/2413-4260.XIV.4.54.2024.30

2. Асєєва Ю.О. Кіберкомунікативна залежність від соціальної мережі Instagram як проблема сучасної молоді. Габітус. 2020. Вип. 14. С. 152–157. DOI: 10.32843/2663-5208.2020.14.24

3. Бабчук М.І. Перфекціонізм особистості як основа вдосконалення образу фізичного Я. Наука і освіта. 2022. № 4. С. 17–23. DOI: 10.24195/2414-4665-2022-4-

4. Балагурак О. Розлади харчової поведінки та суїцидальний ризик. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2024. Вип. 21. С. 3–9. DOI: 10.30970/PS.2024.21.1
5. Бугославська О.О., Мілютіна К.Л. Тривожність особистості як чинник індивідуального стилю харчування в умовах невизначеності карантинних обмежень. Габітус. 2021. Вип. 25. С. 70–73. DOI: 10.32843/2663-5208.2021.25.11
6. Булатевич Н., Домарацька О. Психологічні чинники стратегій харчової поведінки в підлітковому та ранньому юнацькому віці. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота. 2024. Т. 1, № 10. DOI: 10.17721/2616-7786.2024/10-1/8
7. Варіна Г.Б., Шевченко С.В. Клініко-психологічні особливості впливу стресогенних чинників на розлад харчової поведінки жінок. Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2024. № 1. DOI: 10.32782/psyspu/2024.1.2
8. Гашимова М. Взаємозв'язок розладів харчової поведінки і травми голоду. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2025. Вип. 23. С. 38–47. DOI: 10.30970/PS.2025.23.5
9. Гладченко О.В. Сутність та межі поняття «харчовий наратив» у міждисциплінарних дослідженнях. Габітус. 2025. Вип. 76. DOI: 10.32782/hbts.76.1
10. Головська І.Г., Руденко О.О. Взаємозв'язок самооцінки та схильності до порушень харчової поведінки. Габітус. 2021. Вип. 26. С. 76–80. DOI: 10.32843/2663-5208.2021.26.13
11. Гречановська О.В., Мегем О.М., Потапюк Л.М. Вплив соціальних мереж на психологічний стан та самооцінку української молоді. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2023. Т. 34(73), № 4. С. 60–66. DOI: 10.32782/2709-3093/2023.4/11
12. Завгородня О.В., Шепельова М.В., Гулько Ю.А. Динаміка суб'єктивного благополуччя молоді: від довоєнного періоду до сьогодення. Габітус. 2025. Вип. 70. С. 77–82. DOI: 10.32782/2663-5208.2025.70.12

13. Капталан Н.М. Особливості самосвідомості жінок з порушеннями харчової поведінки. *Габітус*. 2022. Вип. 41. С. 136–140. DOI: 10.32782/2663-5208.2022.41.23
14. Клименко М.Р. Образ тіла у психодинаміці нарцисичної саморегуляції особистості. *Габітус*. 2022. Вип. 35. С. 127–132. DOI: 10.32843/2663-5208.2022.35.18
15. Кокоріна Ю.Є. Вплив соціальних мереж на сучасного суб'єкта. *Габітус*. 2023. Вип. 52. С. 140–146. DOI: 10.32782/2663-5208.2023.52.24
16. Колінько Л.М. Зміни харчової поведінки у молодих осіб із різною масою тіла. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. Т. 20, № 2. С. 138–144. DOI: 10.31718/2077-1096.20.2.138
17. Левченко Д.О. Індивідуальні відмінності пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Габітус*. 2024. Вип. 66. С. 350–355. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.66.59
18. Ляшко А. В., Коренева Ю. П., Маркіна М. С. Формування психічних розладів харчової поведінки у дівчат юнацького віку. *Габітус*. 2024. Вип. 59. С. 273–280. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.48>
19. Максименко С.Д. Загальна психологія: навчальний посібник. 3-тє вид., перероб. та доп. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 272 с.
20. Марциняк-Дорош О., Солоня Ю., Дворніченко Л., Войцеховська О. Особливості стратегії подолання при розладах харчової поведінки (нервова анорексія, булімія, переїдання) у процесі схемотерапії. *Наукові перспективи*. 2025. № 9(63). С. 1768–1780. DOI: 10.52058/2708-7530-2025-9(63)-1768-1780
21. Міщиха Л.П., Чіляк О.В. Психологічні особливості прояву розладів харчової поведінки в осіб підліткового віку. *Габітус*. 2024. Вип. 65. С. 88–92. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.65.15
22. Мудрик А. До питання адикцій особистості: розлади харчової поведінки. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 5(51). С. 2125–2136. DOI: 10.52058/2786-4952-2025-5(51)-2125-2136

23. Никоненко О., Иском А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. Вчені записки Університету «КРОК». 2023. № 4(72). С. 202–211. DOI: 10.31732/2663-2209-2023-72-202-211
24. Огоренко В.В., Шорніков А.В., Крючихін Т.А. Харчова поведінка і образ тіла підлітків під час воєнного стану. Перспективи та інновації науки. 2024. № 9(43). С. 844–851. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-9(43)-844-851
25. Ордатій Н.М., Ковальчук С.О. Прояви розладів харчової поведінки та емоційних бар'єрів у спілкуванні серед студентів закладів вищої медичної освіти. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2025. Т. 29, № 4. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2025-29(4)-22
26. Осадча Л.Ю., Сисуєва Є.П. Аналіз психологічних аспектів харчової поведінки в умовах воєнного стану в Україні. Габітус. 2025. Вип. 70. С. 177–182. DOI: 10.32782/2663-5208.2025.70.32
27. Остапенко О., Ляшенко О. Теоретичні основи розуміння поняття «образ тіла» у психологічній науці. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2023. Вип. 21(66). С. 52–60. DOI: 10.31392/NPU-nc.series12.2023.21(66).05
28. Пивоваренко О.А. Аналіз методологічних підходів при дослідженнях психологічних факторів формування гастрономічних уподобань. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2025. Т. 36(75), № 1. С. 23–28. DOI: 10.32782/2709-3093/2025.1/05
29. Рудницька С., Колярова А. Психологічні особливості рефлексії тілесного досвіду як засіб самоприйняття особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2023. № 75(5). С. 136–142. DOI: 10.33099/2617-6858-2023-75-5-136-142
30. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г. Виникнення психологічної нестабільності у ставленні до харчової поведінки серед дівчат старшого юнацького віку. Габітус. 2024. Вип. 68. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.68.48

31. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції при нервовій анорексії. Габітус. 2025. Вип. 69, Т. 2. DOI: 10.32782/2663-5208.2025.69.2.6
32. Серга Т.О., Білоусенко М.В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки. 2022. № 2(7). С. 968–979. DOI: 10.52058/2786-4952-2022-2(7)-968-979
33. Синякова В.Б. Соціокультурний аспект жіночої тілесності. Габітус. 2024. Вип. 67. С. 280–283. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.67.46
34. Скакунова О.В., Дрозд О.В. Психологічні шляхи подолання тривожності у молоді. Габітус. 2024. Вип. 61. С. 133-137 DOI: 10.32782/2663-5208.2024.61.23
35. Третьякова Т.М., Плукчі В.О. Труднощі самосприйняття через образ тіла у структурі «Я-образу» у сучасних умовах. Габітус. 2025. Вип. 69, Т. 2. С. 162–166. DOI: 10.32782/2663-5208.2025.69.2.29
36. Федотова Т., Кихтюк О., Кульчицька А. Психологічна підтримка у формуванні харчової поведінки підлітків у роботі клінічного психолога. Перспективи та інновації науки. 2021. № 4(4). С. 410–422. DOI: 10.52058/2786-4952-2021-4(4)-410-422
37. Хижняк Л.М., Сичова В.В., Хижняк О.В. Соціальні аспекти безпечної харчової поведінки: українські реалії. Габітус. 2024. Вип. 63. С. 50–55. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.63.7
38. Шебанова В.І. Умови формування здоров'язбережувальної компетентності як базової основи культури харчової поведінки. Теорія і практика сучасної психології. 2020. № 1, Т. 1. С. 91–96. DOI: 10.32840/2663-6026.2020.1-1.17
39. Шебанова В.І., Яблонська Т.М. Особливості Інтернет-самопрезентації осіб із розладами харчової поведінки. Проблеми сучасної психології. 2022. Вип. 55. С. 150–172. DOI: 10.32626/2227-6246.2022-55.150-172
40. Шеремета С.Р. Проблема порушень харчової поведінки в дослідженнях українських психологів. Габітус. 2023. Вип. 47. С. 209–214. DOI: 10.32782/2663-5208.2023.47.37

ДОДАТКИ

Додаток А

АВТОРСЬКА АНКЕТА НА ВИЯВЛЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ХАР- ЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД МОЛОДІ

1. Ваш вік?

– до 18

– 18–25

– від 25

2. Ваша стать?

– жіноча

– чоловіча

– інша

3. Ваша освіта?

– загальна середня

– неповна вища

– повна вища

4. Чи задоволенні ви своєю вагою?

– так

– ні

– складно відповісти

5. Чи вважаєте ви, що вигляд вашого тіла впливає на вашу самооцінку?

– так

– час від часу

– ні

6. Чи утримувались ви від їжі тривалий час?

– так

– складно сказати

– ні

7. Чи залежать ваші прийоми їжі від вашого настрою або оточення?

– так

– іноді

– ні

8. Чи дотримуетесь ви спеціальних дієт або обмежень в харчуванні?

– так, за власним бажанням

– дотримуюсь, але не за власним бажанням

– ні

9. Як часто ви відчуваєте стрес через вигляд вашого тіла або вагу?

- часто
- іноді
- ніколи

10. Як часто ви відчуваєте тривогу через те, що з'їли?

- часто
- іноді
- ніколи

11. Як часто ви порівнюєте своє тіло з тілами інших людей?

- часто
- іноді
- ніколи

12. Чи було у вас відчуття втрати контролю під час прийому їжі?

- так
- складно відповісти
- ні

13. Чи використовували ви будь-які екстремальні методи для схуднення (викликання блювоти, прийом проносних або діуретиків, голод, надмірне фізичне навантаження)?

- так
- складно відповісти
- ні

14. Як часто ви переїдаєте?

- часто
- іноді
- ніколи

15. Чи часто прийом їжі або його відсутність впливає на ваш емоційний стан?

- часто
- іноді
- ніколи

ОПИТУВАЛЬНИК ФОРМИ ТІЛА BSQ (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE)

Інструкція. Будь ласка, прочитайте кожне твердження і виберіть варіант, що найкраще відображає вашу ситуацію за останній місяць. Оцініть кожен пункт за шкалою: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 – дуже часто; 6 – завжди.

1. Ви настільки хвилювалися про свою фігуру, що відчували, що вам варто сісти на дієту?
2. Чи боялися ви, що можете стати товстішими?
3. Відчуття ситості викликало у вас відчуття, що ви погладшали?
4. Ви помічали фігуру інших людей і відчували, що ваша власна фігура порівняно негарна?
5. Чи думки про вашу фігуру заважали вам зосереджуватися на будніх речах?
6. Чи відчували ви себе «товстим», коли були голими, наприклад, коли приймали ванну?
7. Чи уявляли ви собі відрізання певних ділянок тіла?
8. Ви не ходили на світські заходи (наприклад, вечірки), тому що відчували себе погано через свою фігуру?
9. Ви відчували себе надмірно «великим»?
10. Чи думали ви, що ви в такій формі, як є, тому що вам бракує самоконтролю?
11. Ви хвилювалися, що інші люди бачать шари жиру навколо вашої талії чи живота?
12. Перебуваючи в компанії, ви боялися зайняти занадто багато місця (наприклад, сидячи на дивані чи сидінні в автобусі)?
13. Побачивши своє відображення (наприклад, у дзеркалі чи вітрині магазину), ви відчували себе погано через свою фігуру?
14. Ви щипали частини свого тіла, щоб побачити, скільки там жиру?
15. Чи уникали ви місць, коли інші люди могли бачити ваше тіло (наприклад, загальні роздягальні чи басейн)?

16. Чи були ви особливо сором'язливими щодо своєї форми, коли перебували в компанії інших людей?

ШКАЛА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ РОЗЛАДІВ ЙЕЛЯ-БРАУНА (Y-BOCS)

Інструкція. Будь ласка, оцініть прояв кожного симптому за останні 7 днів. Шкала містить два блоки – блок обсесій (нав'язливих думок) і блок компульсій (нав'язливих дій). Кожен пункт оцінюється від 0 до 4 балів. Сумарний показник – 0–40 балів.

Блок обсесій:

1. Час, який ви витрачаєте на нав'язливі думки (0 – немає; 1 – менше 1 год/день; 2 – 1–3 год/день; 3 – 3–8 год/день; 4 – більше 8 год/день).
2. Як нав'язливі думки впливають на ваше повсякденне функціонування (0 – не впливають; 4 – повністю порушують функціонування).
3. Дистрес, спричинений нав'язливими думками (0 – немає; 4 – інвалідизуючий).
4. Опір нав'язливим думкам (0 – завжди опираюся; 4 – повністю поступаюся).
5. Контроль над нав'язливими думками (0 – повний контроль; 4 – немає контролю).

Блок компульсій:

1. Час, який ви витрачаєте на нав'язливі дії (0 – немає; 4 – більше 8 год/день).
2. Як нав'язливі дії впливають на ваше повсякденне функціонування (0 – не впливають; 4 – повністю порушують).
3. Дистрес, який ви відчували б, якщо б не виконали нав'язливі дії (0 – не відчував би; 4 – нестерпний).
4. Опір нав'язливим діям (0 – завжди опираюся; 4 – повністю поступаюся).
5. Контроль над нав'язливими діями (0 – повний контроль; 4 – немає контролю).

Інтерпретація сумарного балу: 0–7 – дуже низький рівень; 8–15 – низький; 16–23 – середній; 24–31 – підвищений; 32–40 – високий.