

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ОГІЄНКА
ФАКУЛЬТЕТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ, ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ
РОБОТИ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**Кваліфікаційна робота
(бакалавра)**

**з теми: «ОСОБЛИВОСТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ПОДОЛАННЯ
ХАРЧОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ МОЛОДІ»**

Виконала: студентка 4 курсу
Ps1-B22 групи
КОНОН Анна Володимирівна
спеціальності 053 Психологія
(денна форма навчання)

Керівник:
ГОЦУЛЯК Наталія Євгенівна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної та практичної
психології

Рецензент:
ЛОГВІНА Оксана Анатоліївна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної та практичної
психології

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	7
1.1 Харчова поведінка як об’єкт психологічного та міждисциплінарного аналізу.....	7
1.2 Психологічні особливості порушень харчової поведінки серед сучасної молоді	14
1.3 Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості	22
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	28
2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження	28
2.2. Аналіз результатів дослідження	32
2.3. Практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку.....	39
Висновки до розділу 2.....	40
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44
ДОДАТКИ.....	50

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, що базується на експертних оцінках, приблизно 70% стану здоров'я людини та тривалості її життя визначається способом життя. Важливу роль у цьому відіграє харчування. Ще близько 15% припадає на вплив довкілля, а решта 15% зумовлена спадковістю. У зв'язку з цим вивчення харчової поведінки як психологічного чинника, що впливає на якість життя, набуває особливої актуальності в сучасних умовах. Дослідження цього феномена передбачає вирішення практичного завдання – глибоке розуміння механізмів і всебічний аналіз ставлення людини до процесу споживання їжі.

Харчова поведінка – це широке поняття, яке охоплює різні аспекти діяльності людини, пов'язані з прийомом їжі. До них належать пошук продуктів, процес їх споживання, а також фізіологічні механізми, що забезпечують засвоєння поживних речовин.

Окрім того, харчову поведінку розглядають як прояв ціннісного ставлення до їжі, усталених харчових звичок у повсякденному житті та в умовах стресу, діяльності, спрямованої на формування образу власного тіла, а також впливу соціального і сімейного середовища. Таким чином, харчова поведінка являє собою індивідуальну систему установок, моделей дій, емоцій і звичок, пов'язаних із харчуванням.

Залежно від різних чинників, зокрема ролі їжі в системі життєвих цінностей людини та кількісно-якісних характеристик раціону, харчова поведінка може бути як гармонійною (нормативною), так і девіантною (відхильною). Значний вплив на формування харчових стереотипів, особливо у стресових ситуаціях, мають соціальні та етнокультурні фактори. Ще з давніх часів проблема цінності харчування розглядається через призму дилеми: «їсти, щоб жити» чи «жити, щоб їсти».

Попри те, що харчування є базовою фізіологічною потребою, вагому роль у формуванні харчової поведінки відіграють психологічні чинники.

Зокрема, споживання їжі може бути зумовлене не лише фізичним голодом, а й емоційними станами – як позитивними (радість), так і негативними (злість, депресія тощо). Важливими також є внутрішні соціальні установки, норми та очікування, пов'язані з харчуванням. Отже, харчова поведінка виступає не тільки як біологічна необхідність, але й як транстрофічна потреба особистості (задоволення, самовираження, етнічна ідентифікація) і суспільства (виконуючи інтегративну, диференціюючу та ідентифікаційну функції).

Крім того, спостерігається тенденція до збільшення кількості розладів харчової поведінки, серед яких виділяють нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання та патологічну регургітацію.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка сучасної молоді.

Предмет дослідження – психологічні особливості вибору стилю харчової поведінки молодими людьми.

Гіпотези дослідження: стиль харчової поведінки визначається індивідуальною спрямованістю особистості; тип харчової поведінки залежить від впливу соціальних чинників.

Мета дослідження – визначення психологічних характеристик харчової поведінки сучасної молоді.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз наукових джерел із цієї проблематики.
2. Визначити психологічні та фізіологічні чинники, що впливають на стиль харчової поведінки.
3. Дослідити рівень сприйняття власного тіла.
4. Оцінити рівень психологічного благополуччя та встановити взаємозв'язок між психологічним і тілесним самосприйняттям.
5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики адиктивної харчової поведінки серед молоді.

Методи дослідження включають теоретичний аналіз, спостереження, тестування, експертні оцінки, авторський опитувальник та бесіду. В ході

нашого дослідження було використано: «Опитувальник образу тіла» (автори: Олександр Скугаревський та Сергій Сивуха) – це психодіагностична методика, спрямована на оцінку того, як людина сприймає власне тіло, зовнішність і фізичні характеристики.

Рівень психологічного благополуччя визначався за допомогою методики «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріффа, яка включає шість основних компонентів: самосприйняття, життєві цілі, особистісний розвиток, управління середовищем, позитивні взаємини, автономність.

Результати оброблялися із застосуванням якісного та кількісного аналізу, зокрема статистичного методу – критерію знаків, що враховує індивідуальні показники респондентів.

Теоретико-методологічною основою дослідження є наукові підходи до вивчення харчової поведінки (І. Малкіна-Пих, В. Покровський), концепція функціональних резервів організму (Н. Агаджанян), положення про провідну роль психологічних чинників у формуванні надмірної маси тіла й ожиріння (А. Вахмістров, Т. Вознесенська, С. Посохов), а також дослідження впливу соціального середовища (М. Коннер, К. Дж. Армітейдж).

Наукова новизна роботи полягає у встановленні впливу особистісної спрямованості молоді на стратегії харчової поведінки студентів, а також у уточненні змісту поняття харчування з позиції психології.

Апробація дослідження. Гоцуляк Н.Є., Конон А.В. Харчова поведінка як предмет психологічного та міждисциплінарного дослідження. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин* : Матеріали XVIII Міжнародної науково-практичної конференції, 23 квітня 2026 р. / за ред. Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2026. С. 79–83 . URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10072>

2. Конон А.В. Особливості попередження та подолання харчової залежності молоді. *Сучасні виклики суспільства у роботі психолога* : Всеукраїнський круглий стіл з нагоди першої річниці ГО «Спілка психологів Поділля» 1 грудня 2025 року.

URI: <https://www.psy-podillia.org.ua/naukova-diyalnist/1qwe/>

2. Конон Анна. Практичні рекомендації щодо попередження та подолання харчової залежності молоді. *Сучасні виклики суспільства у роботі психолога* : Міжнародний круглий стіл з нагоди професійного свята Всеукраїнського дня психолога, 23 квітня 2026 року. URI: <https://share.google/Zcv3SGqZ4F1fgoYvE>

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у корекційно-розвивальній роботі педагогів, психологів, працівників соціальних служб і реабілітаційних центрів при роботі з молоддю, яка має порушення харчової поведінки.

Структура роботи: дослідження складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (43 найменування) та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

1.1. Харчова поведінка як об'єкт психологічного та міждисциплінарного аналізу

Харчова поведінка є складним і багатовимірним феноменом, який виходить далеко за межі базової фізіологічної потреби людини в їжі. У межах психології вона розглядається як сукупність мотиваційних, емоційних і когнітивних процесів, що визначають вибір продуктів, режим харчування та ставлення до власного тіла. Емоційний стан людини, зокрема стрес, тривога або депресія, може суттєво впливати на харчову поведінку, спричиняючи як переїдання, так і обмеження в їжі. Водночас важливу роль відіграють когнітивні установки, пов'язані з уявленнями про «правильне» харчування, а також самооцінка та образ тіла, які визначають рівень контролю над власною поведінкою. У крайніх випадках психологічні чинники можуть призводити до розвитку розладів, таких як анорексія нервова чи булімія нервова [31].

З біологічної точки зору, яку досліджують біологія та нейронаука, харчова поведінка зумовлюється складними механізмами регуляції апетиту, в яких беруть участь гормони, такі як грелін і лептин, а також структури головного мозку, зокрема гіпоталамус. Генетичні чинники також можуть впливати на індивідуальні особливості харчування, визначаючи схильність до певних типів їжі або режимів споживання [23].

У межах соціології харчова поведінка розглядається як соціально зумовлене явище, яке формується під впливом культурних традицій, соціальних норм, економічних умов і медіа. Наприклад, у різних культурах існують власні уявлення про прийнятні продукти та способи їх споживання, а сучасні медіа активно транслюють ідеали тіла, що можуть впливати на

формування харчових практик і навіть провокувати нездорові поведінкові моделі [1].

Міждисциплінарний характер дослідження харчової поведінки зумовлює її вивчення на перетині кількох наукових галузей. медицина аналізує фізіологічні наслідки харчування для організму, дієтологія зосереджується на якості та балансі раціону, психотерапія працює з корекцією порушень харчової поведінки, а антропологія досліджує харчові практики в контексті культури та історичного розвитку. Отже, харчова поведінка є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників, що зумовлює необхідність її комплексного аналізу в межах різних наукових підходів [5].

Упродовж значного історичного розвитку головним завданням людини було забезпечення себе їжею як базовою умовою існування. На ранніх етапах людство використовувало природні ресурси, споживаючи продукти рослинного та тваринного походження без обробки. З часом відбулося освоєння кулінарної обробки, що стало важливим етапом формування культури харчування. Дослідники у галузі фізіології підкреслювали, що харчування належить до ключових сфер життєдіяльності людини, оскільки саме через нього організм взаємодіє з довкіллям. Потрапляючи в організм, їжа піддається складним перетворенням і вступає в біохімічні реакції, які забезпечують функціонування як фізіологічних, так і психічних процесів [12].

Під харчовою поведінкою розуміють систему індивідуальних звичок і моделей, що стосуються споживання їжі. Вона включає режим харчування, дієтичні практики, смакові уподобання та інші аспекти. Її формування зумовлюється впливом сімейних традицій, культурних і етнічних особливостей, соціального середовища, виховання, а також біологічних факторів. Усі ці елементи поступово закріплюються та відображають прийняті в суспільстві норми. Водночас харчові звички можуть трансформуватися протягом життя, і такі зміни не завжди свідчать про відхилення [4].

Крім того, харчова поведінка охоплює ціннісне ставлення до їжі, усталені моделі дій у повсякденних і стресових ситуаціях, а також активність, пов'язану з формуванням образу власного тіла. Таким чином, вона включає установки, емоції, поведінкові патерни та звички, що мають індивідуальний характер.

Залежно від впливу різних чинників виділяють гармонійну (адекватну) та відхильну (девіантну) харчову поведінку. Така класифікація базується на низці параметрів, серед яких важливу роль відіграють етнокультурні особливості, особливо в умовах стресу. Харчування також розглядається у зв'язку з життєвими орієнтирами особистості [33].

Необхідною умовою функціонування організму є надходження енергетичних і пластичних речовин. Оскільки людина не здатна синтезувати їх із неорганічних сполук, вони мають надходити з їжею. Їх дефіцит або відсутність призводить до порушення гомеостазу та метаболічних процесів. Засвоєння поживних речовин можливе лише після їх відповідної фізико-хімічної обробки в травній системі [20]. Процеси травлення та всмоктування забезпечують підтримання відносної стабільності внутрішнього середовища. При нестачі їжі виникає стан голоду, тоді як її споживання супроводжується насиченням.

У цьому контексті важливим є поняття апетиту – суб'єктивного бажання вживати їжу. Він має індивідуальні особливості та залежить не лише від потреби організму, а й від обміну речовин, дефіциту певних нутрієнтів, сформованих звичок і культурних традицій. Вибірковий апетит проявляється у прагненні до конкретних продуктів, які необхідні організму [17].

Слід розмежовувати поняття голоду та голодування. Голод є природною реакцією на нестачу їжі, тоді як голодування означає тривале її обмеження і розглядається як патологічний стан, що супроводжується дефіцитом необхідних речовин.

Зовнішні прояви голоду включають поведінку, спрямовану на пошук їжі та усунення причин її нестачі. На фізіологічному і психологічному рівнях цей

стан пов'язаний із активністю різних відділів центральної нервової системи. Сукупність цих структур утворює так званий харчовий центр, який регулює відповідну поведінку.

Харчовий центр являє собою складну систему, що включає гіпоталамус, лімбічну систему, ретикулярну формацію та кору головного мозку. Дослідження показали, що латеральні ядра гіпоталамуса відповідають за виникнення голоду, тоді як вентромедіальні – за відчуття насичення. Між цими центрами існує взаємозв'язок: активація одного супроводжується пригніченням іншого [2].

Функціонування головного мозку відіграє провідну роль у регуляції голоду та насичення. Основні центри локалізуються в гіпоталамусі та взаємодіють із корою великих півкуль і лімбічною системою. Саме гіпоталамус забезпечує регуляцію гомеостатичних процесів, зокрема підтримання стабільної маси тіла.

У нормальних умовах людина здатна контролювати власний апетит, регулюючи кількість і якість їжі. Його зниження або втрата можуть бути зумовлені різними факторами, серед яких значну роль відіграють емоційні стани та зовнішні відволікаючі впливи.

Споживання їжі з апетитом сприяє кращому травленню, тому ще з давніх часів лікарі приділяли увагу стимуляції апетиту у пацієнтів.

Раціон людини визначається не лише фізіологічною потребою в енергії та поживних речовинах. Режим харчування, обсяг порцій і смакові уподобання мають індивідуальний характер і формуються під впливом досвіду, знань і когнітивних установок. Хоча голод сигналізує про потребу в енергії, вибір продуктів значною мірою залежить від набутих звичок [7].

Біологічні потреби тісно переплітаються з життєвим досвідом і умовами існування людини. Харчові звички формуються у процесі розвитку через повторення певних дій і залежать від особистісних, економічних, культурних, релігійних та соціальних чинників.

Харчування має виражений соціальний аспект: від раннього дитинства воно пов'язане з взаємодією в родині, а згодом стає важливим елементом комунікації та соціалізації, супроводжуючи святкування та формування міжособистісних відносин.

Традиції харчування відображають рівень розвитку суспільства, його культурні та національні особливості, а також специфіку сімейного виховання.

У соціально-психологічному контексті виділяють різні функції харчової поведінки, зокрема: релаксаційну, гомеостатичну, комунікативну, гедоністичну, функцію самоствердження, ритуальну, пізнавальну, заохочувальну, компенсаторну, естетичну та захисну [40].

Отже, харчова поведінка спрямована не лише на задоволення фізіологічних потреб, але й на реалізацію психологічних і соціальних функцій. На неї впливають як внутрішні сигнали (голод, насичення), так і зовнішні стимули, що взаємодіють із індивідуальними особливостями людини.

Слід враховувати, що прийом їжі не завжди зумовлений фізіологічною необхідністю – він може виконувати інші функції. У цьому випадку важливу роль відіграє мотивація як усвідомлена причина поведінки.

Таким чином, харчову поведінку можна розглядати як цілісну діяльність, пов'язану з мотивацією споживання їжі. Попри її фізіологічну основу, значний вплив мають психологічні чинники: емоції можуть як посилювати, так і знижувати бажання їсти.

Серед факторів, що визначають харчові звички молоді, особливе значення має якість і структура раціону. Їх порушення може призводити до погіршення здоров'я, а дефіцит або надлишок нутрієнтів – до патологій і порушень розвитку. Тому профілактика таких проблем має починатися з раннього віку.

У сучасній науці використовується поняття «поведінкова адикція» для позначення форм залежності без вживання психоактивних речовин. До них належать ігрова, сексуальна, емоційна залежність, трудовголізм, шопоголізм, а також харчова залежність (у вигляді переїдання або голодування). Для всіх цих

форм характерна участь біохімічних механізмів. У сучасному світі цей перелік доповнюється різними видами цифрових залежностей [18].

За наявності адиктивної поведінки мислення людини значною мірою фокусується на способах задоволення відповідної потреби та очікуванні пов'язаного з цим позитивного ефекту. Подібні роздуми супроводжуються емоційним піднесенням, відчуттям полегшення або розслаблення. У результаті формується ілюзія контролю над власним станом і життєвими обставинами, що підсилює суб'єктивне відчуття благополуччя. Водночас небезпека адиктивної поведінки полягає в тому, що на початкових етапах вона створює уявлення про ефективне подолання труднощів і зниження стресу шляхом уникнення проблем [39].

Саме ця властивість робить адикцію привабливою, адже вона пропонує швидкий і відносно простий спосіб зменшення психоемоційної напруги. Людина починає вважати, що зосередження на певних діях або об'єктах дозволяє не звертати уваги на власні переживання, тривоги та складні життєві ситуації. Хоча певне відволікання є природним механізмом, у випадку адиктивної поведінки воно поступово закріплюється як стійка модель, що супроводжується викривленням сприйняття реальності та ускладненням взаємодії з оточенням.

Існує чотирикомпонентна модель мотивації харчової поведінки, створена за аналогією з моделями алкогольної залежності. Вона охоплює такі складові [6]:

1. зниження інтенсивності негативних емоцій;
2. забезпечення соціальної взаємодії;
3. прагнення відповідати очікуванням значущого оточення;
4. отримання задоволення.

Харчова поведінка формується не лише під впливом актуальних фізіологічних потреб, а й завдяки набутому досвіду, знанням і сформованим когнітивним стратегіям. Хоча потреба в енергії проявляється у вигляді голоду,

конкретні особливості харчування та вибір продуктів значною мірою визначаються звичками та мисленнєвими установками.

У сучасному суспільстві порушення харчової поведінки дедалі частіше пов'язані як із недотриманням принципів раціонального харчування, так і з впливом особистісних і соціальних чинників. Їх виникнення може бути зумовлене кількома групами причин: по-перше, спадковими або функціональними порушеннями діяльності мозкових систем, що регулюють харчування; по-друге, особливостями виховання у дитинстві; по-третє, індивідуально-психологічними характеристиками особистості [11].

Люди з розладами харчової поведінки часто відзначаються високим рівнем соціальної орієнтації та достатнім інтелектуальним розвитком, проте мають знижену стресостійкість і підвищену чутливість до стресових впливів. Для них характерні тривожність, схильність до депресивних станів та емоційна нестабільність. У таких випадках спостерігається недостатня ефективність механізмів психологічного захисту, підвищена емоційна реактивність і переважання пасивних форм поведінки. Їжа при цьому може виконувати роль своєрідного психологічного захисту від стресу [28].

Такий спосіб зниження напруження є соціально прийнятним, доступним і не потребує значних зусиль, що сприяє його закріпленню. У складних ситуаціях зменшення психічного напруження відбувається не через усвідомлення та вирішення проблеми, а шляхом тимчасового полегшення емоційного стану. Водночас цей механізм є неадаптивним, оскільки може сприяти розвитку соматичних порушень, зокрема ожиріння [15].

Ожиріння як один із проявів порушень харчової поведінки формується під впливом комплексу психологічних чинників, серед яких можна виділити [14]:

1. Емоційну фрустрацію, пов'язану з втратою значущих стосунків або зміною життєвого середовища. Наприклад, ризик набору ваги зростає після втрати партнера або переїзду. Подібні реакції можуть спостерігатися і в дітей у ситуаціях зміни сімейної структури.

2. Негативні емоційні переживання (тривога, страх, самотність, гнів, внутрішня порожнеча), які можуть провокувати імпульсивне переїдання.

3. Високий рівень психоемоційного навантаження, що сприяє формуванню посилених оральних потреб, які проявляються у надмірному споживанні їжі або інших поведінкових реакціях.

У багатьох випадках відмова від звичних продуктів супроводжується психовегетативними проявами, що дозволяє розглядати харчову залежність поряд із іншими видами залежностей. Зокрема, депресивні стани під час дотримання дієти можуть нагадувати синдром відміни, що підтверджується частим поєднанням переїдання з тютюнопалінням або вживанням алкоголю.

1.2. Психологічні особливості порушень харчової поведінки серед сучасної молоді

Порушення харчової поведінки серед сучасної молоді є складним психологічним явищем, що формується під впливом індивідуальних особливостей особистості та соціального середовища. У межах психологія ці порушення розглядаються як результат взаємодії емоційних, когнітивних і поведінкових факторів, які впливають на ставлення до їжі, власного тіла та контролю над ним. Особливої актуальності проблема набуває в молодіжному середовищі, де процес формування ідентичності супроводжується підвищеною чутливістю до соціальних оцінок і стандартів зовнішності [23].

Однією з ключових психологічних особливостей є викривлене сприйняття власного тіла, коли навіть об'єктивно нормальна вага може сприйматися як надмірна. Це явище часто пов'язане з низькою самооцінкою та залежністю від зовнішнього схвалення [32]. У таких умовах формується прагнення до жорсткого контролю ваги, що може проявлятися в обмеженні харчування або, навпаки, у циклах переїдання та компенсаційної поведінки.

Саме так розвиваються розлади, зокрема анорексія нервова та булімія нервова, які мають глибоке психологічне підґрунтя.

Емоційна нестабільність також є важливим чинником. Молоді люди нерідко використовують їжу як спосіб регуляції емоційного стану: стрес, тривога, самотність або внутрішня напруга можуть провокувати епізоди переїдання або, навпаки, відмову від їжі. У цьому контексті харчова поведінка виконує не лише біологічну, а й психологічну функцію – стає способом уникнення або компенсації негативних переживань [37].

Вагомий вплив має соціальне середовище, яке досліджується в межах соціальної психології. Сучасні медіа та соціальні мережі активно транслюють стандарти «ідеального тіла», які часто є недосяжними або нереалістичними. Постійне порівняння себе з іншими підсилює незадоволення зовнішністю та сприяє формуванню деструктивних харчових практик. Крім того, значну роль відіграє вплив однолітків і сім'ї, де можуть формуватися як здорові, так і ризиковані установки щодо їжі [18].

Ще однією психологічною особливістю є перфекціонізм і потреба в контролі. Для частини молоді контроль над харчуванням і вагою стає способом досягнення відчуття впорядкованості життя або власної значущості. Це особливо характерно для осіб із високим рівнем тривожності або внутрішньої невпевненості.

Отже, порушення харчової поведінки серед сучасної молоді є результатом складної взаємодії внутрішніх психологічних механізмів і зовнішніх соціокультурних впливів. Їх розуміння потребує комплексного підходу, що враховує емоційні, когнітивні та соціальні аспекти розвитку особистості.

У науковій літературі виділяють три основні типи порушень харчової поведінки: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний [22].

Екстернальний тип характеризується підвищеною чутливістю не до внутрішніх сигналів голоду, а до зовнішніх стимулів – таких як вигляд їжі,

запахи, реклама чи сервірування. Найчастіше він притаманний людям із надмірною масою тіла.

Особи з таким типом поведінки, як правило, не дотримуються режиму харчування та споживають їжу незалежно від фізіологічної потреби. Вирішальним фактором стає доступність їжі, що проявляється у частих перекусах, переїданні в компанії або надмірних закупівлях продуктів.

На відміну від цього, люди з нормальною масою тіла реагують на зовнішні стимули переважно за наявності голоду. У осіб із надмірною вагою спостерігається порушення регуляції апетиту: підвищений апетит поєднується із запізненим відчуттям насичення [36].

Емоціогенна харчова поведінка виникає як відповідь на стрес і проявляється у формі емоційного переїдання. У цьому випадку стимулом до прийому їжі є не фізіологічна потреба, а емоційний дискомфорт – тривога, нудьга, самотність чи пригніченість. Їжа виконує компенсаторну функцію, знижуючи рівень напруження.

Найчастіше такі прояви посилюються в умовах значного стресу, наприклад під час складних життєвих ситуацій — втрати близьких, конфліктів, навчального навантаження чи інших емоційно напружених подій.

Емоціогенне порушення може проявлятися у вигляді компульсивного переїдання, порушення режиму харчування або синдрому нічного прийому їжі. Основною ознакою компульсивного переїдання є втрата контролю над процесом споживання їжі.

Частина молоді намагається компенсувати переїдання за допомогою штучних методів (наприклад, застосування проносних засобів), інші ж ведуть тривалу боротьбу із зайвою вагою без таких дій. У таких випадках може йтися про прояви булімічної поведінки без явних компенсаторних механізмів.

Поширеність компульсивного переїдання серед населення становить близько 2%, тоді як серед осіб із ожирінням цей показник значно вищий. Напади переїдання ускладнюють лікування, знижують впевненість у власних можливостях і можуть погіршувати прогноз.

Синдром нічного харчування зустрічається рідше, але також є характерним для осіб із надмірною масою тіла. Він проявляється відсутністю апетиту вранці, переїданням у вечірній і нічний час, а також порушеннями сну.

Найчастіше цей стан спостерігається у жінок, схильних до депресивних переживань. Вранці апетит може бути відсутнім або навіть викликати відразу, тоді як увечері він значно посилюється [31].

Характерною є також залежність між рівнем стресу та інтенсивністю переїдання: чим вищий рівень напруження протягом дня, тим більш вираженим є вечірнє споживання їжі.

Порушення сну проявляється у труднощах із засинанням без прийому їжі, поверхневому сні та частих пробудженнях, під час яких людина знову їсть.

У таких випадках їжа виконує функцію регулятора стану неспання: після її споживання знижується активність і з'являється сонливість, що може негативно впливати на повсякденну діяльність.

Провідне значення відчуттів голоду та насичення у регуляції активності найбільш виражене в ранньому дитинстві: голод стимулює пробудження немовляти, підвищує його рухову й емоційну активність, тоді як насичення сприяє розслабленню та засинанню. У процесі дорослішання ця функція поступово слабшає, поступаючись іншим механізмам мотивації та регуляції поведінки. Однак у людей із ожирінням цей перехід відбувається неповною мірою. У зв'язку з цим синдром нічного харчування можна трактувати як прояв певної психофізіологічної незрілості, що сформувалася в ході індивідуального розвитку [29].

Обмежувальний тип харчової поведінки характеризується надмірними обмеженнями в їжі та використанням суворих, часто хаотичних дієт. Такі періоди, як правило, чергуються з нападами переїдання, що призводить до швидкого збільшення маси тіла. Подібні коливання негативно позначаються на емоційному стані, спричиняючи нестабільність настрою.

Емоційні розлади, що виникають під час дотримання жорстких дієт, описуються терміном «дієтична депресія». Вона проявляється комплексом

негативних симптомів: дратівливістю, швидкою втомлюваністю, внутрішньою напруженістю, агресивністю, тривожністю, зниженим настроєм і пригніченістю. Такий стан часто стає причиною припинення дієтотерапії та повернення до попередніх харчових звичок, що сприяє повторенню проблеми.

Після подібних зривів у людини нерідко виникає почуття провини, знижується самооцінка та формується недовіра до можливості успішного лікування. Найбільш складно обмеження переносять ті, хто схильний до емоційного переїдання, адже для них їжа виконує функцію зниження психоемоційного напруження та виступає своєрідним способом психологічної релаксації.

Згідно з дослідженнями, у людей із ожирінням та емоціогенним типом харчової поведінки застосування лише дієтотерапії практично завжди супроводжується проявами дієтичної депресії різного ступеня. Крім того, приблизно у третини осіб, які раніше не мали виражених порушень, такі розлади можуть вперше виникати саме під час дієти, що супроводжується значним емоційним дискомфортом і часто призводить до відмови від лікування [37].

Розвиток ожиріння може бути пов'язаний із сімейними моделями харчової поведінки. Якщо батьки систематично реагують на будь-які потреби дитини пропозицією їжі та пов'язують турботу і любов із процесом годування, це формує неадекватні поведінкові установки. У таких умовах дитина втрачає здатність до саморегуляції, а переживання фрустрації компенсуються через їжу.

У людей із ожирінням часто простежується сильна емоційна прив'язаність до матері, її домінуюча роль у сім'ї та пасивна позиція батька. Надмірна опіка може гальмувати розвиток самостійності, фізичної активності та соціальних навичок, закріплюючи пасивно-залежний тип поведінки.

З точки зору психодинамічного підходу, надмірне споживання їжі розглядається як захисний механізм, спрямований на зниження негативних емоцій, передусім тривоги та депресивних переживань.

Сучасні дослідження пропонують біопсихосоціальну модель формування надлишкової маси тіла, яка пояснює як причини її виникнення, так і труднощі у процесі зниження ваги. У межах цієї моделі виділяють три групи чинників [20].

По-перше, біологічні: особливості функціонування організму, низький рівень фізичної активності, спадкова схильність, специфіка обміну речовин. Водночас ці фактори тісно взаємодіють із психологічними.

По-друге, психологічні причини, серед яких:

1. формування психологічної залежності від їжі, коли вона використовується як засіб покращення настрою;
2. гіперфагічна реакція на стрес, що проявляється переїданням у напружених ситуаціях і виконує функцію тимчасового уникнення проблем.

По-третє, соціальні чинники: вплив оточення, сімейних традицій і культурних норм. Переїдання може бути пов'язане з прагненням до соціальної взаємодії, звичкою проводити час за їжею або особливостями виховання.

Окремі теорії підкреслюють значний вплив соціальних стандартів і цінностей. У сучасному суспільстві ідеал стрункості набув особливої популярності: худорлявість асоціюється з успішністю, привабливістю та самодисципліною, тоді як надмірна вага часто сприймається негативно [39].

Зростання поширеності харчових розладів упродовж останніх десятиліть пов'язують саме з популяризацією цього ідеалу. Це підтверджується високим рівнем тривожності щодо зовнішності у людей із булімією та анорексією.

Соціальні стереотипи також впливають на гендерні відмінності: жінки частіше стикаються з харчовими розладами, тоді як чоловіки більш схильні до інших форм залежної поведінки, наприклад трудового лізму. Сучасні соціальні очікування висувають різні вимоги: жінка має бути привабливою, а чоловік — соціально реалізованим.

У підлітковому віці значну роль відіграє оцінка зовнішності з боку оточення. Сучасні стандарти краси формують ідеал худорлявої та витонченої фігури. Навіть незначні відхилення можуть сприйматися як серйозний недолік, що викликає зниження настрою, тривожність і відчуття соціального неприйняття. У деяких випадках це призводить до розвитку дисморфобічних переживань і пошуку радикальних способів схуднення [1].

Нервова булімія може виникати як самотійно, так і на фоні анорексії. Для неї характерний постійний контроль маси тіла, поєднання дієт і фізичних навантажень із регулярними нападами переїдання. За короткий час людина може споживати значну кількість їжі, часто не усвідомлюючи процесу. Після цього виникає фізичний дискомфорт, і застосовуються компенсаторні дії – викликання блювання або використання медикаментів [3].

Такі епізоди можуть повторюватися досить часто, при цьому вони зазвичай приховуються від оточення. На відміну від анорексії, при булімії маса тіла змінюється незначно, однак загальний стан здоров'я погіршується.

Харчові розлади наочно демонструють тісний взаємозв'язок між психічним і фізичним станом: психологічні порушення безпосередньо впливають на функціонування організму та можуть спричиняти серйозні соматичні ускладнення.

1.3. Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується високою динамікою, що зумовлює зростання вимог до особистісних ресурсів людини, зокрема її енергетичного потенціалу. Постійний вплив стресових факторів і депресивних станів суттєво позначається на якості життя, особливо за відсутності ефективних стратегій їх подолання [12]. У таких умовах їжа перестає виконувати виключно фізіологічну функцію насичення і набуває

додаткового психологічного значення: вона використовується як засіб компенсації емоційного дискомфорту. При цьому процес споживання їжі часто не приносить ні реального задоволення, ні користі для організму. За відсутності альтернативних способів регуляції емоцій формується механізм так званого «заїдання» стресу. Таким чином, харчова адикція виступає як спосіб уникнення суб'єктивно складної реальності.

Історично приготування їжі належить до найдавніших видів діяльності людини. Упродовж століть у різних народів формувалися не лише кулінарні навички, а й характерні смакові вподобання. Харчова поведінка визначалася комплексом факторів, серед яких кліматичні умови, географічне положення, економічні можливості та культурні традиції [22].

Так, населення прибережних територій традиційно віддавало перевагу рибі та морепродуктам; кочові народи орієнтувалися на продукти тваринного походження – м'ясо та молоко; мешканці лісостепових регіонів поєднували продукти тваринництва з дарами лісу; жителі південних територій споживали більше овочів і фруктів.

Сукупність доступних продуктів формувала основу національної кухні, тоді як способи їх обробки визначали специфіку кулінарних традицій і смакових особливостей. Режим харчування також залежав від природно-кліматичних умов: у південних регіонах частіше споживали гострі приправи та соуси, тоді як у північних – переважала більш стримана, менш насичена за смаком їжа. Для більшості народів був характерний триразовий режим харчування, хоча в південних країнах ранковий прийом їжі був менш значущим порівняно з обідом і вечерею.

Значний вплив на формування харчових звичок має релігія, адже її норми часто інтегруються в культурні традиції. Наприклад, у мусульманській культурі заборонене вживання свинини, тоді як в індуїзмі поширеним є вегетаріанство. У результаті кожна культура формує власну систему харчування, що поєднує кулінарні особливості та релігійні приписи.

Історичні приклади демонструють різноманітність підходів до організації харчування. У Стародавньому Римі звичайною практикою було одноразове харчування у вечірній час, хоча представники аристократії могли дозволити собі частіші прийоми їжі, іноді вдаючись до штучного очищення організму. У Західній Європі XVI століття існував чітко регламентований розпорядок дня з раннім підйомом, раннім обідом і вечерею. В Англії ще кілька століть тому сніданок не вважався обов'язковим прийомом їжі і набув поширення значно пізніше [37].

Отже, формування добового раціону пов'язане не лише з режимом дня, а й із внутрішніми фізіологічними сигналами, зокрема відчуттям голоду, що виступає важливим регулятором харчової поведінки.

Особливий інтерес становить підхід до харчування в традиції йоги, де продукти поділяються на три категорії: саттва, раджас і тамас. Вважається, що гармонійний стан організму досягається за рахунок вживання «чистої» їжі (саттва), до якої належать рослинні продукти та молочні вироби. Інші види їжі можуть впливати на емоційний стан, підвищуючи збудження або, навпаки, спричиняючи апатію [9].

Подібні принципи простежуються і в практиках дзен-буддизму в Японії, де монахи дотримуються рослинної дієти та певних правил усвідомленого споживання їжі. Серед них – усвідомлення походження продуктів, саморефлексія, контроль емоцій, ставлення до їжі як до засобу підтримки здоров'я та інструменту духовного розвитку.

Такий підхід підкреслює важливість усвідомленого ставлення до харчування, адже якість їжі впливає не лише на фізичний стан, а й на психічні процеси. Відомий вислів про те, що людина є відображенням того, що вона споживає, відображає цю ідею.

Таким чином, кожен етнос формує власні традиції харчування, що відображають його культурні, соціальні та природні особливості. Водночас процеси глобалізації сприяють взаємопроникненню кулінарних культур. Разом із цим поширюється і масова культура швидкого харчування, що поступово

витісняє традиційні моделі, замінюючи їх готовими продуктами, закусками та напоями швидкого споживання.

Висновки до розділу 1

Взаємодія з їжею є постійною складовою життя людини. Харчування включає процеси добування, вибору, підготовки, споживання та засвоєння їжі, забезпечуючи організм енергією та поживними речовинами для життя та діяльності. Споживання їжі також задовольняє соціальні та психологічні потреби: етноідентифікацію, самоствердження, соціоідентифікацію, інтеграцію в колектив.

Їжа може компенсувати брак любові, знижувати стрес і тривогу, лікувати поранене самолюбство, а також слугувати засобом комунікації у застільних традиціях. Часто до спільного харчування додають алкоголь, що підвищує настрій і сприяє розкутій бесіді.

Порушення харчової поведінки належать до розладів прийому їжі, пов'язаних із психологічними синдромами: психогенне переїдання, нервова анорексія, нервова булімія та інші. Ці відхилення стосуються 3–5% населення світу і мають ознаки:

1. Страх повноти, викликаний модою на струнку фігуру, перфекціонізмом, нарцисизмом та навіюваністю.
2. Обмеження в їжі, що супроводжуються страхом повноти; найбільш виражене при анорексії, найменше – при компульсивному переїданні.
3. Приступи обжерливості, коли людина втрачає контроль над споживанням, і це відрізняється від звичайного святкового переїдання.

Для молоді важливим чинником вибору стилю харчування є етнічна ідентичність та соціальні потреби: самоствердження, комунікація, релаксація. Важливу роль відіграє доступність і простота продуктів. XXI століття

характеризується символічним споживанням їжі та поширенням швидкого харчування, особливо у стилі Північної Америки.

Дослідження харчової поведінки молоді продовжується, зокрема у емпіричному аспекті, що дозволяє глибше зрозуміти психологічні та соціальні детермінанти харчових звичок.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження

Методологічна основа емпіричного дослідження харчової поведінки молоді ґрунтується на поєднанні теоретичних положень і практичних підходів, сформованих у межах психологія, соціальна психологія та психодіагностика. Вона передбачає системний і комплексний підхід до вивчення харчової поведінки як багатофакторного явища, що формується під впливом індивідуально-психологічних і соціокультурних чинників.

Основою дослідження виступають загальнонаукові принципи об'єктивності, системності, науковості та валідності, які забезпечують достовірність отриманих результатів. Важливим є також принцип розвитку, що дозволяє розглядати харчову поведінку в динаміці вікових змін молоді, а також принцип детермінізму, відповідно до якого будь-які поведінкові прояви мають причинно-наслідкове підґрунтя.

Методологічно дослідження спирається на використання комплексу взаємодоповнювальних методів. Зокрема, застосовуються теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури) для формування концептуальної моделі дослідження. Емпіричний рівень реалізується через психодіагностичні методики, спрямовані на виявлення особливостей харчової поведінки, емоційного стану, рівня тривожності, самооцінки та ставлення до власного тіла. Доцільним є використання стандартизованих опитувальників, анкетування, а також методів спостереження і бесіди, що дозволяють отримати як кількісні, так і якісні дані.

Важливим компонентом методологічної основи є визначення вибірки дослідження. У випадку вивчення молоді вона має включати респондентів

відповідного віку (зазвичай 16–25 років), з урахуванням гендерних, соціально-економічних і освітніх характеристик. Репрезентативність вибірки забезпечує можливість узагальнення результатів.

Обробка отриманих даних здійснюється за допомогою методів математичної статистики, що дає змогу встановити закономірності та взаємозв'язки між досліджуваними показниками. На цьому етапі активно використовуються інструменти статистика, зокрема кореляційний аналіз, порівняльний аналіз і методи перевірки гіпотез.

Таким чином, методологічна основа емпіричного дослідження харчової поведінки молоді передбачає комплексний, системний і міждисциплінарний підхід, що поєднує теоретичний аналіз, емпіричні методи збору даних і статистичну обробку результатів з метою глибокого розуміння психологічних особливостей цього явища.

Проведений теоретико-методологічний аналіз харчової поведінки сучасної молоді засвідчив доцільність здійснення емпіричного дослідження цього явища. Основною метою роботи стало виявлення взаємозв'язків між психологічним благополуччям, ставленням до власного тіла та особливостями харчової поведінки молодих людей.

Для реалізації поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Вивчити рівень прийняття власного тіла серед молоді.
2. Оцінити рівень психологічного благополуччя.
3. Проаналізувати взаємозв'язок між тілесним самосприйняттям і психологічним станом.
4. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики адиктивних форм харчової поведінки.

Збір емпіричних даних здійснювався за допомогою онлайн-опитування серед добровольців віком від 25 до 44 років. Загальна вибірка становила 109 осіб, серед яких 75 жінок і 34 чоловіки.

Передбачається, що подальше розширення вибірки дозволить підвищити валідність результатів і точніше встановити закономірності взаємозв'язку між психологічним благополуччям та харчовою поведінкою молоді в Україні.

Для дослідження взаємозв'язків між прийняттям власного тіла, психологічним благополуччям і схильністю до адиктивної харчової поведінки було використано комплекс психодіагностичних методик, на основі яких проводилося опитування.

«Опитувальник образу тіла» (О. Скугаревський, С. Сивуха) застосовувався для визначення ступеня незадоволеності власною зовнішністю у осіб, схильних до порушень харчової поведінки. «Опитувальник образу тіла» – це психодіагностична методика, спрямована на оцінку того, як людина сприймає власне тіло, зовнішність і фізичні характеристики.

Що вимірює опитувальник

Методика дозволяє визначити:

- рівень задоволеності / незадоволеності власним тілом
- наявність спотвореного сприйняття зовнішності
- емоційне ставлення до свого вигляду
- поведінкові прояви (уникання, надмірний контроль, порівняння з іншими)

Опитувальник складається з низки тверджень (зазвичай 30–40), які респондент оцінює за шкалою (наприклад, від «повністю не згоден» до «повністю згоден»).

Приклади типових тверджень:

- «Мені не подобається моя зовнішність»
- «Я часто порівнюю своє тіло з іншими»
- «Я уникаю ситуацій, де моє тіло можуть оцінювати»

Інтерпретація результатів

- Низькі бали → загально позитивний образ тіла
- Середні бали → помірна незадоволеність

- Високі бали → виражене невдоволення тілом, можливі ризики порушень (наприклад, розладів харчової поведінки)

Це не самодіагностика у повному сенсі – результати краще інтерпретувати разом із психологом. Високі показники не означають автоматично наявність розладу, але можуть бути сигналом для глибшого аналізу.

Відповідно до когнітивного підходу, незадоволеність тілом формується на основі двох компонентів:

1. Перцептивного – пов'язаного зі сприйняттям власного тіла;
2. Оцінного – що ґрунтується на переконаннях і мисленнєвих установках.

Дослідження показують, що саме оцінний компонент відіграє визначальну роль. Невдоволення тілом часто має слабкий зв'язок із реальними фізичними параметрами, але значною мірою відображає внутрішнє ставлення до власної зовнішності.

Оцінна складова включає:

- загальне ставлення до тіла або його окремих частин;
- емоційні реакції на власний зовнішній вигляд;
- когнітивні установки та уявлення («схему тіла»);
- поведінкові прояви (уникання дзеркал, часте зважування, надмірні фізичні навантаження тощо).

Опитування проводилося індивідуально з попереднім ознайомленням респондентів з інструкцією. Підсумковий бал визначався шляхом сумування відповідей:

- 13 і більше балів свідчать про виражене незадоволення тілом;
- максимальне значення становить 48 балів.

Для статистичного аналізу результати переводилися у стандартні шкали (стени).

Обробка результатів здійснювалася з використанням методів математичної статистики. З метою зіставлення суб'єктивних оцінок із

об'єктивними показниками застосовувався метод А. Кетеле, що дозволяє визначити індекс маси тіла (ІМТ) і оцінити ступінь надлишкової ваги.

$$\text{ІМТ} = \frac{m}{h^2}$$

де: m – маса тіла (кг), h – зріст (м).

Інтерпретація показників ІМТ:

- 16–17,9 – дефіцит маси тіла;
- 18–24,9 – норма;
- 25–29,9 – надмірна маса;
- 30–34,9 – ожиріння I ступеня;
- 35–39,9 – ожиріння II ступеня;
- ≥ 40 – ожиріння III ступеня.

Усі дослідження проводилися індивідуально з дотриманням стандартних процедур.

Рівень психологічного благополуччя визначався за допомогою методики «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріффа, яка включає шість основних компонентів:

1. Самосприйняття,
2. Життєві цілі,
3. Особистісний розвиток,
4. Управління середовищем,
5. Позитивні взаємини,
6. Автономність.

Методика дозволяє оцінити актуальний стан благополуччя, зосереджуючись на свідомих аспектах життя, мотивації та ціннісних орієнтаціях. Опитувальник містить 18 запитань і є придатним для масових досліджень.

Статистична обробка даних здійснювалася у програмному середовищі SPSS (версія 22.0).

2.2. Аналіз результатів дослідження

Результати опитування дали змогу нам поділити наших досліджуваних на 2 групи: осіб, що приймають своє тіло та осіб, що не приймають образ свого тіла. У таблиці можна побачити дані щодо молодих осіб, що 61% респондентів приймають образ свого тіла (гр.1).

Нам видається, це тому, що 76% осіб цієї групи мають показник ІМТ в межах норми. Проте, група 2 з нормальним ІМТ у 60% має рівень неприйняття 100%. Група 2 складає 39% від загальної кількості молодих осіб.

Подібне дослідження проводили вчені О. Скугаревський та С. Сивуха, в якому висловлена думка про те, що незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок з дійсною вагою.

Таблиця 2.2.1

Рівень прийняття образу власного тіла осіб молодого віку

Загальна вибірка	Група 1 Приймають образ власного тіла		Група 2 Не приймають образ власного тіла	
	Абсолютне значення	%	Абсолютне значення	%
109				
Загальна кількість респондентів	67	61%	42	39%
Знижений ІМТ	6	9%	12	14%
Нормальний ІМТ	51	76%	25	60%
Завищений ІМТ	10	15%	11	26%

Наступний статистичний аналіз результатів груп 1 та 2 за t-критерієм Вілкоксона дав змогу одержати наступні результати (рис. 2.2.1).

Отримані результати свідчать, що показники автономності є високими в обох групах. Це вказує на сформовану здатність до незалежного мислення, стійкість до соціального тиску та орієнтацію на власні критерії оцінки.

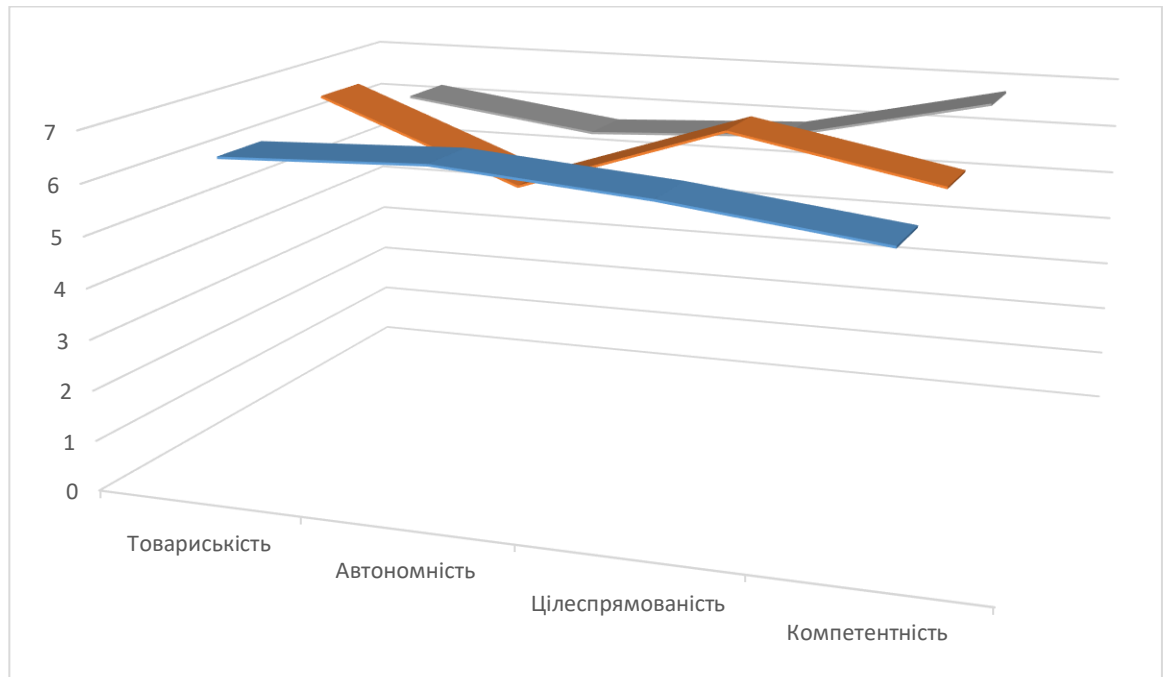


Рис. 2.2.1. Рівень благополуччя осіб молодого віку

Порівнюючи дані першої групи, зокрема, прийняття образу власного тіла, та другої групи, зокрема, неприйняття власного тіла, бачимо, що високим є показник власної автономності (1 гр. – 6,9; 2 гр. – 6,5). Нам видається, що це може свідчити про уже сформовану здатність витримувати соціальний тиск у вчинках та думках, сформовану незалежність, можливість давати оцінку собі, виходячи зі своїх стандартів.

Результати за шкалою «Позитивні стосунки з оточуючими» чи товариськість в обидвох групах становлять 6,4 та 6,3 відповідно, що підтверджує наявні приємні, близькі, довірливі стосунки з оточуючими, намагання виявляти турботу щодо інших, здатність до близькості, любові та емпатії, вміння віднаходити деякі компроміси у стосунках.

Дані шкали «Керування середовищем» чи компетентність та комфорт свідчать про деяку диференціацію цифр у групах 1 та 2. Досить високі значення у групі 1 (6,6) підтверджують впевненість та компетентність в керуванні побутовими справами та обставинами, можливість самому вибирати та формувати відповідні умови, що задовольняють особистісні потреби, а також цінності.

З іншого боку, низькі показники другої групи (5,2) підтверджують нездатність давати собі раду в рутинних справах, відчуття неможливості покращити чи зарадити умови свого життя, безсилля в керуванні оточуючим світом.

Шкала цілеспрямованості «Цілі в житті» теж показує диференціацію в групах. Досить високі цифри в гр.1 (6,3) на нашу думку може підтверджувати наявність мети та відчуття усвідомленості в житті, відчуття, що минуле та сьогодення осмислене, що існують переконання, які наповнюють життя цілями. Показники групи 2 (5,2) свідчать про розмиті мету в житті та відчуття відповідних життєвих ритмів. Сьогодення та минуле не відчувається змістовним, немає переконань, які додають мети життю.

Шкала самовдосконалення «Особистісне зростання» в групах 1 та 2 демонструє деякі розбіжності (5,9 і 5,5 відповідно). Це може показувати намагання досліджуваних обидвох груп стежити своє власне зростання та почувати самовдосконалення упродовж часу. Є потреба реалізувати свій потенціал. Сформований адекватний механізм самооцінки, є уникнення переживання стагнації та відчуття неможливості опанувати новітні навички та відсутність власного поступу.

Показники шкали «Самоприйняття» у нашій роботі мають значну роль та ще раз підтверджують цифри першого аналізу. Тут спостерігається найбільша диференціація показників між двома групами. Досліджувані гр.1 показують високий рівень самоприйняття 6,5, що свідчить про позитивне ставлення щодо себе, прийняття себе, своїх позитивних та негативних якостей, існує позитивна оцінка власного минулого.

Низькі показники групи 2 (5,1) демонструє незадоволення собою. Розчарування своїм минулим, переживання щодо своїх рис характеру, неприйняття себе, стремління стати іншим, не тим, що є зараз.

Остання шкала – «Схильність до вияву адиктивної харчової поведінки» – спровокована стресовими факторами. Диференціація поміж тими групами (04,1 і 5,3 відповідно) дає змогу в подальшому перевіряти гіпотезу щодо

прямопропорційного зв'язку адиктивної харчової поведінки з неприйняттям образу власного тіла. За допомогою дисперсійного аналізу статистично значимі відмінності ($p > 0,001$) показників «прийняття» по шкалі психол. благополуччя образу свого тіла (рис. 2.2.2).

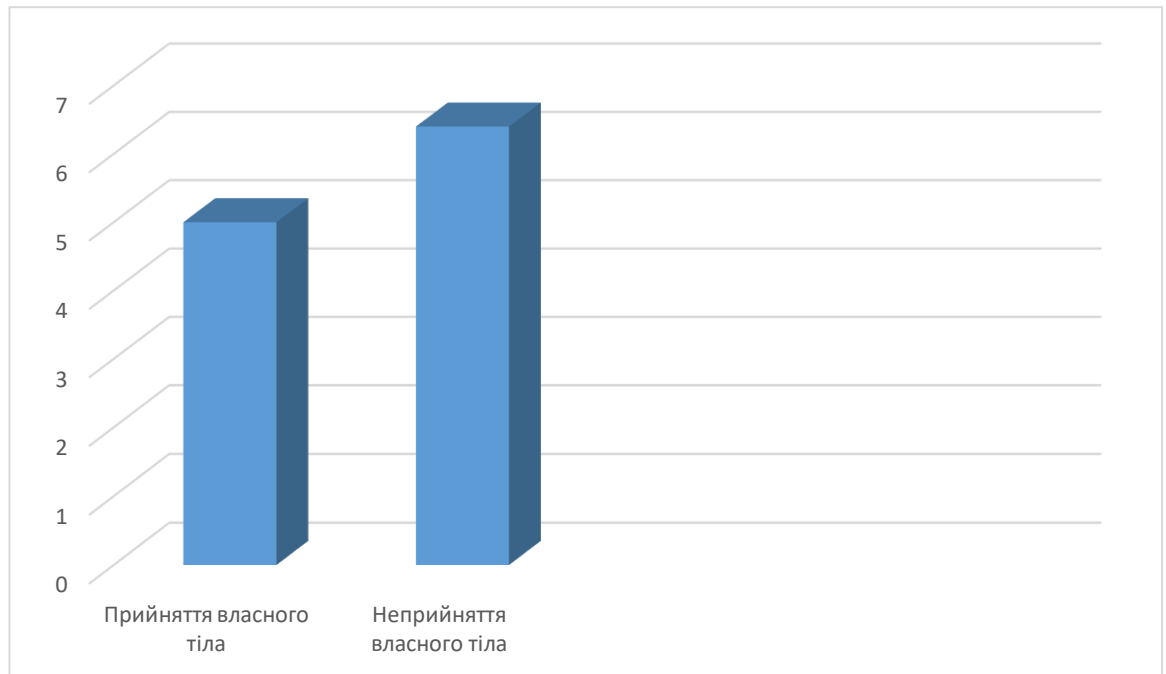


Рис. 2.2.2. Взаємозв'язок тілесного та психологічного прийняття в осіб молодого вік

За допомогою дисперсійного аналізу статистично значимі відмінності (на рівні $p > 0,06$) значення шкали «цілеспрямованості» відповідно до шкали псих. благополуччя від прийняття образу власного тіла. Малюнок показує, що найвищі середні показники щодо цілеспрямованості в образі Я можна побачити в досліджуваних, які приймають образ свого тіла. Нам видається, що ці дані свідчать про сформованість в гр. 1 механізму ефективної поставки мети та усвідомленості життя, тоді як цифри гр. 2 досліджуваних, що не приймають своє тіло, свідчать про розмитість мети в житті та відчуття життєвих ритмів, немає переконань, які б додавали життю мети.

На цьому графіку бачимо, що прямопропорційний зв'язок самоприйняття особистості та прийняття власного тіла. Це свідчить про те, що міра задоволеності власною зовнішністю забезпечує якість психологічного існування особистості. Оцінна складова образу тіла інтегративно показує:

- загальну оцінку тіла, зокрема, незадоволеності чи задоволеності вагою, формою, частинами тіла;
- емоції та почуття;
- когніції щодо зовнішності та побудови тіла;
- деяку поведінку, таку як бажання важитись чи дивитись в дзеркало.

За допомогою дисперсійного аналізу статистично значимі відмінності (на рівні $p > 0,06$) значення шкали «цілеспрямованості» відповідно до шкали псих. благополуччя від прийняття образу власного тіла. Найвищі середні показники щодо цілеспрямованості в образі Я можна побачити в досліджуваних, які приймають образ свого тіла.

Нам видається, що ці дані свідчать про сформованість в гр. 1 механізму ефективної поставки мети та усвідомленості життя, тоді як цифри гр. 2 досліджуваних, що не приймають своє тіло, свідчать про розмитість мети в житті та відчуття життєвих ритмів, немає переконань, які б додавали життю мети.

За допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значущі відмінності ($p > 0,001$) значень цифр шкали «комфорт» відповідно до псих. благополуччя щодо прийняття образу свого тіла.

Низькі показники гр.2 (5,2) можуть свідчити про неможливість дати собі раду зі щоденними справами, неможливість покращити свої життєві умови, почуття безсилля в керуванні світом.

Результати первинного аналізу дали змогу розділити досліджуваних на 4 групи (рис. 2.2.3).

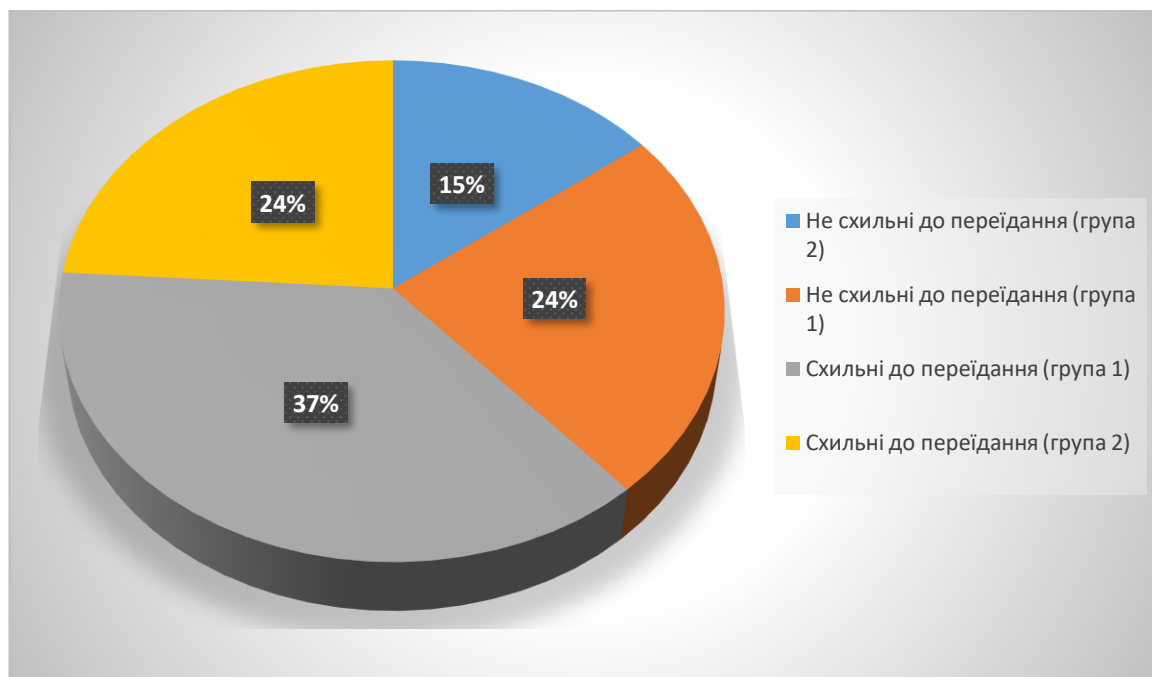


Рис. 2.2.3. Рівні проявів харчової поведінки осіб молодого віку під дією стресових факторів

На діаграмі чітко бачимо загальну кількість досліджуваних, що оцінили себе як схильні до переїдання в часі стресу, та цифра складає 61,47%, тобто це більша її половина з обидвох груп. В обидвох групах відсоток досліджуваних, які схильні до переїдання майже однаковий (61% та 62,2% відповідно).

Ці дані дають змогу зробити висновок про те, що переважна більшість досліджуваних обидвох груп, незважаючи на те, приймають вони себе чи ні, визначають себе самих спрямованими до адиктивної поведінки в харчуванні. Також ми припускали, що не впливає прийняття образу свого тіла на схильність під час стресу переїдати.

На підставі наших даних дослідження можна зробити висновок, що стан прийняття свого тіла як рівень психологічного благополуччя має дуже низьку кореляцію до проявів адиктивної харчової поведінки. Тому гіпотеза наша підтверджується. Ми вперше співвідносили використані нами методики в нашому дослідженні, а тому питання щодо взаємозв'язку вияву адиктивної поведінки з прийняттям свого образу тіла повинне ще додатково підлягати подальшим дослідженням з використанням інших методик.

2.3. Практичні рекомендації щодо превенції адиктивної харчової поведінки серед молоді

Результати теоретичного аналізу та проведеного емпіричного дослідження вказують на необхідність розробки системи заходів, спрямованих на запобігання проявам адиктивної харчової поведінки. На основі отриманих даних було сформульовано такі рекомендації:

1. Формування адекватного образу власного тіла. Це може досягатися через застосування тілесно-орієнтованих підходів (зокрема методик М. Фельденкрайза). Усвідомлення відмінності між уявним і реальним образом тіла є важливим кроком до гармонізації співвідношення «Я-реальне» та «Я-ідеальне».
2. Ведення щоденника харчування. Доцільно фіксувати не лише кількість і якість спожитої їжі, а й рівень голоду до та після прийому їжі, а також емоційний стан до і після харчування. Такий підхід сприяє усвідомленню зв'язку між емоціями та харчовою поведінкою.
3. Соціальна підтримка. Важливим є залучення значущого оточення для підтримки у формуванні та контролі здорових харчових звичок.
4. Психологічна допомога. Відновлення психологічного благополуччя доцільно здійснювати за допомогою консультацій із психологом.

Превенція адиктивної (залежнісної) харчової поведінки серед молоді потребує комплексного підходу — одночасно на рівні особистості, сім'ї, освітнього середовища та суспільства. Ось практичні рекомендації, які реально працюють:

1. Формування здорового ставлення до їжі
 - Уникати поділу їжі на “добру” і “погану” — це знижує ризик формування почуття провини.
 - Пояснювати принципи інтуїтивного харчування (слухати сигнали голоду і ситості).

- Розвивати усвідомленість під час прийому їжі (їсти без гаджетів, повільно).

2. Робота з емоційною регуляцією

- Навчати молодь розпізнавати свої емоції та не “заїдати” стрес.
- Запроваджувати альтернативні способи зняття напруги: спорт, творчість, спілкування.
- Використовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії для формування здорових звичок.

3. Роль сім’ї

- Батьки мають демонструвати здорову модель харчування без крайнощів.
- Уникати покарання або винагороди їжею.
- Створювати регулярний режим прийому їжі (сніданок, обід, вечеря).

4. Освітні програми

- Включати теми харчової поведінки у шкільні курси (основи здоров’я).
- Проводити тренінги з медіаграмотності (критичне ставлення до “ідеалів тіла” в соцмережах).
- Залучати психологів до профілактичної роботи.

5. Контроль впливу медіа

- Обговорювати з молоддю нереалістичні стандарти краси.
- Пояснювати механізми маніпуляцій у рекламі їжі.
- Заохочувати підписку на ресурси з науково обґрунтованою інформацією.

6. Формування здорового способу життя

- Регулярна фізична активність без акценту на “схуднення”.
- Повноцінний сон (7–9 годин).
- Баланс навчання, відпочинку і соціального життя.

7. Раннє виявлення ризиків

Звертати увагу на:

- нав’язливі думки про їжу або вагу,
- епізоди переїдання чи жорстких обмежень,
- різкі зміни маси тіла.

У таких випадках важливо своєчасно звернутися до психолога або лікаря.

8. Підтримка середовища

- Створення безпечного простору без бодішеймінгу.
- Підтримка різноманітності тілесних форм.
- Заохочення відкритого обговорення проблем без стигматизації.

Профілактика адиктивної харчової поведінки — це не про заборони, а про формування здорових навичок, емоційної стійкості та критичного мислення. Чим раніше починається така робота, тим нижчий ризик розвитку розладів у майбутньому.

Висновки до розділу 2

Результати нашого дослідження, що стосувались вивчення прийняття образу свого тіла ми встановили, що переважна більшість досліджуваних молодого віку (61%) позитивно приймають образ свого тіла, від загальної кількості більше третини досліджуваних (39%) існують з неприйняттям свого образу тіла. Ми довели з допомогою Т-критерію Вілкоксона, що в обидвох групах не залежить прийняття свого тіла від показників «товариськості» та «автономності».

У представників гр.1 є вищими показники за шкалами «цілеспрямованість» та «комфорт», що свідчить про прийняття свого образу тіла, впевненість та компетентність в керуванні рутинними справами, здатність використовувати різноманітні життєві ситуації, вміння самостійно вибрати та створити собі комфортні умови, що відповідають власним цінностям та потребам, трохи більше розвинені, мають мету та усвідомленість життя.

За шкалою «самовдосконалення» показники Т-критерію Вілкоксона нам кажуть про те, що досліджувані гр.2 переймаються цією проблематикою. Саме тому беручись до психокорекції людей, що не приймають образ свого тіла, цей

показник варто враховувати через встановлення відповідного рівня домагань та корекції адекватної самооцінки та рівня домагань.

За шкалою «самоприйняття» показники вказують на цифри попереднього аналізу, зокрема, бачимо значну відмінність між досліджуваними обидвох груп у показниках прийняття позитивного ставлення щодо себе, визнання себе у всій палітрі іншості, що включає як позитивні, так і негативні особистісні якості для групи 1 та навпаки, незадоволення собою та розчарування у своєму минулому досвіді, переживання з приводу деяких особистісних рис та особистісне неприйняття, намагання стати іншим – для групи 2.

З допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значимі показники ($p > 0,001$) взаємозв'язків цифр шкали «прийняття» у психологічному благополуччі з прийняттям образу свого тіла. Тому міра задоволеності власним зовнішнім виглядом дає змогу дати оцінку якості функціонування психіки людини. За допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значимий зв'язок ($p > 0,06$) цифер «цілеспрямованості» шкали психологічного благополуччя, а також цифри «прийняття образу свого тіла». Тобто з підвищенням рівня прийняття образу свого тіла підвищується середній груповий показник цілеспрямованості.

Дисперсійний аналіз дав змогу встановити статистично значущий взаємозв'язок ($p > 0,001$) цифри «комfortу» шкали психічного благополуччя прийняття образу свого тіла. Тобто з підвищенням рівня прийняття підвищується середній груповий показник comfortу.

Порівняльний аналіз показав, що значна частина досліджуваних переїдають під час проживання стресу, і становить 61% у гр.1 та грішить дещо більшою кількістю з'їденого у гр. 2. Отже, можна підсумувати, що факт заїдання стресу зовсім не залежить від того, чи приймає людина образ власного тіла, чи ні. Переважна більшість досліджуваних зізнаються в тому, що схильні до виявів адиктивної харчової поведінки.

Отримані результати нашого дослідження підтверджують потребу формування системи превентивних заходів, які були б спрямовані на адекватну харчову поведінку.

ВИСНОВКИ

Теоретично доведено, що харчування є складним багаторівневим процесом, що охоплює відбір, добування, підготовку, споживання та засвоєння їжі. Воно забезпечує організм людини енергією та необхідними для життєдіяльності речовинами, такими як білки, жири, вуглеводи, вітаміни та мінерали. Завдяки харчуванню підтримуються основні фізіологічні функції організму, відбувається ріст, розвиток і відновлення тканин. Водночас цей процес тісно пов'язаний не лише з біологічними потребами, а й із психологічними та соціальними аспектами життя людини.

Харчова поведінка формується під впливом багатьох чинників і не обмежується лише базовими фізіологічними потребами. Значну роль відіграють попередній життєвий досвід, сімейні традиції, культурні норми, соціальне оточення, а також індивідуальні когнітивні стратегії та набуті знання.

Теоретично встановлено, що залежно від різних чинників харчову поведінку можна оцінювати як адекватну або девіантну. Адекватна поведінка передбачає збалансоване споживання їжі відповідно до потреб організму, дотримання режиму харчування та усвідомлене ставлення до якості продуктів. Девіантна харчова поведінка, навпаки, характеризується порушенням цих принципів і може проявлятися у вигляді переїдання, обмеження їжі, емоційного споживання або формування залежності від певних продуктів. На це впливають роль їжі в житті людини, її кількісні та якісні характеристики, а також естетичні й етичні аспекти харчування. Важливими чинниками формування харчових адикцій є не лише переїдання, а й низький рівень фізичної активності, малорухливий спосіб життя та загальна пасивність.

Порушення харчової поведінки може призводити до розвитку різноманітних соматичних захворювань, серед яких ожиріння, цукровий діабет, серцево-судинні хвороби та розлади травлення. Крім того, такі порушення негативно впливають на психоемоційний стан людини,

спричиняючи зниження самооцінки, тривожність, депресивні стани та соціальну ізоляцію.

Вибір психотерапевтичних підходів для профілактики або корекції порушень харчової поведінки залежить від індивідуальних особливостей клієнта, його життєвого досвіду, мотивації до змін, а також професійної позиції терапевта та результатів психодіагностики. Серед ефективних підходів можна виділити когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-терапію, психодинамічний підхід та інші методи, спрямовані на усвідомлення причин проблеми та формування нових моделей поведінки. Важливим аспектом є робота не лише з симптомами, а й із глибинними психологічними чинниками, такими як емоційні травми, внутрішні конфлікти та неусвідомлені установки.

Водночас психологія та психотерапія пропонують ефективні методи допомоги людям із порушеннями харчової поведінки. Практична психологія сприяє досягненню стійких результатів у зміні поведінки, формуванні здорового ставлення до їжі та власного тіла, а також підвищенні якості життя загалом. У багатьох розвинених країнах уже тривалий час надають перевагу саме комплексному підходу, який поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти. Такий підхід дозволяє не лише усунути симптоми, а й запобігти повторному виникненню проблеми, формуючи гармонійні та здорові моделі харчової поведінки.

Отже, харчування є не лише фізіологічною потребою, а складним соціально-психологічним явищем, що впливає на всі аспекти життя людини. Усвідомлене ставлення до харчування, формування здорових звичок і своєчасна корекція порушень є важливими умовами збереження фізичного та психічного здоров'я.

Результати проведеного дослідження щодо особливостей прийняття образу власного тіла засвідчили, що більшість респондентів молодого віку (61%) позитивно сприймають свій тілесний образ. Водночас у 39% досліджуваних виявлено труднощі з його прийняттям.

За допомогою Т-критерію Вілкоксона встановлено, що в обох групах рівень прийняття власного тіла не пов'язаний із показниками «товариськості» та «автономності». Водночас у представників першої групи зафіксовано вищі показники за шкалами «цілеспрямованість» і «комфорт». Це свідчить про більш позитивне ставлення до власного тіла, вищий рівень упевненості у собі, компетентність у вирішенні повсякденних завдань, здатність ефективно використовувати життєві можливості, самостійно створювати комфортні умови відповідно до власних цінностей і потреб, а також про наявність чітких життєвих цілей та усвідомленості життя.

Аналіз показників за шкалою «самовдосконалення» показав, що респонденти другої групи більше зосереджені на питаннях особистісного розвитку. Тому під час психокорекційної роботи з особами, які не приймають власний образ тіла, доцільно враховувати цей аспект шляхом формування адекватної самооцінки та реалістичного рівня домагань.

За шкалою «самоприйняття» виявлено суттєві відмінності між групами. Для учасників першої групи характерне позитивне ставлення до себе, прийняття власної індивідуальності та усвідомлення як позитивних, так і негативних особистісних рис. Натомість представники другої групи демонструють незадоволеність собою, розчарування власним минулим досвідом, переживання щодо окремих особистісних характеристик, неприйняття себе та прагнення змінити власну особистість.

За результатами дисперсійного аналізу встановлено статистично значущий зв'язок ($p < 0,001$) між показниками шкали «прийняття» психологічного благополуччя та рівнем прийняття образу власного тіла. Це дає підстави стверджувати, що ступінь задоволеності власною зовнішністю може виступати важливим індикатором психологічного благополуччя особистості.

Також виявлено статистично значущий зв'язок між показниками «цілеспрямованості» та рівнем прийняття образу тіла ($p < 0,06$). Отже, зі зростанням рівня прийняття власного тіла підвищується і середній показник цілеспрямованості досліджуваних.

Крім того, дисперсійний аналіз засвідчив статистично значущий взаємозв'язок між показником «комфорт» та рівнем прийняття образу власного тіла ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що вищий рівень прийняття свого тіла супроводжується підвищенням відчуття психологічного комфорту.

Порівняльний аналіз показав, що значна частина респондентів схильна до переїдання в умовах стресу: така поведінка характерна для 61% учасників першої групи та ще більшою мірою проявляється серед представників другої групи. Отримані результати свідчать про те, що схильність до «заїдання» стресу не залежить безпосередньо від рівня прийняття власного тіла. Водночас більшість досліджуваних визнають наявність окремих проявів адиктивної харчової поведінки.

Загалом результати дослідження підтверджують необхідність розроблення та впровадження системи профілактичних заходів, спрямованих на попередження та корекцію адиктивної харчової поведінки.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні психологічних чинників формування образу власного тіла та їхнього впливу на харчову поведінку особистості. Доцільним є розширення вибірки досліджуваних із залученням представників різних вікових категорій, статі та соціальних груп для виявлення можливих відмінностей у сприйнятті власного тіла. Особливу увагу варто приділити дослідженню взаємозв'язку між рівнем самоприйняття, психологічним благополуччям та ризиком розвитку адиктивної харчової поведінки.

Перспективним напрямом також є розроблення, впровадження та оцінка ефективності психокорекційних програм, спрямованих на формування позитивного образу тіла, підвищення самооцінки та профілактику порушень харчової поведінки серед молоді. Отримані результати можуть стати підґрунтям для створення практичних рекомендацій щодо збереження психологічного благополуччя та розвитку здорового ставлення до власного тіла.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 25. С. 9–25. DOI: 10.32626/2227-6246.2014-25.
2. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 43. С. 9–32. DOI: 10.32626/2227-6246.2019-43.9-32.
3. Асєєва Ю.О., Кривошеєва М.Д. Фактори розладів харчової поведінки в осіб молодого віку. *Mental Health*. 2024. № 3. С. 14–18. DOI: 10.32782/3041-2005/2024-3-3.
4. Бартко А.О. Психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді : *кваліфікаційна магістерська робота*. Вінниця : ДонНУ імені Василя Стуса, 2024.
5. Бабак О.Я., Харченко Н.В. Основи клінічної дієтології. Київ : Книга-плюс, 2018. 304 с.
6. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика : *підручник*. Київ : Ніка-Центр, 2019. 688 с.
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. Василенко Л.П. Вікова психологія : *навчальний посібник*. Київ : Академвидав, 2020. 384 с.
9. Васильєва Н.В., Пашковський В.М., Юрценюк О.С. Фактори ризику виникнення розладів харчової поведінки молоді в умовах війни в Україні та шляхи корекції. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. 2026. № 1. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2026.1.7.

10. Волошин П.В., Марута Н.О. Психічне здоров'я населення України: сучасні виклики та шляхи їх подолання. *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, № 1. С. 9–15.
11. Галецька І.І. Психологічне благополуччя особистості: *теоретичні та прикладні аспекти*. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2020. 340 с.
12. Дудник С.В. Особливості формування харчової поведінки студентської молоді. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Психологія. 2021. № 1(13). С. 28–34.
13. Дудник А., Рега Н. Скринінг розладів харчової поведінки у студентів медичного коледжу. *Медсестринство*. 2026. № 2. DOI: 10.11603/2411-1597.2026.2.16356.
14. Карвацька Н. С., М., Юрценюк О. С. Фактори ризику виникнення розладів харчової поведінки молоді в умовах війни в Україні та шляхи корекції. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. 2026. № 1. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2026.1.7.
15. Карамушка Л.М. Психологія здорового способу життя : *навчальний посібник*. Київ : Інкос, 2018. 224 с.
16. Кокун О.М. Психологія здоров'я : *навчальний посібник*. Київ : Просвіта, 2019. 316 с.
17. Кривошеєва М.Д. Фактори розладів харчової поведінки в осіб молодого віку. *Mental Health*. 2024. № 3. С. 14–18. DOI: 10.32782/3041-2005/2024-3-3.
18. Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 43. С. 9–32. DOI: 10.32626/2227-6246.2019-43.9-32.
19. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць*:

- філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.
20. Ложкін Г.В. Практична психологія харчової поведінки. Київ : Професіонал, 2019. 248 с.
 21. Максименко С.Д. Загальна психологія : *підручник*. Київ : Центр учбової літератури, 2019. 272 с.
 22. Маркова М.В. Психічне здоров'я особистості та чинники його збереження. *Медична психологія*. 2019. Т. 14, № 2. С. 4–12.
 23. Марута Н.О., Панько Т.В. Порушення харчової поведінки в структурі психічного здоров'я молоді. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. № 13. С. 45–52.
 24. Москалець В.П. Психологія особистості : *навчальний посібник*. Київ : Центр учбової літератури, 2018. 262 с.
 25. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту імені Івана Огієнка*. К.-Подільський, 2009. Випуск 6. Ч. 2.
 26. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2017 № 1086 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при нервовій анорексії».
 27. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012 № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при нервовій булімії».
 28. Основи охорони психічного здоров'я в Україні / за ред. І.Я. Пінчука. Київ : Сфера, 2021. 412 с.
 29. Пашковський В.М., Юрценюк О.С. Фактори ризику виникнення розладів харчової поведінки молоді в умовах війни в Україні та шляхи корекції. *Науковий вісник Ужгородського національного*

- університету. Серія: Психологія. 2026. № 1. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2026.1.7.
30. Пов'якель Н.І. Практична психологія харчової поведінки. Київ : Професіонал, 2019. 248 с.
 31. Павелків Р.В. Загальна психологія : *підручник*. Київ : Кондор, 2021. 576 с.
 32. Рега Н. Скринінг розладів харчової поведінки у студентів медичного коледжу. *Медсестринство*. 2026. № 2. DOI: 10.11603/2411-1597.2026.2.16356.
 33. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія : *навчальний посібник*. Київ : Академвидав, 2020. 384 с.
 34. Собко А.П. Психологічні особливості розладів харчової поведінки в підлітковому віці : *кваліфікаційна робота*. Тернопіль : ЗУНУ, 2024. 46 с.
 35. Титаренко Т.М. Сучасна психологія особистості : *навчальний посібник*. Київ : Каравела, 2020. 372 с.
 36. Шебанова В.І., Яблонська Т.М. Біографічний метод у дослідженні проблемної харчової поведінки. *Психологія особистості*. 2019. Т. 10, № 1. С. 215–227. DOI: 10.15330/ps.10.1.215-227.
 37. Шевчук О.А. Самооцінка та образ тіла в юнацькому віці. Актуальні проблеми психології. 2022. Т. 11, Вип. 25. С. 153–161.
 38. Юрценюк О. С. Фактори ризику виникнення розладів харчової поведінки молоді в умовах війни в Україні та шляхи корекції. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2026. № 1. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2026.1.7.
 39. Юр'єва Л. М. Клінічна психологія : *підручник*. Київ : Медицина, 2020. 472 с.
 40. Яблонська Т.М. Біографічний метод у дослідженні проблемної харчової поведінки. *Психологія особистості*. 2019. Т. 10, № 1. С. 215–227. DOI: 10.15330/ps.10.1.215-227.

41. Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating. *Psychol Med.* 2002. № 12(3). С. 625–635.
42. Dozier M., K. Chase Stoval, Kathleen E. Albus. Attachment and Psychopathology in adulthood. 2008.
43. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. Нью-Йорк: Basic books, 2007.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник образу тіла (О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха)

Інструкція: перед вами питання щодо ставлення до тіла. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди» і відмітьте позначкою «+» у колонці відповіді.

№	Твердження	Ніколи (0)	Іноді (1)	Часто (2)	Завжди (3)
1	Я не люблю дивитися на себе у дзеркало	0	1	2	3
2	Купівля одягу звертає мою увагу на те, як я виглядаю, і тому неприємна	0	1	2	3
3	Я не люблю, коли на мене звернено увагу оточуючих	0	1	2	3
4	Я уникаю ситуацій, в яких оточуючі можуть побачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо)	0	1	2	3
5	Я відчуваю сором за своє тіло у присутності певних людей	0	1	2	3
6	Я не люблю своє тіло	0	1	2	3
7	Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним	0	1	2	3
8	Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини соромляться при погляді на мене	0	1	2	3
9	Я порівнюю своє тіло з іншими для того, щоб переконатися, що вони повніші за мене	0	1	2	3
10	Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через те, що я відчуваю незручність у зв'язку зі своїм зовнішнім виглядом	0	1	2	3
11	Я відчуваю провину у зв'язку зі своєю вагою	0	1	2	3
12	У мене є негативні думки, і я самокритичний(на) щодо свого тіла і того, як я виглядаю	0	1	2	3
13	Мені важко приймати компліменти щодо того, як я виглядаю	0	1	2	3
14	Коли я дивлюся в дзеркало, моя увага зосереджена переважно на тих частинах тіла, які потребують поліпшення	0	1	2	3
15	Я відчуваю себе приниженим(ою) і/або пригніченим(ою) у присутності людини, яка, на мою думку, більш приваблива, ніж я	0	1	2	3

№	Твердження	Ніколи (0)	Іноді (1)	Часто (2)	Завжди (3)
16	Я турбуюся про власну вагу	0	1	2	3

Додаток Б

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Інструкція: перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: «ніколи» (1), «рідко» (2), «іноді» (3), «часто» (4) та «дуже часто» (5), підкресливши цифру у відповідному стовпці бланка тесту.

№	Твердження	Ніколи (1)	Рідко (2)	Іноді (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Якщо ваша вага починає наростати, ви їсте менше, ніж звичайно?	1	2	3	4	5
2	Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?	1	2	3	4	5
3	Чи часто ви відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь про свою вагу?	1	2	3	4	5
4	Чи уважно ви контролюєте кількість з'їденого?	1	2	3	4	5
5	Чи вибираєте їжу навмисно, щоб схуднути?	1	2	3	4	5
6	Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?	1	2	3	4	5
7	Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не набрати вагу?	1	2	3	4	5
8	Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5