

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Кафедра психології і туризму**

**Кваліфікаційна робота бакалавра з психології**  
**на тему: «Розлади харчової поведінки в юнацькому віці: психологічний**  
**аспект»**

*Допущено до захисту*  
*«\_\_\_» \_\_\_\_\_ року*

Здобувача вищої освіти  
групи ПС 19-19  
факультету туризму, бізнесу і  
психології  
освітньої програми «Практична  
психологія»  
за спеціальністю 053 «Психологія»  
Танасієнко Анастасії Євгенівни

*Завідувач кафедри психології і туризму,*  
*доктор психологічних наук, професор*

\_\_\_\_\_ Олександр БОНДАРЕНКО  
(підпис)

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
доцент  
Валентина КИРИЛЕНКО

Національна шкала \_\_\_\_\_  
Кількість балів \_\_\_\_\_  
Оцінка ЄКТС \_\_\_\_\_

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE**  
**KYIV NATIONAL LINGUISTIC UNIVERSITY**  
**the Department of Psychology and Tourism**

**Thesis of Bachelor in Psychology**  
**on the topic: «Eating disorders in adolescence: a psychological aspect»**

*Approved for defense*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_

Higher education student of the group  
 PS 19-19  
 faculty of Tourism, Business and  
 Psychology  
 educational program «Practical  
 psychology»  
 specialty 053 «Psychology»  
 Tanasiienko Anastasiia Evgenivna

*Head of Department of Psychology and  
 Tourism, doctor of Psychology, professor*

\_\_\_\_\_ Oleksandr BONDARENKO  
 (signature)

Scientific supervisor:  
 candidate of Psychology, associate  
 professor  
 Valentyna KYRYLENKO

National scale \_\_\_\_\_  
 Scores \_\_\_\_\_  
 ECTS \_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	7
1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення розладів харчової поведінки	7
1.2. Характеристика причин та основних видів розладів харчової поведінки	14
1.3. Психологічна характеристика осіб юнацького віку	23
Висновки до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	33
2.1. Організація та методи дослідження психологічних особливостей харчової поведінки в юнацькому віці	33
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	36
2.3. Методичні рекомендації щодо формування здорової харчової поведінки	47
Висновки до другого розділу	51
ВИСНОВКИ	53
АНОТАЦІЯ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	64

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Їжа є невід'ємною частиною існування людства і виконує базисну функцію – підтримання життя індивіда. Вже багато століть людей турбує питання про зв'язок життєвих цілей з харчуванням: їсти, щоб жити або жити, щоб їсти. У разі виникнення проблемних обставин та негараздів їжа є найлегшим способом пониження рівня стресу та зняття напруги. Це доступний метод, який послуговує приємним стимулом задоволення потреб та переживання будь-яких емоцій. Однак, як тільки їжа перестає виконувати лише базисну функцію – підтримання гомеостазу і посідає високе місце в ієрархії цінностей індивіда, тоді річ йде про розлади харчової поведінки.

У сучасному світі проблема розладів харчової поведінки набула гострої актуальності. Культурні фактори, соціальні вимоги, активність ЗМІ, стандарти краси, якість та темп життя мають безпосередній вплив на особистість людини. Зокрема, її самооцінка, установки, ціннісні орієнтації зазнають найбільших змін. Використовуються будь-які засоби аби відповідати так званим «нормам», так як приваблива зовнішність нерідко прирівнюється соціальному успіху. Харчова поведінка тісно взаємопов'язана з соматичним здоров'ям. У разі відхилення від норми, індивіди стискаються з проблемами з серцем та судинами, порушеннями роботи шлунково-кишкового тракту, репродуктивної системи, опорно-рухової системи тощо. Крім цього, розлади харчової поведінки негативно впливають на такі сфери життя, як навчання, роботу, взаємовідносини з рідними та друзями.

За даними ВООЗ найвищий рівень смертності осіб з психічними захворюваннями, за останній час, посідають люди з розладами харчової поведінки. Зазвичай у підлітковому та ранньому дорослому віці виникають порушення харчової поведінки. В ході фізичних перетворень, що відбуваються після статевого дозрівання та дорослішання, особистості зазначеного вікового періоду схильні навмисно змінювати харчову поведінку.

Дослідження порушення харчової поведінки є однією з провідних тенденцій сучасної психологічної науки. Існує велика кількість праць присвячених даній проблемі. Феномен розладу харчової поведінки, їх

причинність та багатофакторність вивчали: Л.М. Абсалямова, М.С. Фатєєва, В.І. Шебанова, О.М. Мойзріст, І.Г. Малкіна-Пих, Ю.І.Савенков, М.В. Гриньова, М.В. Корновал, М.О. Овдій, М.І.Кириленко, Л.В. Дудар, А.А. Русинова, З.Я. Ковальчук, Т.В. Кудла, Frank G., S. Markus, J. Suisman, G. Russel, M. Cooper та інші.

**Метою** роботи є вивчення психологічних особливостей харчової поведінки в юнацькому віці.

**Гіпотеза** даного дослідження полягає у припущенні про наявність закономірних зв'язків між перфекціонізмом, самостваленням та розладами харчової поведінки.

**Об'єкт дослідження** – харчова поведінка в юнацькому віці.

**Предмет дослідження** – вплив індивідуальних особливостей на порушення харчової поведінки в юнацькому віці.

**Завдання дослідження:**

1. на основі аналізу наукової літератури обґрунтувати зміст проблеми розладів харчової поведінки в сучасній психології;
2. описати причини та види розладів харчової поведінки;
3. охарактеризувати психологічні особливості юнацького віку;
4. розробити програму емпіричного дослідження щодо ролі індивідуальних особливостей у перебігу та порушенні харчової поведінки;
5. визначити взаємозв'язок між індивідуальними особливостями та розладами харчової поведінки; здійснити змістову інтерпретацію отриманих даних.

**Теоретико-методологічною основою** дослідження виступають праці та дослідження багатьох вчених, таких як В.І. Шебанова, В.Д. Менделевич, О.А. Скугаревський, О.Б. Хромов, В.І. Смоляр, А. Rikani, К. Presnell, Е. Stice, F. Meyer, які досліджували явище розладів харчової поведінки.

Для розв'язання поставлених завдань застосовувались такі методи: *теоретичні*: аналіз наукової літератури вітчизняних, зарубіжних та сучасних дослідників; метод порівняльного аналізу; системно-теоретичний аналіз;

*емпіричні*: опитувальник харчових переваг - 26 (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського і С.В. Сивухи, тест-опитувальник самоствалення В.В. Століна та С.Р. Пантелєєва, багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта в адаптації І. Грачевої); *методи обробки даних*: коефіцієнт кореляції Пірсона.

**Експериментальною базою** емпіричного дослідження стала вибірка учасників дослідження у загальній кількості 45 осіб (39 жіночої статі, 6 – чоловічої). Дослідження проводилося на базі Київського національного лінгвістичного університету серед студентів 2-4 курсів.

Результати кваліфікаційного дослідження доповідалися на науково-практичній конференції «Ad orbem per linguas. До світу через мови» та були представлені у вигляді тез у збірнику.

**Структура та обсяг дипломної роботи.** Робота складається зі вступу, у якому обґрунтовується актуальність теми дослідження, вказуються мета, об'єкт, предмет, завдання й гіпотеза, конкретизуються методи дослідження. Робота завершується узагальнюючими висновками та результатами дослідження. Кількість сторінок без бібліографічного списку та додатків становить 56 сторінок. Кількість джерел використаних в роботі – 66, з яких 35 іноземною мовою. Робота містить 6 таблиць та 2 малюнки. Загальний обсяг роботи становить 72 сторінки.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

### 1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення розладів харчової поведінки

Перед тим як розглядати виникнення та генезис розладів харчової поведінки необхідно охарактеризувати поняття «харчова поведінка». Як зазначає Л.М. Абсалямова, харчова поведінка – це система взаємодій індивіда з оточуючим середовищем, спрямованої на задоволення потреб за допомогою їжі [1, с. 32]. Харчова поведінка людини представляє собою психологічну систему, яка визначається не тільки біологічними, але психологічними й соціокультурними факторами. В.Д. Менделевич пропонує досить вичерпне визначення поняттю харчової поведінки: «це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та в ситуації стресу, орієнтація на образ власного тіла та діяльність з його формування» [17, с. 103].

Життєвий досвід та спосіб мислення опосередковано впливають на харчову поведінку індивіда. Вона взаємопов'язана з вихованням, сімейними цінностями, етнічними й культурними особливостями. Дані критерії протягом років закладаються у відповідності з тим соціумом, де проживає людина. Також зазначається, що харчова поведінка – це поняття, що використовується для позначення будь-яких можливих компонентів поведінки, що беруть участь у процесі нормального прийому їжі [63]. На кількість вживаної їжі впливає доступність продуктів, асортимент, цінова політика, виразність та близькість до їжі, упаковка, порція.

Люди, що мають психологічно здорові «стосунки» з їжею використовують її для енергії, яка згодом допомагає будувати нові клітини та створювати вітальні хімічні сполуки. Зазначені особистості відчують фізичний голод; припиняють їсти, коли відчули ситість; розуміють смак й текстуру їжі. Вони вміють насолоджуватися корисними аспектами їжі, при цьому не зосереджуючись на надмірному контролюванні. Крім того, люди з психологічно здоровими звичками харчування споживають їжу, бо в них є мотивація бути здоровими. Такі особистості слідуєть принципу: ми – те, що ми їмо. Зазначений тип харчування

можна розглядати через призму ідею: необхідно їсти, щоб жити, а не жити, щоб їсти.

З самого народження харчування відіграє важливу роль в емоційному стані особистості. Ситуація насичення для дитини є тотожною до ситуації «мене люблять». Дитина звільняється від почуття тривоги та дискомфорту під час годування грудьми. Тому втамування голоду взаємопов'язане з почуттям безпеки [15, с. 10]. Крім того, протягом першого року життя саме їжа має значний вплив на взаємовідносини між матір'ю та дитиною. З часом їжа стає невід'ємною ланкою процесу соціалізації.

На формування стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу, впливають етнокультурні, соціальні, релігійні та традиційні чинники. Зокрема, Ю.І. Савенков вважає, що потреба в їжі у людей, на відміну від тварин, по своїй природі має більш багатогранний вид [22, с. 23]. Їжа є засобом: насолоди, що виступає як самоціль; зняття психоемоційної напруги; спілкування, коли людина перебуває в колективі; нагороди й заохочення; задоволення естетичної потреби; підтримання певних звичок чи ритуалів; самоствердження в контексті соціального статусу.

Згідно класичному визначенню Американської Психіатричної Асоціації, розлади харчової поведінки «характеризуються стійкими порушеннями харчування або пов'язаної з ним поведінки, що призводять до змін споживання або поглинання їжі та суттєво погіршують фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування людини» [26].

Згідно регламенту Міжнародної Класифікації Хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), розлади харчової поведінки включають «аномальну поведінку, пов'язану з прийомом їжі та харчуванням, яке не може бути більшою мірою пояснена іншим порушенням стану здоров'я, не відповідає особливостям вікового розвитку та не є культурально прийнятною» [66].

R. Morton був одним із перших, хто в 1689 р. представив опис синдромів, що включали в себе різку втрату апетиту, ваги та спотворене сприйняття власного тіла. Було представлено два випадки «самоголодування» у чоловіка та



жінки [52]. У 1880 р. L. Marce, французький психіатр, описав анорексію у дівчинки підлітка, що мала форму іпохондричної маячні [52].

Варто зазначити, що В. Галл перший запропонував термін «anorexia nervosa» і виділив її типічні симптоми у 1873 р [62]. Працюючи разом з психіатром Ш. Ласегом, вчені описали булімічні епізоди, що були притаманні пацієнтам з нервовою анорексією та зазначили про штучне викликання блювання після вимушеного прийому їжі. Ними була відслідкована тенденція, що дане психічне захворювання було притаманне людям, які належали до вищої касті населення. В результаті чого Ш. Ласег дійшов до висновку про вплив внутрішньосімейних конфліктів на розвиток анорексії [62]. Працюючи над проблемою порушень харчової поведінки, канадський лікар W. Osler зазначав нервову булімію в рамках невротичних станів. Зокрема, про порушення в індивіда відчуття ситості та голоду в стані астенії та істерії [62].

Наприкінці XIX та початку XX ст. булімія та анорексія вважалися виключно фізичними захворювання. Це пояснювалось ендокринною недостатністю та дисбалансом гормонів. Лише у 1930-х роках медичне співтовариство поставили під питання причинність тривожних розладів харчування: не тільки фізичні, але й психологічні, емоційні, культурні, соціальні передумови. Підтвердженням цього був випадок з Елен Вест, описаний L. Binswanger [8]. Було зазначено, що Елен мала одержимість їжею та відчайдушне бажання бути худорлявою. Зрештою це призвело до самогубства [8].

Формалізовані діагностичні критерії анорексії та відділення булімії, як окремого розладу з власною нозологією було завдяки британському психіатру G. Rusell [49]. В свою чергу А. Stunkard досліджував проблему «нічного прийому їжі». Згодом вченим було описано поняття переїдання і зазначене як окремий від «нічного прийому їжі» розлад. Також він першим охарактеризував «дієтичну депресію», симптомами якої були швидка стомлюваність, підвищений рівень роздратованості, тривожність, агресивність, ворожість тощо [42].

О. Мойзріст відмічає, що нервова булімія була вперше описана 50 років тому [3]. Кількість досліджень, присвячена цьому розладу стрімко зростає з 1985 року.

О.О. Скугаревський розглядає розлад харчової поведінки як дезадаптивний спосіб вирішення конфліктів. Тобто, люди з таким розладом застосовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм почуттям невдоволеності [25]. У формуванні таких розладів велику роль відіграє спадкова дисфункція церебральних систем, що регулюють прийом їжі, неправильне виховання в ранньому дитинстві, особливості особистості хворого.

Сучасний дослідник у галузі РХП професор J. Arcelus розуміє цей термін, як стани психічного здоров'я, що характеризуються порушенням режиму харчування, що в результаті може призвести до серйозних та потенційно небезпечних для життя наслідків для фізичного та психічного здоров'я [35, с. 725].

Під розладами харчової поведінки О.В. Орлова розуміє серйозне психічне захворювання, що характеризується відхиляючим від норми процесом споживання їжі, наслідки протікання якого вкрай негативно позначаються на фізичному й психічному здоров'ї людини [17, с. 214].

Досліджуючи етіологію розладів харчової поведінки у жінок Л.М. Абсалямова зазначає, що поняття «розлади» та «порушення» харчової поведінки мають відмінності. «Порушення харчової поведінки означає такі відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному функціонуванню людини» [1, с. 28].

В.І. Шебанова розглядає розлади харчової поведінки з позиції синергетичного підходу [28]. Вчена описує розлади харчової поведінки та порушення ваги через призму чотирьох векторів:

- Соматогенез – враховує розвиток систем і функцій організму
- Психогенез – включає розвиток психічних функцій
- Соціогенез – розвиток соціальних ролей та міжособистісних стосунків
- Екзистенціалгенез – розвиток духовної сфери особистості.

Так, динаміка РХП на думку Шебанової зосереджена у континуумі «переїдання – відмова від їжі» і включає чотири фрактала: диспозиції, латентний, ініціальний, розгорнута клінічна картина розладів харчової поведінки. Таким чином, диспозиції – аліментарна родина, що характеризується порушеними у сімейних відносин та розподілом ролей, які сприяють розвитку РХП. Латентний фрактал (аліментарний діатез) представляє собою порушення психічної адаптації організму до умов зовнішнього середовища або межовий стан, що під впливом екзогенних та ендогенних факторів трансформується у зміненні патернів харчової поведінки [28].

Розлади харчової поведінки є проявами адиктивної поведінки, що заслуговує уваги нарівні з наркотичною та алкогольною залежностями. Під адиктивною поведінкою розуміється прагнення відходу від реальності шляхом штучної зміни психічного стану внаслідок вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності або предметах. Адикцію до їжі можна розглядати з двох боків: психологічна залежність й втамування голоду [47, с. 22]. В залежності від того як їжа набуває адиктивний потенціал, з'являється штучна стимуляція голоду.

Аналізуючи харчову поведінку адикта відмічають декілька видів адиктивних мотивацій [1, с. 42-23]:

- атарактичну (послугує зменшенням напруги та тривоги)
- гедоністичну (направлена на задоволення бажання прикрасити своє життя, «побалувати себе»)
- псевдокультурну (спрямована на прагнення показати вишуканий смак або матеріальний достаток)
- субмисивну (нездатність відмовитися від прийому їжі, що відображає схильність до залежності від думок оточуючих та підпорядкування)
- псевдокомунікативну (тенденція наїдатися до почуття нудоти та тяжкості в шлунку під час застіль, урочистостей, свят).

Розглядаючи генезис РХП в рамках фізіологічного підходу, визначаються первинні супрагіпоталамічні та/або гіпоталамічні порушення на рівні нейромедіаторів, які можуть призвести до гормонального дисбалансу.

Сучасні дослідження патогенезу та динаміки перебігу розладів харчової поведінки вивчаються за допомогою комп'ютеризованих методів дослідження, таких як магнітно-резонансна томографія (МРТ), функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ), яка вимірює зміни в локальному кровотоці як показники активації мозку (нейровізуалізація). Отже, вже у сучасній науці представлено низку валідних досліджень за допомогою вищезазначених методів.

Загалом нейропсихологічна парадигма надає таку схему одного з видів РХП – компульсивного переїдання (див. додаток А).

Неврологічна основа компульсивного переїдання складається з гіпоталамусу (H), який регулює енергетичний баланс, наприклад споживання їжі, що стимульоване кишковими гормонами, системи винагороди, яка представляє мотиваційно-афективні функції (що включають мигдалеподібне тіло (Am), прилягаюче ядро (Nac), (VTA), вентральний стріатум (VS) і орбітофронтальна префронтальна кора (OFC), а також області кори головного мозку, що відповідають за процеси гальмівного контролю. Ці три системи взаємодіють під час епізодів переїдання і відображають основні компоненти імпульсивності, тобто винагороджують чутливість і гальмівний контроль [43; 44; 48; 56; 64].

Цікавою для нас є робота сучасного дослідника G. Frank, який у своїй статті «Neuroimaging and eating disorders» узагальнює останні дані нейробиологічних досліджень розладів харчової поведінки [44]. Резюмуючи, G. Frank відмічає, що на даний час отримано переконливі докази того, що шляхи винагороди можуть посідати центральне місце в патофізіології РХП. Орбітофронтальна кора і сполучні волокна змінюються і більший обсяг орбітофронтальної кори може сприяти здатності припинити прийом їжі до того, як буде задоволена фізіологічна потреба. Іншою важливою областю є острівець (cortex insularis), який зазнає змін в ході різних структурних та функціональних

досліджень. Ці області є частиною системи смакової винагороди. Отже, можливо, нервова анорексія пов'язана з підвищеною, а нервова булімія – зі зниженою реакцією ланцюга, пов'язаного з дофаміном [44, с. 479].

Досліджуючи нейрохімічні зміни в головному мозку при розладах харчової поведінки, головним чином варто зазначити такі нейромедіатори, як серотонін (центр контролю негативних емоцій та центр больової чутливості) та дофамін (система винагороди–почуття задоволення). Вивчаючи взаємозв'язок РХП і нейромедіатора серотоніну, було показано, що нейромедіатор серотонін може опосередковано впливати на розвиток розладів харчової поведінки через деякі риси особистості, які помітні у пацієнтів із розладами харчової поведінки [56].

Відомо, що їжа активізує так звану «систему винагороди», яка пов'язана з мезолімбічною мережею дофамінових нейронів, що може стати основою для формування харчової залежності у спробі знову відтворити харчовий акт і отримати почуття задоволення. Таким чином, підвищений рівень серотоніну після прийому їжі покращує настрій, що зумовлює бажання і надалі отримувати позитивні емоції таким шляхом. Так, А.А. Русина справедливо підкреслює, що у разі активування системи винагороди певним стимулом, вже наявні стимули поєднуються з новими і, зрештою, стають незалежними підкріплювальними елементами поведінки, пов'язаної з винагородою [21].

В ході нашого дослідження необхідно наголосити увагу на соціальному підході до вивчення розладів харчової поведінки. У сучасних засобах масової інформації та соціальних мережах (Instagram, Facebook та ін.) вбачається активне просування умовних стандартів краси, зокрема статури. Люди з фізичною повнотою сприймаються непривабливими через призму соціальних стереотипів. Наприклад, Південна Корея вже кілька років займає переважаючі позиції в просуванні умовних ідеалів чоловічої та жіночої краси, тим самим займаючи домінуючі позиції у статистичних даних поширеності РХП в Азії. Як свідчать дані від 2015 року [40], ідеалізація худощавого тіла сприяла розвитку тенденції нервової анорексії.

Таким чином, здійснений аналіз існуючих теоретичних підходів до вивчення розладів харчової поведінки дозволяє виділити головні орієнтири для організації та проведення емпіричних досліджень з опорою на сучасні уявлення про сутність цього феномену, а також на результати теоретичного аналізу соціальних, психологічних, фізіологічних та генетичних детермінант розладів харчової поведінки.

## **1.2. Характеристика причин та основних видів розладів харчової поведінки.**

Безліч факторів сприяє розвитку порушень харчової поведінки. Серед них лідируючими є дитячо-батьківські взаємини та виховання, психологічні проблеми, якість життя, образ «Я-тілесного», культурна приналежність, критичні зауваження найближчого оточення стосовно фігури, спадкові чинники, низька самооцінка тощо. Зокрема, Л.М. Абсалямова відмічає, що причиною формування порушень харчової поведінки також може бути професійний спорт, де наявні жорсткі вимоги до маси тіла [2, с. 10]. А незадоволеність образом власного тіла є однією з причин обмеження в харчуванні, надмірному контролю ваги.

У дослідженні вчених S. Bearman, E. Martinez, E. Stice було виявлено, що висвітлення в ЗМІ ідеальної худорлявості передбачає підвищений рівень нездорових відносин з їжею [37]. Це показує чіткий зв'язок із нереалістичними стандартами статури та початком розладу харчової поведінки. Все вищезазначене підтверджує важливе дослідження американської вченої J. Suisman, яка дійшла висновку про те, що соціуму відводиться ключова роль у потенційному формуванні розладів харчової поведінки [61].

Крім того, останнім часом розвиток харчової індустрії набирає все більші обороти. Головна мета харчової промисловості не тільки накормити людину швидко й смачно, а й отримати від цього великий прибуток. Тому застосовуються різноманітні рекламні кампанії та маніпулятивні способи аби стимулювати людину купувати нові продукти, які частіше за все не є такими корисними.

Одними з основних факторів формування РХП в рамках особистісного підходу є викривлене самоствалення та нестійка самооцінка. Як супроводжуючі фактори нестійкої самооцінки при розладах харчової поведінки, С.С. Недоступ виділяє наступні: «схильність до перфекціонізму, залежність від схвалення оточуючих, інтолерантність до труднощів повсякденного життя; прихований комплекс неповноцінності, що поєднується із зовнішньою демонстрацією переваги; поверхнева соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами; прагнення уникнути відповідальності у прийнятті рішень; прагнення звинувачувати інших; повторюваність, стереотипність поведінки» [20, с. 114].

Х. Браш вивчаючи патогенез розладів харчової поведінки запропонувала теорію, що базується на психодинамічних та когнітивних поняттях. Вчена наголошує, що погані взаємовідносини між матір'ю та дочкою призводять до дефіциту Его та когнітивних розладів у дитини, які можуть спонукати формування розладу системи харчування [53].

Розглядаючи генетичні аспекти у формуванні розладів харчової поведінки в сучасних наукових дослідженнях ми бачимо, що ця галузь відносно молода, проте динамічно розвивається та надає досить валідні дані дослідження [54]. Дійсно, американський вчений S. Markus узагальнив наявні відомості щодо генетичного аспекту у формуванні РХП та представив у своїй дослідницькій роботі «A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders» (2022) [50]. S. Markus резюмує, що станом на сьогодні проведено чисельні близнюкові дослідження які підтверджують, що існує зв'язок між генетичними факторами та розладами харчової поведінки, що було показано, наприклад, в одному з близнюкових досліджень (A. Rikani та ін.), в якому вивчалися 672 близнюки з нервовою анорексією, у тому числі 13 близнюків з пороговою нервовою анорексією та 13 близнюків з підпороговою нервовою анорексією [50].

Спробу отримання більш достовірних даних шляхом розширення вибірки зробили дослідники Kortegaard, Hoerder, Joergensen, Gillberg, Kyvik. В результаті

було виявлено, що спадковість у формуванні РХП становить від 48 до 52%. Вслід, Wade, Bulik, Neale та Kendler привели дані в 58% [50].

Важливо наголосити увагу на тому, що особистість з розладом харчової поведінки прагне до ідеального тіла та цифри на вагах, аргументовуючи це тим, що тільки за таких умов її будуть поважати в соціумі, любити та захоплюватися. Така людина вважає, що чим менша цифра на вагах, тим більш кращою та гідною вона виглядає в очах оточуючих. Часто результатом таких нереалістичних очікувань є виникнення дисморфофобічного розладу. Тому цінними для нас є сучасні дослідження взаємозв'язку низької самооцінки та перфекціонізму, результати якого констатують, що часто перфекціонізм призводить до проблем із самооцінкою тіла і може викликати фіксацію на вазі, що в кінцевому підсумку наражає на ризик розвитку розладів харчової поведінки [48].

Чинником порушення харчової поведінки може слугувати сімейна ситуація [14, с. 183]. Сім'я є значним фактором формування особистості, а взаємовідносини з батьками впливають на емоційне благополуччя, способи самосприйняття та харчові звички. Депривація позитивного ставлення батьків до дитини, емоційна холодність, не підтримування прагнень дитини до незалежності, байдужість, відстороненість, може провокувати тривожність за зовнішній вигляд, невпевненість, низьку самооцінку та руйнівні прояви поведінки стосовно власного тіла. Будучи в підлітковому віці такі особи втрачають здатність адекватно оцінювати себе, а нав'язливі ідеї щодо прийому їжі та цифри на вагах стають для них пріоритетнішими понад іншими життєвими цінностями. Підтвердженням цього є результати емпіричних досліджень В.І. Шебанової, які вказують на те, що дівчата з розладом харчування перебували у сім'ї, де панує емоційний дискомфорт та наявна домінуюча роль матері або бабусі по материнській лінії, що порушує сімейну взаємодію [29, с. 5]. Таким чином підлітки відчувають нестачу батьківської любові, піклування та захищеності.

Важливо зазначити, що батьки часто використовують смачну їжу для підкріплення бажаної поведінки дитини, не розуміючи наслідки такого



виховання. Привабливість їжі одразу збільшується, а дитина все більше буде потребувати позитивне підкріплення її поведінки. Також зустрічаються випадки, коли батьки наполягають на тому, щоб дитина до кінця доїдала їжу, не залишаючи нічого на тарілці. Таке прищеплення харчових звичок спостерігається ще з пострадянських часів, коли матеріальне забезпечення та достаток були низькими.

З.Я. Ковальчук, розглядаючи психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок, в ході теоретико-емпіричного дослідження дійшла до висновків, що піки симптоматики РХП припадають на вікові групи 15-16 років, 22-25 років та 27-28 років [11, с. 7]. Передусім це пов'язано з бажанням дівчат виглядати гарніше та мати струнку статуру, що є передумовою голодовок та жорстких обмежень в їжі. Вчена виділяє наступні психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки: депресивний настрій, занижена самооцінка, підвищена вимогливість до себе та оточуючих, істеричні прояви, самотність, перфекціонізм, фіксація на приховуванні від інших підвищеного потягу до їжі, неспроможність спокійно визнати факт своєї недосконалості.

Т.В. Кудла зі співавт., вивчаючи психологічні причини порушень харчової поведінки у молодих жінок та дівчат підлітків, провели емпіричне дослідження. Ними було виділено 6 основних чинників розвитку розладів харчової поведінки: перфекціонізм, самоствалення, соціальна тривога, негативна оцінка власного тіла, сором'язливість, уникнення [12, с. 128]. У респондентів віком 15-23 роки порушення у харчуванні пов'язані з негативним ставленням до власної зовнішності та в ситуаціях перевірки знань в навчальних закладах. Також, зазначені розлади тісно корелюють з тривожними сімейними стосунками, пред'явленням занадто високих вимог до себе та страхом отримання негативної оцінки від людей у випадку невідповідності їх очікуванням.

В.І. Шебанова та Т.М. Яблонська відмічають, що бажання особистості з надмірною вагою схуднути зазвичай набуває нав'язливого характеру. Так, після успішного періоду дотримання дієти, коротко- чи довготривалого, відбувається «харчовий зрив» [30, с. 2]. Це переїдання, що супроводжується почуттям

провини, зневіри та огиди до себе й власного тіла. Нерідко такі харчові зриви та стратегія переїдання стає звичкою. Таким чином маса тіла коливається або збільшується, перевищуючи показники, які були до дотримання дієти. Схильність регулярно переїдати несе за собою неприємні наслідки. Людина неспроможна диференціювати стан фізичного голоду, насичення й не може вчасно зупинити прийом їжі. У подібних ситуаціях люди з надмірною вагою плавно стискаються з серйозними хворобами, як ожиріння та синдром нічної їжі.

Зазначена ідея також резонує з роботами J. Polivy та C. P. Herman. Вчені вважають, що якщо людина дотримується суворої дієти та постійно обмежує себе в калорійній їжі, то з часом це призводить до зривів, що проявляються у вигляді епізодів переїдання [55].

Крім того, В.І. Шебанова акцентує увагу на тому, що підхід до вивчення розладів харчової поведінки та ожиріння має бути холистичним, що буде сприяти розумінню розладів прийому їжі як розладів тілесності [30, с. 4].

Розглянемо види розладів харчової поведінки більш предметно. «Міжнародна класифікація психічних хвороб» 10-го перегляду (МКХ-10) розглядає «Розлади прийому їжі» (F50) у розділі F5 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами» та включає:

- нервову анорексію;
- нервову булімію [66].

Діагностичне і Статистичне керівництво з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-V) включає в розділ «Розлади прийому їжі»:

- нервову анорексію
- нервову булімію
- неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема компульсивне переїдання (Binge Eating) [41].

В МКХ-10 нервова анорексія описана як «розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, що викликається та/або підтримується самим пацієнтом» [66, с. 173].

Наводяться основні діагностичні критерії нервової анорексії в МКХ-10 та DSM-V. Згідно МКХ-10 вага тіла особи з нервовою анорексією на 15% нижча за нормативну, а значення індексу маси тіла Квітелета становить 17,5 або нижче. Зниження ваги викликається самим пацієнтом шляхом уникання калорійної їжі або та, що «повнить». Використовуються способи викликання блювання, прийом проносних засобів, діуретиків, препаратів, що пригнічують апетит та виконуються фізичні вправи. У людини з нервовою анорексією наявні нав'язливі та надцінні ідеї в інтерпретації спотвореного сприйняття образу свого тіла. Виникають проблеми з ендокринною системою. Наслідком цього у препубертатному віці припиняється зростання, у дівчат виникає первинна аменорея [66].

Критерії нервової анорексії в DSM-V дещо схожі. У пацієнтів спостерігається відмова підтримувати вагу в мінімальних межах вікової норми або нездатність набрати 85% від очікуваної ваги за встановлений період. Є порушення сприйняття ваги чи форми свого тіла, тобто вага тіла та його параметри мають невинувато великий вплив на самооцінку. Людина заперечує серйозність поточних проблем, пов'язаних із недоїданням. Наявний сильний страх ожиріння, незважаючи на нестачу маси тіла. У процесі статевого дозрівання відсутні поспіль три менструальні цикли [41].

Зазначається, що нервова анорексія – це розлад харчової поведінки, що характеризується свідомим обмеженням прийому їжі, що викликає численні метаболічні та гормональні порушення [45]. Нервова анорексія зустрічається у підлітковому та юнацькому віці частіше у жінок, ніж у чоловіків (співвідношення 10:1). Згідно Statistics & Research on Eating Disorders, у 2022 р. статистика нервової анорексії склала від 0,9% до 2,0% у жінок та від 0,1% до 0,3% у чоловіків [59].

Багато дослідників вважають нервову анорексію як одну з форм самоушкоджуючої поведінки, адже людина свідомо відмовляється від прийому їжі в силу своїх патологічних уявлень про зовнішність та стан тіла. Свідоме обмеження їжі зазвичай мотивується бажанням схуднути, у чому ми можемо

простежити соціальні детермінанти розвитку РХП. Відмова від їжі мотивується невдоволенням своєю зовнішністю, невідповідністю умовному ідеалу (суб'єктивно). Такі пацієнти досить довго приховують власний стан, зокрема, дівчата-підлітки від своїх батьків. Під спостереження клінічних психологів та лікарів психіатрів зазвичай потрапляють вже на стадії виснаження та значного зниження маси тіла.

У динаміці синдрому нервової анорексії виділяють чотири стадії [6]:

1. ініціальна;
2. активної корекції;
3. кахексія;
4. редукція синдрому.

Ініціальна стадія характеризується початковими патернами думок та поведінки людини з розладами харчової поведінки: особі не подобається стан її тіла, в окремих частинах вбачає лишню вагу, що призводить до розбіжності з умовним ідеалом. На відміну від типового синдрому дисморфоманії, в клінічній картині ініціальної стадії не виражені ідеї відношення та депресивна симптоматика

Стадія активної корекції відзначається спробами різних способів зниження ваги. Сюди ми можемо віднести дієти, значні фізичні навантаження, штучне викликання блювання з метою звільнення шлунку від щойно з'їденого, прийом послаблюючих засобів і т. д.

На стадії кахексії розкривається клінічна картина дистрофії: зниження маси тіла більш ніж на 50%; сухість і блідість шкірних покривів, ламкість нігтів, випадіння волосся, брадикардія, зниження артеріального тиску та інше. При правильному лікуванні хворі протягом 2-3 місяців набирають вагу до крайньої межі норми.

DSM-V наводить наступні фактори ризику розвитку нервової анорексії у підлітковому та юнацькому віці: соціально-культурні фактори (образ умовного

ідеалу в даному соціальному середовищі), генетична схильність, біологічні та особистісні фактори.

Нервова булімія в МКХ-10 описується, як «синдром, що характеризується повторюваними нападами переїдання та надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, що призводить хворого до крайніх заходів для пом'якшення впливу їжі» [66, с. 175]. МКХ-10 зазначає декілька діагностичних показників нервової булімії. По-перше, це приступи компульсивного переїдання, що повторюються. Вони характеризуються наступним чином: особистість у певний відрізок часу поглинає кількість їжі, об'єктивно набагато більший, ніж інші люди зажадали б за цей відрізок часу в аналогічних обставинах. Спостерігається втрата контролю за споживанням їжі під час приступу. Наступний критерій вказує на повторення неадекватної компенсаторної поведінки з метою запобігти набору ваги і свідоме викликання блювання, зловживання препаратами, голодування, надмірні фізичні навантаження. Така поведінка спостерігається в середньому хоча б раз на тиждень протягом трьох місяців і супроводжується надмірним впливом форми та маси тіла на самооцінку. Також зазначається, що порушення виявляються не лише під час епізодів нервової анорексії.

Нервова булімія – це синдромальний комплекс, який включає напади переїдання та самоочищення, занепокоєння власною зовнішністю [45]. Нервова булімія має схожу з нервовою анорексією клінічну картину.

Класифікація нервової булімії:

– з очисними процедурами: людина регулярно викликає блювання або користується проносними препаратами;

– без очисних процедур: людина регулярно використовує такі види компенсуючої поведінки, як голодування, надмірна фізична активність і т. д. Але не вдається до очисних дій.

Згідно Statistics & Research on Eating Disorders, у 2022 р. статистика нервової булімії склала від 1,1% до 4,6% у жінок та від 0,1% до 0,5% у чоловіків [59].

Оскільки в МКХ-10 компульсивне переїдання відноситься до неспецифічних харчових розладів, а в DSM-V виділяється в окремий діагноз, зазначимо діагностичні показники компульсивного переїдання згідно DSM-V. Перший критерій – це приступи компульсивного переїдання, що повторюються. Вони характеризуються принаймні трьома з наступних ознак: швидкість поглинання їжі вища за нормальну; поглинання їжі до дискомфортного відчуття наповненості; поглинання великих обсягів їжі без відчуття голоду; харчування наодинці через відчуття сорому за кількість споживаної їжі; депресивна симптоматика чи відчуття провини після нападів. У особистості спостерігається виражене занепокоєння щодо компульсивного переїдання, яке відбувається, у середньому, хоча б раз на тиждень протягом трьох місяців. Проте, не викликається неадекватна компенсаторна поведінка, як при нервовій булімії, і проявляється не лише під час епізодів нервової анорексії та нервової булімії [41].

Тобто, при компульсивному переїданні втрачається контроль над процесом вживання їжі, що призводить до великих обсягів вживаного. Можна констатувати, що людина «звикає» їсти велику кількість їжі навіть у тих випадках, коли не відчуває голоду. Найчастіше такі люди їдять на самоті, оскільки відчувають огиду до власної особистості у зв'язку з компульсивними нападами переїдання.

Отже, можемо виокремити основні характеристики повторюваних нападів:

- вживання значно великої кількості їжі (у порівнянні з умовною нормою) за окреслений проміжок часу;
- відчуття втрати контролю за прийомом їжі (відчуття нездатності зупинитися; відсутності вольового контролю).

Згідно Statistics & Research on Eating Disorders, у 2022 р. статистика частотності компульсивного переїдання склала від 0,2% до 3,5% у жінок та від 0,9% до 2,0% у чоловіків [59].

Варто взяти до уваги такий вид розладу харчової поведінки, як орторексія, хоча для неї поки що не створено окремої категорії в DSM-V. Орторексія – це специфічне порушення харчової поведінки, що характеризується патологічною

фіксацією на правильному харчуванні [49]. Особистість з орторексією дотримується суворої дієти і споживає лише корисну їжу, а «погану» – уникає. Незважаючи на те, що в основі такої поведінки лежить бажання покращити здоров'я, зазначений розлад призводить до дефіциту поживних речовин. Наслідком є загострення соматичних хвороб, проблеми у міжособистісній взаємодії, погіршення якості життя, поява інших психологічних проблем. Сучасні вчені виділяють основні критерії нервової орторексії: дотримання незбалансованої дієти через переконання про «чисту їжу»; нав'язлива захопленість та сфокусованість на якості та сумісності продуктів; занепокоєність вживанням нездорової їжі; відчуття провини після завершення дотримання дієти; погіршення соціального, професійного, навчального функціонування через нав'язливі думки про їжу; виразна тривожність тощо [36; 42; 51].

Аналізуючи можливі причини виникнення розладів харчової поведінки S. Markus справедливо узагальнює, що у 30% людей, які мають на меті схуднути, спостерігаються ознаки розладу харчової поведінки, які більш поширені через тиск і «модну» культуру харчування [50].

### **1.3. Психологічна характеристика осіб юнацького віку**

Традиційно, юнацький вік вважається межовим між підлітковим та періодом дорослості. Враховуючи умовність вікових меж підліткового віку, хронологічні межі юнацького у вікових періодизаціях визначаються також по-різному. В ряді зарубіжних періодизацій (Д. Векслер, Д. Біррен, Д. Бромель) вказують 14-17 років як нижню межу юнацького віку. Верхня межа ще більш розмита, оскільки значною частиною індивідуально визначається історичними і соціальними передумовами особистості. Зокрема, відмічається, що юнацький вік охоплює дві основні фази: рання юність 15-18 років та власне юність 18-21 [24, с. 214].

Юнацький вік є періодом стрімких змін психобіологічних процесів та соціальних потрясінь, пов'язаних з переходом до множинних соціальних ролей, досягнення повної особистісної та соціальної зрілості у всіх сферах та

структурних компонентах особистості – мотиваційної, вольової, емоційної. Біологічна основа цих процесів пов'язана із суттєвими змінами в анатомічній та функціональній структурі мозку.

На соціалізацію впливають перебіг психічного й особистісного розвитку. Залежно від індивідуальних особливостей особистостей юнацького віку виділяють декілька типів соціалізації: соціалізація, що супроводжується конфліктними ситуаціями, проблемами в поведінці, труднощами засвоєння нових соціальних ролей; плавна соціалізація, яка характеризується легким включенням в доросле життя, не завдаючи при цьому клопоту близьким та оточуючим; соціалізація зі стрибкоподібними змінами, що вдало контролюються особистістю [24, с. 237]. Як правило дівчата швидше засвоюють соціальні ролі та здатні ефективніше в такому віці покласти на себе відповідальність за власне життя.

Існують різні теорії та дослідження юнацького віку. Але головним у більшості досліджень є те, що юнацький вік є періодом формування особистісної ідентичності, свого «Я». Юнацький вік зазвичай вважається періодом інтенсивного розвитку самосвідомості особистості [5]. Відбувається зміна характеру потреб і відзначається формування механізму цілісної особистості, що має задум, мету та план життя. Навчання розглядається як вагомий аспект впливу на майбутнє.

Соціальна ситуація розвитку в ранній юності зумовлена перебуванням особистості на порозі самостійного життя, тому одним з найважливіших завдань на даному етапі є здійснення професійного самовизначення, як необхідної складової особистісного самовизначення. Професійне самовизначення може розглядатися як орієнтація на певні види та характер праці або як прагнення до певного місця та статусу у соціальному середовищі. Якщо розглядати професійне самовизначення як процес, що протікає у часі, то умовно можна виділити в ньому два етапи, що відбуваються в юнацькому віці: вибір професії та початкове професійне становлення [23].



Вибір професії починається з прийняття особою рішення працювати у тій чи іншій професійній сфері. На прийняття такого рішення найчастіше впливають батьки, особистісні особливості людини та її прагнення самореалізації. Етап вибору професії змінюється етапом професійного становлення у процесі праці, де відбувається вибудовування «професійного Я».

Саме в юнацькому періоді вперше постає проблема існування людини, у визначенні західних традицій – екзистенційною кризою. Активний пошук та самовизначення, зміна положення в соціумі та зіткнення з високими вимогами до особистості, розширення соціальних контактів, втрата колишніх цінностей та зміна способу життя та світогляду в цілому – створюють кризу. Окрім явно негативних аспектів юнацької кризи виокремимо і позитивні. Наприклад, в процесі проходження юнацької кризи формується почуття відповідальності за свої вчинки, саморефлексія, формування особистості, ідентичності та професійне самовизначення, визначаються нові цінності та плани на майбутнє життя [23].

Е. Шпрангер виділяє головним новоутворенням юнацького періоду відкриття Я, усвідомлення своєї індивідуальності, культурних цінностей та виникнення рефлексії. Схожі ідеї прослідковуються у поглядах С.Л. Рубінштейна, який визначає вік юнацтва важливим для формування рефлексії як самовизначення та визначення стилю життя [20].

Ключовим аспектом раннього юнацького періоду є особистісне самовизначення. Часто даний феномен використовується на ряду з поняттям «ідентичність» – самототожність, яка є усвідомленою індивідом. Особистісна ідентичність створює базис для порівнянь себе з дорослими, ровесниками, ідеалами. Втім самовизначення спрямовує юнаків та дівчат обрати внутрішню позицію дорослої людини, розуміти себе та знайти своє місце в суспільстві. М.Р. Гінзбургом був запропонований більш послідовний підхід до проблеми особистісного самовизначення. Основу даного підходу становить уявлення ціннісно-сислової природи самовизначення. За М.Р. Гінзбургом, самовизначення, насамперед, представляє собою визначення власної позиції

щодо суспільно виробленої системи цінностей та знаходження на основі цього сенсу власного існування [20].

Становлення Его-ідентичності, на думку Е. Еріксона, є найважливішою проблемою юності [24, с. 241]. Криза ідентичності є характерною для юнаків та дівчат, що дає поштовх розвитку потенціалу особистості. Виділяють декілька варіантів становлення ідентичності:

- зумовленість – особистості здатні брати на себе певні обов'язки, проте неспроможні подолати етап самотійного прийняття рішення; їхні життєві вибори визначаються батьками або вчителями, а не власними силами
- дифузія – юнаки та дівчата перебувають у стані невизначеності, так як не обрали напрям свого життя і не рухаються далі; такий варіант «застою» їх особливо не хвилює
- мораторій – молоді люди зосереджені на пошуку себе та переживають період прийняття рішень; намагаються самотійно обирати життєвий шлях, професійну роль, релігійні переконання та цінності
- досягнення ідентичності – особистість пережила кризу ідентичності та взяла на себе повну відповідальність за власне життя як наслідок самотійного вибору; реалізується прагнення жити у відповідності до власних поглядів, правил та норм.

Формування самосвідомості відбувається з різних сторін: своєрідне «знайомство» із самим собою – свої емоції сприймаються як частина особистості, з'являється розуміння того, що всі різні та у всіх є свої особливості та відмінності, відбувається цілісне сприйняття себе, свого тіла та зовнішності, здатності та особливості особистості та характеру; виникає усвідомлення того, що впродовж життя відбувається своєрідне встановлення свого життєвого плану (формується професійне самовизначення, цінності та установки, соціальні ролі, з'являються перші серйозні життєві цілі). На основі цього відбувається порівняння та оцінка себе з іншими людьми та розвивається самоповага.

Хлопцям та особливо дівчатам юнацького віку важливо виглядати привабливими аби досягти соціального успіху та визнання серед однолітків. Еталон жіночої краси вказує на модну тенденцію худорлявості та стрункості, проте чоловіки, зазвичай, звільнені від таких стандартів. Дівчата особливо чутливі до висловів оточуючих з приводу їх фігури, через це часто порівнюють себе з іншими. Тому виставляють перед собою зависокі вимоги та контроль над власним тілом. Така поведінка корелює тісно з перфекціонізмом. Існує велика кількість причин розвитку перфекціонізму в юнацькому віці, який надалі виступає передумовою виникнення РХП, але найвагомими чинниками є сімейні очікування та засоби масової інформації. Зображення ЗМІ спотворюють сприйняття успішності, прирівнюючи її до ідеальної зовнішності. Особи зазначеного вікового періоду нерідко відчувають тривогу та сором за зовнішній вигляд. Дані відчуття виникають не через страх мати не ідеальне тіло, а через осуд однолітків та невдачу в соціальних взаємодіях, ситуаціях.

Спілкування з ровесниками є надзвичайно важливим в період юнацтва. Дружба посідає пріоритетне місце над іншими життєвими цінностями. Комунікація будується на базі емоційної близькості, особливо з протилежною статтю. Носить зазвичай інтимно-особистісний характер. Вагоме зрушення в юнацькій дружбі є спроможність на глибоку сповідальність та прощення. Тому вона виконує роль підтримки у скрутних ситуаціях. Спостерігається прагнення до рівноправного спілкування та емоційної прив'язаності, тому нерідко юнаки та дівчата ідеалізують друзів та товаришів, не помічаючи їх реальних якостей. З'являється необхідність у приналежності до будь-якої групи однолітків, так як основною метою є прагнення в саморозкритті. Близькість і спілкування з дорослими все ще необхідні, зокрема, при вирішенні складних життєвих ситуацій. Юнаки виявляють лояльне ставлення до батьків та прагнуть до автономії, проте все ще потребують допомоги, підтримки, порад та життєвого досвіду старших.

У взаємодії з педагогами та вчителями також зазнаються зміни на даному віковому етапі. Так, образ вчителя більше не схожий на образ матері або батька.

Юнаки хочуть бачити в ньому надійного друга, до якого можна звернутися за порадами. Старшокласники можуть бути вимогливі до особистісних якостей педагогів. Серед найбільших лідируючих є доброзичливість, любов до учнів, усвідомлення їх потреб, стресостійкість, толерантність, об'єктивність та комунікабельність. Важливо зазначити, що і студенти юнацького віку вважають вищезгадані якості необхідними для викладачів, щоб створювати гармонійну взаємодію. Проте здебільшого їх увага зосереджена на професійних навичках викладачів та їх способах подання інформації.

Егоцентризм є характерним у спілкуванні на ранніх етапах юності, що пов'язано з потребою у самовираженні, яка може бути сильнішою за інтерес до співрозмовника. Тобто загалом близьке спілкування у юнацькому віці реалізується з ровесниками, а зі старшими спостерігається підтримання доброзичливої дистанції.

В юнацькому віці особлива увага приділяється коханню та романтичним відносинам. Потреба в емоційній прихильності та бажання мати дуже близьку людину стимулює виникнення почуття закоханості. Фантазія грає вагомую роль в перших юнацьких захопленнях. Саме у юності відбувається поєднання сексуальності та духовності в коханні [24, с. 221]. Дівчата рідше, ніж юнаки розмежовують кохання та дружбу. У зв'язку з тим, що статеве дозрівання дівчат та хлопців має певні відмінності, можуть виникати даремні ілюзії та розчарування. Загалом перше кохання є значимим в житті молодих людей. Воно наповнено палкими почуттями та вірою у майбутнє, але часто не витримує життєвих обставин. Так, юнаки болісно переживають розлучення, адже зникає й емоційна прив'язаність.

Побачення – невід'ємні атрибути відносин, що мають поліфункціональний характер для осіб юнацького віку. Дійсно, вони можуть слугувати способом розваги, засобом соціалізації, довірливого спілкування, набуття досвіду, підвищення соціального статусу, пошуку шлюбного партнера [24, с. 226]. Крім того, романтичні відносини з популярною однокласницею або однокласником, можуть бути способом самоствердження. Тому деякі юнаки та дівчата схильні

сприймати спілкування з протилежною статтю лише як свого роду колекціонування. Важливо відмітити, що на зазначеному віковому етапі формується сексуальна орієнтація. Прояви сексуальності пов'язані з комунікативними рисами особистості та нормами середовища, що її оточує.

В юнацькому віці найчастіше відбувається залучення до молодіжних субкультур [5]. В Україні є популяризованими наступні: романтико-ескапістські (байкери, хіпі, толкієністи); кримінальні; гедоністично-розважальні (репери, мажори, рейвери); анархонгілістичні; радикально-деструктивні (металісти, панки, скінхеди). Перебування у субкультурі дає можливість набути статус в молодіжному середовищі, самовиразитись, реалізувати почуття приналежності.

Мотиваційна сфера стає усвідомленою і набуває ієрархічного характеру, мотиви формуються на основі інтересів, з'являються більш «піднесені» мотиви, наприклад, потреби у повазі та самоактуалізації, а також пізнавальні та естетичні потреби. В свою чергу пізнавальна сфера характеризується прогресивним розвитком теоретичного мислення. Інтелект особистості формується у цілісну структуру. Тому у юнаків окреслюється індивідуальний стиль інтелектуальної діяльності. Проте молоді люди можуть переоцінювати свої розумові здібності.

Найяскравіше проявляється потреба в автономії та самоствердженні. Автономія при цьому набуває багатогранної структури: з одного боку, відбувається поведінкова автономія – бажання стати вільним та незалежним, самостійно приймати рішення щодо свого життя. З іншого боку, розвивається й емоційна автономія – бажання позбавитися дитячої прихильності. Також автономія зачіпає і особистий простір – просторова автономія, де з'являється бажання позначити кордони свого особистого простору та право на свободу вибору, думку [9].

В особистості найбільш інтенсивно проявляється юнацький максималізм, що виражається в ідеалізації (людей чи подій) та своєрідної категоричності у вигляді дихотомічного розподілу. Відбувається формування самооцінки на основі пізнання себе та свого внутрішнього світу, розуміння своєї унікальності та неповторності та опора, більшою мірою, на внутрішні оцінки себе, а не на

зовнішні. Підводячи підсумки можна констатувати, що в період юності об'єднуються всі сили для переходу в доросле самостійне життя.

Зрілий юнацький вік тісно пов'язаний з участю людини в суспільному житті держави, де вона проживає та усвідомлення особистісної громадянської відповідальності. Незалежне життя також виступає актуальною проблемою. Особистості необхідно вміти приймати рішення, покладаючись на власні сили та організувати свою діяльність. Етап зрілої юності характеризується завершенням переходу від дитинства до дорослості і виявляється у сформованій емоційно-вольової сфери, самосвідомості, інтелектуальному розвитку, самостваленні, відповідальності за власне життя [5].

Таким чином, у цьому розділі був проведений аналіз концепцій та поглядів вчених педагогів та психологів з приводу проблеми психологічних особливостей розвитку особистості в юнацькому віці. Було виділено основні критерії, характеристики формування особистості, соціальну ситуацію та особливості формування провідної діяльності, новоутворення та кризи даного періоду.

## Висновки до першого розділу

В рамках першого підрозділу був виконаний аналіз теоретичних підходів до дослідження розладів харчової поведінки. Розлади харчової поведінки – це стійке порушеннями харчування або пов'язаної з ним поведінки, що призводять до змін споживання або поглинання їжі та суттєво погіршують фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування людини. Досліджуючи генезис розладів харчової поведінки у жінок Л.М. Абсалямова зазначає, що поняття «розлади» та «порушення» харчової поведінки мають відмінності. Порушення харчової поведінки означає такі відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному функціонуванню людини. Наукові концепції вивчення розладів харчової поведінки поділяються на фізіологічні, генетичні, соціальні та особистісні детермінанти.

Розглядаючи генезис розладів харчової поведінки в рамках фізіологічного підходу, визначається первинні порушення на рівні нейромедіаторів, які можуть призвести до гормонального дисбалансу. Соціуму, вихованню, відводиться ключова роль у потенційному формуванні розладів харчової поведінки. Зокрема, перфекціонізм, самооцінка та самоствавлення тісно корелюють з образом власної зовнішності та звичками харчування. Наведений нами огляд генетичних досліджень вказує на валідний взаємозв'язок між генетичними факторами та розладами харчової поведінки.

В рамках другого підрозділу також були описані діагностичні критерії розладів харчової поведінки згідно Міжнародній Класифікації Хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та Діагностичному Статистичному керівництву з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-V). Були виокремлені наступні види РХП: нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання. Крім того, був зазначений такий розлад харчової поведінки як орторексія – специфічне порушення харчової поведінки, що характеризується патологічною фіксацією на правильному харчуванні. Незважаючи на те, що симптоматика розладів відрізняється, є ті, що повторюються в тому чи іншому розладі. Загалом вищезазначені статистичні дані вказують на те, що схильність жінок до розвитку розладів харчової

поведінки більша, ніж у чоловіків. Це пов'язано з тим, що соціум не виставляє жорстких вимог та стандартів краси для чоловіків.

В рамках третього підрозділу були описані психологічні особливості осіб юнацького віку. Основними новоутвореннями є самосвідомість, ідентичність, самовизначення. Вибір професії та життєвого шляху є ключовою проблемою на даному віковому періоді. Особистість має навчитися приймати рішення самостійно та нести відповідальність за власне життя. Професійне самовизначення є провідною діяльністю, однак міжособистісне спілкування посідає не менш вагомe місце у житті молоді. Зважаючи на особливості життєвого етапу особистостей юнацького віку, лідируючими причинами розвитку порушень харчової поведінки є незадоволення образом власного тіла, страх осуду з боку близьких та однолітків, почуття самотності, нав'язливі ідеї засобів масової інформації, бажання самоствердитись в соціальних групах, високі вимоги до власної зовнішності, надмірний перфекціонізм.

Таким чином, ми вийшли на емпіричне дослідження щодо взаємозв'язку між індивідуальними особливостями осіб юнацького віку та розладами харчової поведінки.



## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **2.1. Організація та методи дослідження психологічних особливостей харчової поведінки в юнацькому віці**

Вивченням взаємодетермінації впливу індивідуальних особливостей на харчову поведінку займаються багато дослідників, а саме: Л.М. Абсалямова, В.І. Шебанова, О.М. Мойзріст, І.Г. Малкіна-Пих, Ю.І.Савенков, М.В. Гриньова, М.І.Кириленко, А.А Русинова, З.Я. Ковальчук, Т.В. Кудла, Frank G., S. Markus, J. Suisman, G. Russel, M. Cooper та інші. Увагу вчених та науковців привертає стрімке зростання кількості випадків розладів харчової поведінки саме серед осіб підліткового та юнацького віку.

Головним завданням нашого дослідження було визначити взаємозв'язок між індивідуальними особливостями (перфекціонізмом й самоствавленням) та розладами харчової поведінки. На першому етапі були підібрані методики для вивчення особливостей взаємозв'язку розладів харчової поведінки з перфекціонізмом та самоствавленням. На другому етапі були застосовані Google Forms з метою оформлення методик в онлайн форматі. Третій етап включав в себе організацію вибірки дослідження. На четвертому етапі були отримані та проінтерпретовані результати дослідження, що були оформлені в таблиці, рисунки. На останньому етапі були зроблені висновки за результатами дослідження.

Таким чином, для вирішення окресленої задачі, в емпіричній частині були використані наступні методики: Опитувальник харчових переваг – 26 (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського і С.В. Сивухи; Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта (в адаптації І. Грачевої); Тест-опитувальник самоствавлення В.В. Століна і С.Р. Пантелєєва.

Опитувальник харчових переваг – 26 (EAT-26) розроблений з метою оцінки ступеня вираженості проблем, які є типовими для особистостей з розладами харчової поведінки. Досліджується поведінка особистості щодо харчування – бажання схуднути, страх набору ваги, обмежувальна поведінка.

EAT-26 є надійним засобом початкової діагностики наявності симптомів розладів харчової поведінки. Він був розроблений David M. Garner в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 р. Згодом тест був модифікований та адаптований О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою.

Даний опитувальник дає можливість охарактеризувати порушення харчової поведінки на підставі чотирьох виділених факторів, а саме: «самоконтроль харчової поведінки», «порушення харчової поведінки», «заклопотаність образом тіла», «соціальний тиск пов'язаний з харчовою поведінкою». Однак дослідження EAT-26 виявили, що респонденти дають різні відповіді на питання, що пов'язано з проведенням методики в присутності інших людей і перебуваючи в клінічних умовах та відповідаючи на тест, висланий поштою. Причиною різниці у відповідях було бажання досліджуваних давати соціально схвалювані відповіді [39].

Тест опитувальника складається з 26 питань. Досліджуваному пропонується обрати один варіант з відповідей: «завжди», «зазвичай», «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Питання з 1 по 25 оцінюється наступним чином: «завжди» – 3 бали, «зазвичай» – 2, «часто» – 1, «іноді» – 0, «рідко» – 0, «ніколи» – 0. Останнє 26 питання оцінюється навпаки: «завжди» – 0 балів, «зазвичай» – 0, «часто» – 0, «іноді» – 1, «рідко» – 2, «ніколи» – 3. Результат визначається за допомогою сумарного балу на всі 26 основних питань. Згідно з EAT-26, особи, які набрали 46 і більше балів мають високу ймовірність наявності розладу харчової поведінки. Однак даний тест не є самостійним діагностичним інструментом. Особи повинні бути опитані кваліфікованим фахівцем, щоб визначити, чи відповідають результати діагностичним критеріям розладу харчової поведінки.

Багатовимірна шкала перфекціонізму була розроблена канадськими вченими П. Хьюїттом та Г. Флеттом у 1991 р. для вимірювання рівня перфекціонізму та визначення характеру співвідношення його складових у досліджуваного [46]. Самі вчені пропонували вичерпне визначення перфекціонізму – прагнення та постійне бажання бути бездоганим у будь-якій

сфері життєдіяльності, що визначає величину особистих стандартів індивіда, незалежно від здатності досягти їх. Опитувальник включає в себе 45 тверджень, які співвідносяться з трьома шкалами, по 15 на кожную. Досліджуваному пропонується виразити ступінь їх згоди чи незгоди із запропонованими твердженнями за допомогою 7 варіантів відповідей: «повністю не згоден», «не згоден, але бувають винятки», «скоріше, не згоден», «важко визначитися 50/50», «скоріше, згоден», «згоден, але бувають винятки», «повністю згоден». Сумарна кількість балів за трьома шкалами показує рівень загального перфекціонізму.

Кожна із шкал вимірює ступінь вираженості однієї з складових перфекціонізму. За основу береться об'єктивна спрямованість перфекціонізму: «перфекціонізм орієнтований на себе», «перфекціонізм орієнтований на інших», «соціально-приписаний перфекціонізм». Перфекціонізм орієнтований на себе (суб'єктивно-орієнтований) виявляє наявність високих особистих вимог у поєднанні з увагою до недоліків та помилок у власних результатах та самоконтролю. Високий бал за даною шкалою дає можливість зробити висновок про схильність досліджуваного до пред'явлення собі надзвичайно високих стандартів. Перфекціонізм орієнтований на інших (об'єктно-орієнтований) визначає наявність в особистості високих вимог та очікувань до оточуючих. Дані особи схильні критично їх оцінювати. Соціально-приписаний перфекціонізм виявляє необхідність відповідати очікуванням значущих людей та стандартам, аби отримати їхнє схвалення.

Остання методика, що була використана в ході емпіричного дослідження – це тест-опитувальник, що був розроблений В.В. Століном та С.Р. Пантелеєвим у 1985 р. з метою діагностики самоствавлення індивіда [26]. Він побудований відповідно до ієрархічної моделі структури самоствавлення, розробленою В.В. Століним. Дана версія опитувальника дозволяє виявити три рівні самоствавлення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоствавлення; самоствавлення, диференційоване за критеріями самоповаги, аутосимпатії, самоінтересу та очікування ставлення інших; рівень конкретних дій та готовності до них по відношенню до свого "Я".

Опитувальник включає в себе наступні шкали: шкала S спрямована на вимірювання інтегрального почуття «за» чи «проти» власного «Я» досліджуваного; шкала I – самоповага; шкала II – аутосимпатія; шкала III – очікуване ставлення від інших; шкала IV – самоінтерес. Також зазначений опитувальник містить в собі 7 шкал, що спрямовані на визначення вираженості установки на внутрішні дії по відношенню до «Я» досліджуваного.

Методика містить в собі 57 питань і досліджуваному пропонується дати відповідь на них «так» чи «ні». За кожним фактором обраховується сумарний показник. Отриманий «сирий бал» по всім шкалам переводиться в накопичені частоти.

Шкала самоповаги об'єднує твердження, що стосуються самовпевненості та саморозуміння. Вона встановлює емоційну та змістовну оцінку своїх здібностей, енергії, сил, можливості контролювати своє життя. Шкала аутосимпатії об'єднує пункти, що вказують на дружнє або вороже ставлення до свого «Я». Тобто вона демонструє наскільки людина є цікавою сама для себе, чи важливі її думки, почуття, переконання. В свою чергу шкала самоінтересу відображає міру близькості особистості до самого себе. Загалом йдеться про інтерес до власних почуттів та думок, впевненості у своїй цікавості для інших.

Для визначення наявності взаємозв'язку перфекціонізму й самоствавлення з розладами харчової поведінки був визначений тип розподілу даних за допомогою критерію Колмогорова-Сірнової. Був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона. Крім того, був зроблений кореляційний аналіз між показниками перфекціонізму та самоствавленням.

## **2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

Емпіричне дослідження щодо визначення взаємодії індивідуальних відмінностей та розладів харчової поведінки було проведено за допомогою хмарних технологій Google Forms. Для зручності респондентів, три методики були об'єднані в одну гугл форму і розділені підрозділами (див. додаток Б). Вибірка дослідження складає 45 осіб (39 жіночої статі, 6 чоловічої) віком 18-21

рік. В опитуванні більшу активність проявили особи жіночої статі. Респонденти є студентами Київського національного лінгвістичного університету.

З метою визначення ймовірності наявності розладів харчової поведінки був застосований тест-опитувальник харчових переваг – 26 (D.M. Garner, EAT-26). Були підраховані сирі бали та представлені у Додатку В. Результати вказують на наступні показники, що 87% (39 осіб) мають низьку ймовірність наявності розладів харчової поведінки, з них 34 жіночої статі та 5 – чоловічої. Решта 13% респондентів мають знижену можливість наявності розладів харчової поведінки. Такі результати дають можливість зробити припущення, що у осіб жіночої статі наявна більша схильність до розвитку порушень харчової поведінки через їх емоційність та сензитивність. Так, у стресових та конфліктних ситуаціях вони схильні заїдати емоції та переїдати. Крім того, був проведений аналіз даних відносно віку та ймовірності наявності розладів харчової поведінки. Дані вказують, що у респондентів віком 20 років наявна більша вираженість до ймовірної наявності порушення харчової поведінки.

Отримані дані за багатовимірною шкалою перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта дали можливість дійти до наступних висновків. У 17,8% (8 осіб) наявний високий показник, що вказує на наявність у респондентів надзвичайно високих особистих вимог та стандартів, які пред'являються до себе (Рис. 2.2.1.). У більшості досліджуваних (28 осіб) помітний середній показник перфекціонізму орієнтованого на себе, а у 20% (9 осіб) – низький показник.

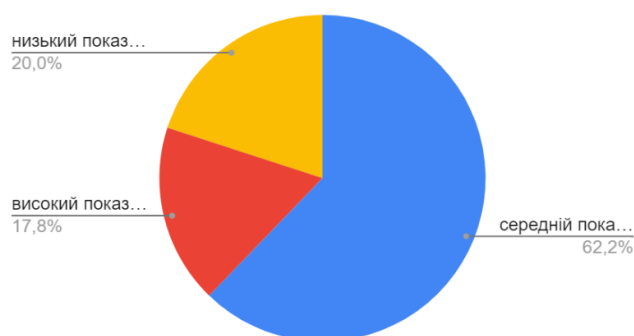


Рис. 2.2.1. Відсоткове співвідношення показників за шкалою «перфекціонізм орієнтований на себе»

За шкалою «перфекціонізм орієнтований на інших» були отримані такі дані. Більшості респондентам, а саме: 88,9% (40 осіб) притаманний високий показник перфекціонізму спрямованого на інших. Високий показник за даною шкалою свідчить про наявність у респондентів високих вимог, встановлених і пред'явлених до інших людей. Лише у 11,1% (5 осіб) наявний середній показник. Як бачимо, низький показник за даною шкалою у наших досліджуваних відсутній.

За шкалою «соціально приписаний перфекціонізм» було виявлено, що у 53,3% респондентів (24 особи) наявний високий показник соціально приписаного перфекціонізму (Рис. 2.2.2.). Такі дані свідчать, що досліджувані розцінюють пред'явлені їм вимоги оточуючими, як нереалістичні та завищені. Для 31,1% (14 осіб) характерний середній показник за зазначеною шкалою, тоді як у 15,6% (7 осіб) респондентів був виявлений низький показник соціально приписаного перфекціонізму.

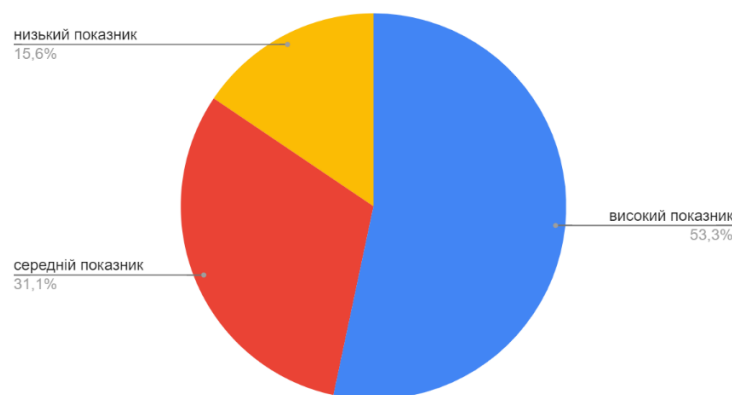


Рис. 2.2.2. Відсоткове співвідношення показників за шкалою «соціально приписаний перфекціонізм»

За загальною шкалою «перфекціонізм» ми отримали наступні дані. У 33,3% (15 осіб) досліджуваних виявлено високий показник, у 64,4% (29 осіб) середній показник. Лише у одного респондента наявний низький показник за зазначеною шкалою.

В ході нашого емпіричного дослідження було визначено самоставлення респондентів за допомогою тесту опитувальника самоставлення В.В. Століна і

С.Р. Пантелєєва (Табл. 2.2.1). Виявлено, що рівень самоповаги у більшості респондентів 60% (27 осіб) яскраво виражений, що вказує на їх віру у свої сили, здібності, самостійність та здатність контролювати власне життя.

Показник аутосимпатії також у більшості респондентів 60% (27 осіб) яскраво виражений, що вказує на довіру до себе та позитивну самооцінку. За шкалою очікування відношення інших дані показали, що однакова кількість досліджуваних 48,8% (по 22 особи) мають невиражений та виражений показник. А за шкалою самоінтересу було виявлено, що 48,8% (22 особи) мають високі показники, тоді як 20% (9 осіб) – мають низький показник зацікавленості у собі, власних почуттів, думок, житті.

Таблиця 2.2.1

Аналіз отриманих результатів за опитувальником самоставлення В.В.

Століна і С.Р. Пантелєєва

Шкала	Кількість осіб у абсолютних числах та у %	Інтерпретація
Шкала S інтегральний показник	6 (13%)	Невиражена ознака
	7 (16%)	Виражена
	32 (71%)	Яскраво виражена
Шкала I самоповага	8 (18%)	Невиражена
	10 (22%)	Виражена
	27 (60%)	Яскраво виражена
Шкала II аутосимпатія	12 (27%)	Невиражена
	6 (13%)	Виражена
	27 (60%)	Яскраво виражена
Шкала III очікуване відношення інших	22 (49%)	Невиражена
	22 (49%)	Виражена
	1 (2%)	Яскраво виражена
Шкала IV самоінтерес	9 (20%)	Невиражена
	14 (31%)	Виражена
	22 (49%)	Яскраво виражена

Крім того, була здійснена інтерпретація даних за сімома шкалами, яка зазначена у Додатку В. Шкали направлені на визначення виразності установки

на ті чи інші внутрішні дії по відношенню до «Я» досліджуваних. Таким чином, ми отримали наступні результати. Показник самовпевненості, самоприйняття, саморозуміння є яскраво вираженими у більшості респондентів. А показник самозвинувачення у 67% (30 осіб) є невираженим, що вказує на їх самоповагу, віру у себе та власні сили.

Наступним кроком нашого дослідження був аналіз даних за допомогою методів математичної статистики в програмі SPSS. Загальні описові статистики за аналізованими змінними та розподіл даних за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова наведені у Додатку В.

Для початку був зроблений аналіз між змінними «ймовірність РХП», «перфекціонізм на себе», «перфекціонізм на інших», «соціально приписаний перфекціонізм», «інтегральний перфекціонізм» за допомогою параметричного коефіцієнту кореляції Пірсона (Табл. 2.2.2).

Із отриманих даних можна стверджувати, що коефіцієнти кореляції між показниками перфекціонізму та розладами харчової поведінки статистично не значимі. Це свідчить про те, що у респондентів перфекціонізм не впливає на розвиток порушень харчової поведінки. Такі дані характеризують виявлений перфекціонізм як прагнення до досконалості, яке не переходить нормативну межу здорової поведінки. Надмірні вимоги до себе самого, або вимоги оточуючих здатні стимулювати таких осіб до більш продуктивної діяльності, не обмежуючи при цьому їх функціональних можливостей. Тому це не призводить до харчових розладів. Проте межа між надмірним перфекціонізмом та розладами досить тонка, що потребує великого самоконтролю з метою недопущення зазначених розладів. Крім того, результати кореляційного аналізу вказують, на обернені зв'язки між інтегральним перфекціонізмом, соціально приписаним перфекціонізмом та перфекціонізмом спрямованим на інших. Такі дані свідчать про те, що особистість, яка пред'являє до себе занадто високі вимоги схильна виставляти надзвичайно високі вимоги і до оточуючих.



Таблиця 2.2.2

Результати кореляційного аналізу між змінною «ймовірність РХП» та багатовимірною шкалою перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта

		ймовірність рхп	перфекціоні зм на себе	перфекціоні зм на інших	соціально приписаний перфекціоні зм	інтегральни й перфекціоні зм
ймовірність рхп	Pearson Correlation	1	-,042	-,077	,259	,065
	Sig. (2-tailed)		,786	,613	,086	,669
	N	45	45	45	45	45
перфекціонізм на себе	Pearson Correlation	-,042	1	,187	,383**	,838**
	Sig. (2-tailed)	,786		,218	,009	,000
	N	45	45	45	45	45
перфекціонізм на інших	Pearson Correlation	-,077	,187	1	,044	,495**
	Sig. (2-tailed)	,613	,218		,773	,001
	N	45	45	45	45	45
соціально приписаний перфекціонізм	Pearson Correlation	,259	,383**	,044	1	,701**
	Sig. (2-tailed)	,086	,009	,773		,000
	N	45	45	45	45	45
інтегральний перфекціонізм	Pearson Correlation	,065	,838**	,495**	,701**	1
	Sig. (2-tailed)	,669	,000	,001	,000	
	N	45	45	45	45	45

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Наступним кроком було здійснення кореляційного аналізу між змінною «ймовірність РХП» та шкалами самоствалення. Результати кореляційного аналізу між змінною «ймовірність РХП» та всіма шкалами самоствалення представлені у Додатку Г. Нижче представлено результати аналізу шкал, що мають взаємозв'язок (Табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Результати кореляційного аналізу між змінною «ймовірність РХП» та шкалами самоповаги I, самовпевненості (1), саморозуміння (7)

Параметри самоствавлення		Розлади харчової поведінки
Шкала самоповаги (I)	коефіцієнт ( $r$ )	<b>-0,345*</b>
	p-value	0,020
	N	45
Шкала самовпевненості (1)	коефіцієнт	<b>-0,346*</b>
	p-value	0,020
	N	45
Шкала саморозуміння (7)	коефіцієнт	<b>-0,326*</b>
	p-value	0,029
	N	45
* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)		
** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).		

Згідно отриманих результатів існує обернений слабкий взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та шкалою самоповага ( $r=-0,345$ ,  $p\leq 0,05$ ), самовпевненість ( $r=-0,346$ ,  $p\leq 0,05$ ), саморозуміння ( $r=-0,326$ ,  $p\leq 0,05$ ). Такий зв'язок свідчить про те, що чим більше виражений показник наявності розладів харчової поведінки, тим нижче показники самоповаги, самовпевненості та саморозуміння. У ситуації порушення харчової поведінки самоповага супроводжується виникненням негативних емоцій, зокрема направлених на самого себе. Така особа починає знецінювати себе і свої можливості, постійно докоряти собі у неможливості досягнути певних результатів. Людина з низькою самоповагою внаслідок харчових розладів вважає себе гіршою за інших, не вірить у себе і в те, що може подолати свої недоліки. Низька самоповага передбачає стійке почуття неповноцінності, що дуже негативно впливає на емоційний стан та соціальну поведінку особистості.

Водночас низький рівень саморозуміння, спричинений розладами харчової поведінки, свідчить про незрілість особистості і залежність від думки оточуючих. У неї може спостерігатись негативне відношення до себе, комплекс неповноцінності, спотворене сприйняття себе і оточуючих, внутрішньо особистісний конфлікт, тривожний стан, ригідне мислення, нездатність

встановлювати позитивні відносини з самим собою та оточуючими, невміння ставити цілі та завдання.

Це означає, що РХП може призвести до зниження самоствавлення досліджуваних осіб. Разом з тим, враховуючи зворотність кореляційних зв'язків, можна стверджувати, що і вказані показники самоствавлення можуть бути предикторами розладів харчової поведінки. Так, при низькій самоповазі, самовпевненості та саморозумінні з часом починають проявлятися порушення у харчуванні як наслідок незадоволеності собою, своєю зовнішністю, вагою тощо. В результаті можуть виникати нереалістичні уявлення про свій зовнішній вигляд, пред'явлення до себе завищених вимог, стан відчуженості і не прийнятності суспільством. Через те, що зовнішній вигляд є часто ключовим у житті осіб юнацького віку, на їхню думку, від цього залежить їхнє місце у суспільстві.

Наступним кроком було виявлення кореляційного зв'язку між показниками шкал перфекціонізму та самоствавлення. Результати кореляційного аналізу між всіма шкалами перфекціонізму та шкалами самоствавлення представлені у Додатку Г.

Нижче представлено результати аналізу шкал, що мають взаємозв'язок (Табл. 2.2.4). Згідно отриманих результатів виявлено зворотні коефіцієнти кореляції між соціально-приписаним перфекціонізмом та шкалами самоствавлення. Зокрема виявлено зв'язок між соціально-приписаним перфекціонізмом і самоповагою ( $r=-0,367$ ,  $p\leq 0,05$ ), аутосимпатією ( $r=-0,304$ ,  $p\leq 0,05$ ), самоприйняттям ( $r=-0,310$ ,  $p\leq 0,05$ ), самоінтересом ( $r=-0,307$ ,  $p\leq 0,05$ ), інтегральним показником самоствавлення ( $r=-0,469$ ,  $p\leq 0,05$ ). Соціально приписаний перфекціонізм виражає переконаність особистості в тому, що інші люди мають щодо неї надзвичайно високі очікування, яким дуже важко відповідати. Відповідно отримані кореляції свідчать про те, що очікування оточуючих, особливо коли воно важко доступні і не співпадають з реальністю, призводять до зниження самоповаги, самоінтересу, аутосимпатії, самоприйняття і самоствавлення взагалі.

Результати кореляційного аналізу між шкалами перфекціонізму та  
самостваленням

Параметри перфекціонізму		перфекціонізм орієнтований на себе	перфекціонізм орієнтований на інших	соціально приписаний перфекціонізм	Інтегральний перфекціонізм
Шкала самоповаги (I)	коефіцієнт (r)	-0,129	-0,053	<b>-0,367*</b>	-0,264
	p-value	0,399	0,731	0,013	0,080
	N	45	45	45	45
Шкала аутосимпатії (II)	коефіцієнт	-0,193	-0,046	<b>-0,304*</b>	-0,270
	p-value	0,204	0,764	0,043	0,072
	N	45	45	45	45
Шкала самоприйняття (3)	коефіцієнт	-0,144	0,095	<b>-0,310*</b>	-0,193
	p-value	0,347	0,537	0,038	0,205
	N	45	45	45	45
Шкала самозвинуваченн я (5)	коефіцієнт	0,255	0,114	0,281	<b>0,322*</b>
	p-value	0,091	0,456	0,062	0,031
	N	45	45	45	45
Шкала самоінтересу (6)	коефіцієнт	0,001	0,161	<b>-0,307*</b>	-0,082
	p-value	0,997	0,291	0,040	0,594
	N	45	45	45	45
Шкала S (інтегральна)	коефіцієнт	-0,162	-0,087	<b>-0,469**</b>	<b>-0,343*</b>
	p-value	0,287	0,568	0,001	0,021
	N	45	45	45	45
* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)					
** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).					

Такі досліджувані знецінюють себе на фоні постійного прагнення догодити значимим людям, які сподіваються на їх успіх. Постійний стан такого напруження призводить до негативних психоемоційних станів, іноді провокує психосоматичні порушення. Саме це може бути предиктором розладів харчової поведінки. Тому такі особи потребують додаткової психологічної підтримки та супроводу з метою зниження негативного напруження, нормалізації рівня перфекціонізму, оптимізації позитивного самоствалення.

Також виявлено прямий зв'язок між інтегральним показником перфекціонізму та самозвинуваченням ( $r=0,322$ ,  $p\leq 0,05$ ) і обернений зв'язок із інтегральним показником самоствалення ( $r=-0,343$ ,  $p\leq 0,05$ ). Не дивлячись на те, що статистично значимих зв'язків між розладами харчової поведінки та перфекціонізмом не виявлено, проте надмірний перфекціонізм разом із

самозвинуваченням можуть часом призводити до таких розладів через високі стандарти до власного «Я» та відсутність балансу між Я-ідеальним та Я-реальним. Особи із високим рівнем перфекціонізму відчують гостру потребу реалізувати досконалість і досягти ідеалу, але інтенсивно фрустровані неможливістю це зробити. Через постійне бажання відповідати ідеальним стандартам, розвинені почуття неповноцінності і вразливості спонукають до саморуйнівних надзусиль і незадоволеності собою, що проявляється низьким самостваленням.

Кореляція також виражає особливості негативного ставлення до себе досліджуваних осіб юнацького віку, які мають у своїй свідомості яскраво виражені перфекційні установки. Це проявляється в наступних аспектах самосвідомості: низький рівень впевненості та поваги до себе, відсутність інтересу до власного внутрішнього світу, очікування упередженого ставлення від оточуючих людей, неприйняття деяких особливостей особистості, слабе розуміння пережитих почуттів, сумнів у здатності контролювати долю, антипатія до себе, занижена самооцінка.

У вищезгаданих розділах зазначалося, що у порівнянні з юнаками та чоловіками, дівчата й молоді жінки захворюють на порушення харчової поведінки в 10 разів частіше. Щоб прослідкувати дану тенденцію нами було прийняте рішення додатково зробити кореляційний аналіз в групі осіб чоловічої статі між показниками ймовірності наявності розладів харчової поведінки, самостваленням і перфекціонізмом (Табл. 2.2.5).

Як бачимо, статистично значимих кореляцій не спостерігається. Це свідчить про те, що у респондентів чоловічої статі відсутній взаємозв'язок між перфекціонізмом та розладами харчової поведінки. Також кореляційний аналіз не виявив взаємозв'язків між розладами харчової поведінки та самостваленням у чоловіків (див. додаток Г).

Таблиця 2.2.5

Результати кореляційного аналізу між змінними «ймовірність РХП» та шкалами перфекціонізму у осіб чоловічої статі

Параметри перфекціонізму		Розлади харчової поведінки
перфекціонізм направлений на себе	коефіцієнт	0,383
	p-value	0,454
	N	6
перфекціонізм направлений на інших	коефіцієнт	0,404
	p-value	0,427
	N	6
соціально-приписаний перфекціонізм	коефіцієнт	0,259
	p-value	0,620
	N	6
Інтегральний рівень перфекціонізму	коефіцієнт	0,382
	p-value	0,455
	N	6
* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)		
** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).		

За даними результатів можна зробити висновок, що у досліджуваних чоловічої статі значимих зв'язків між розладами харчової поведінки та самоствавленням не має. Тобто навіть у ситуації наявності такого розладу у юнаків, він не впливає на їх самоствавлення, самоповагу, саморозуміння, самовпевненість тощо.

Отже, підсумовуючи результати емпіричної частини дослідження можна зробити наступні висновки. Значимих показників взаємозв'язку між розладами харчової поведінки та перфекціонізмом виявлено не було. Між розладами харчової поведінки та шкалою самоповага, самовпевненість, саморозуміння був виявлений обернений слабкий взаємозв'язок. Також у респондентів виявлено зворотні коефіцієнти кореляції між соціально-приписаним перфекціонізмом та шкалами самоствавлення. Зокрема виявлено зв'язок між соціально-приписаним перфекціонізмом і самоповагою, аутосимпатією, самоприйняттям, самоінтересом. Серед осіб чоловічої статі значимих кореляцій між показниками не виявлено, що може свідчити про меншу поширеність у них розладів харчової поведінки, а також при їх наявності про стабільність самоствавлення.

### 2.3 Методичні рекомендації щодо формування здорової харчової поведінки

Здорова харчова поведінка – невід’ємний аспект гармонійної життєдіяльності. Звички у харчуванні проєктуються на фізичний стан особистості, її зовнішність та здоров’я. Є чимала кількість способів визначення «норми» ваги. Так, для кращого розуміння ступеню відповідності маси особистості та її зросту, використовується розрахункова величина ІМТ – індекс маси тіла. Дане співвідношення дає інформацію про те, чи є маса тіла недостатньою, нормальною, надмірною. Показник індексу маси тіла був розроблений А. Кетле у 1869 р. Індекс маси тіла за формулою А. Кетле розраховується наступним чином:  $ІМТ = \text{вага(кг)}/\text{зріст(м}^2\text{)}$ . Нормальний показник ІМТ за даними ВООЗ складає 18,5 – 24,9 [65]. Наприклад, у дорослої людини вагою 75 при рості 1,80 м індекс маси тіла буде 23,1, що відповідає нормальним показникам.

Втім варто зазначити, що для дітей та підлітків, які продовжують активно рости, важко визначити конкретні показники ІМТ, що відповідали б нормі для всіх вікових та обох статевих груп. Тому необхідним є відвідування лікаря-педіатра та сімейних лікарів, що можуть оцінити співвідношення маси і росту. Для осіб більше 20 років, ІМТ належить до таких категорій [65] і співвідноситься з хронічними захворюваннями. (Табл. 2.3.1)

Таблиця 2.3.1

#### Класифікація маси тіла у дорослих і частота виникнення хронічних неінфекційних захворювань

Класифікація	ІМТ кг м <sup>2</sup>	Ймовірність розвитку захворювань		
		Серцево-судинних	Бронхо-легеневих	Ендокринних
Недостатня маса	менше 18,5	Низька	Збільшена	Низька
Норма	18,5 – 24,9	Низька	Низька	Низька
Надлишкова маса	більше 25,0			
Передожиріння (гладкість)	25,0 – 29,9	Середня	Низька	Низька
Ожиріння І ступеня	30,0 – 34,9	Збільшена	Низька	Середня

*Продовження табл. 2.3.1*

Ожиріння II ступеня	35,0 – 39,9	Значно збільшена	Можливо, збільшена	Збільшена
Ожиріння III ступеня	більше 40,0	Істотно збільшена	Збільшена	Значно або істотно збільшена

Тобто існує взаємозв'язок між надмірною вагою, ожирінням та поширеними захворюваннями, що включають себе: передчасну смерть, серцево-судинні захворювання, високий кров'яний тиск, остеоартрит, деякі види раку та діабет.

Але, як і будь-який інший показник, ІМТ не є досконалим, оскільки залежить лише від зросту та ваги та не враховує різні рівні ожиріння залежно від рівня особливості статури, фізичної активності та статі. З цієї причини очікується, що в одних випадках ожиріння переоцінюється, а в інших – недооцінюється. Так, за наявності надлишкової маси тіла жирова тканина може відкладатися переважно на талії або на стегнах. Тому показник окружність талії (ОТ) – це наступний важливий об'єктивний показник, який доповнює індекс маси тіла. Найнижчий ризик розвитку небезпечних хвороб у осіб жіночої статі з ОТ становить до 79 см. ОТ 80-87 см є свідченням підвищення ризику, втім показник 88 см і більше і ознакою високого ризику виникнення хвороб у жінок. Оптимальна ОТ для чоловіків становить до 93 см.

Для підтримання індексу маси тіла в межах норми ВООЗ пропонує декілька рекомендацій [65]:

- відстежувати кількість споживаної їжі та контролювати порції
- бути активними та вести щоденник фізичної активності, щоб зрозуміти, чи достатньо ви рухаєтесь впродовж дня
- приймати антибіотики тільки за призначенням лікаря
- їсти різноманітні овочі та фрукти, бажано свіжі, кілька разів на день (не менше 400 г на день)
- включати в харчування продукти рослинного походження



- контролювати споживання жирів (не менше 30% добової енергії)
- вибирати продукти з низьким вмістом солі – загальне споживання солі не повинно перевищувати одну чайну ложку (5 г) на день
- жирне м'ясо та м'ясні продукти замінити квасолею, бобовими, сочевицею, рибою
- мати спокійний здоровий сон
- регулярно перевіряти свій артеріальний тиск
- регулярно проходити медичні огляди
- звернутися за допомогою до фахівців, якщо вам не вдається самотійно схуднути.

Важливо наголосити увагу на тому, що поділ продуктів на «хороші» і «погані» може призвести до переїдання, надмірного потягу до їжі та приступів компульсивного переїдання. Усі продукти харчування – необхідна енергія для існування. Їжа може мати більше або менше корисних та поживних властивостей. Якщо особистість різко скорочує або повністю виключає з раціону «погані» продукти, то запускається цикл переїдання та харчових зривів. Наслідки є шкідливими для здоров'я.

Ефективним способом відслідковування харчових звичок є ведення щоденника. Такий метод дозволяє бачити загальну картину харчування, розрізняти відчуття голоду та апетиту, зрозуміти в який час доби виникає голод, стимулює розвиток мотивації до зміни шкідливих паттернів харчової поведінки або дотримання вже встановлених здорових. У щоденник варто записувати час та прийоми їжі, розміри порцій, за бажанням можна відслідковувати калорійність продуктів, загальні відчуття пов'язані з прийомом їжі тощо. У зв'язку зі стрімким розвитком технологій, є багато інструментів, які дозволяють вести записи та щоденник харчування у телефоні. Посилання на бланк щоденника харчування зазначений у Додатку Д.

Заповнення щоденника повинно бути систематичним. Раз на тиждень рекомендується проводити аналіз досягнень та помилок у своїй харчовій

поведінці. Споживати їжу не поспішаючи, в приємній обстановці. Під час прийому їжі насолоджуватися саме процесом та не відволікатися, особливо на телевізор, мобільний телефон тощо.

Відслідкувати у себе наявність розладу харчової поведінки може бути важко. Тому необхідно одразу звертатися до кваліфікованих фахівців. Втім, Н. Stephan та співат. виділили наступні критерії, що можуть вказувати на підозру наявності розладів харчової поведінки: низька маса тіла; аменорея або безпліддя; погіршення стану зубів, нігтів, шкіри особливо у осіб підліткового/юнацького віку; виражене турбування про вагу тіла, навіть якщо вона нормальна; невдалі спроби схуднути у осіб з надмірною вагою або ожирінням; шлунково-кишкові розлади, які не можуть бути пов'язані з іншою медичною причиною; затримка росту у дітей/підлітків [45, с. 4].

Крім того, вченими був запропонований перелік питань для визначення власного ставлення до харчування та образу тіла:

- «Чи задоволені ви своєю харчовою поведінкою?»
- «Ви турбуєтесь про свою вагу чи їжу?»
- «Чи впливає ваша вага на почуття власної гідності?»
- «Чи турбує вас цифра на вагах?»
- «Чи споживаєте ви їжу таємно?»
- «Чи хвилюєтесь ви, коли не можете зупинитись їсти?» [45, с. 4].

## Висновки до другого розділу

Завданням даного етапу роботи було визначення взаємозв'язку між розладами харчової поведінки та індивідуальними психологічними особливостями, а саме: перфекціонізм та самоствавлення. Емпіричне дослідження було проведено з використанням таких психодіагностичних методик: опитувальник харчових переваг – 26 (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського і С.В. Сивухи, багатовимірної шкали перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта (в адаптації І. Грачевої), тест-опитувальник самоствавлення В.В. Століна і С.Р. Пантелеєва. Вибірку склали 45 осіб (39 жіночої статі, 6 чоловічої) віком 18-21 рік. Був зроблений опис та аналіз використаних методик, інтерпретація емпіричних даних та обґрунтування рішень з перевірки висунутої гіпотези. Була здійснена статистична обробка даних, їхній аналіз і змістова інтерпретація.

Результати показали, що у 39 респондентів наявна низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки, зокрема 87% (34 особи жіночої статі) та 13% (5 осіб чоловічої). Решта респондентів мають знижену можливість наявності розладів харчової поведінки. У більшості досліджуваних 62,2% (28 осіб) помітний середній показник перфекціонізму орієнтованого на себе, тоді як для 17,8% (8 осіб) характерний високий показник перфекціонізму. Було виявлено, що показник самоповаги та аутосимпатії у більшості респондентів 60% (27 осіб) яскраво виражений. За шкалою очікування відношення інших дані показали, що однакова кількість досліджуваних 48,8% (по 22 особи) мають невиражений та виражений показник. А за шкалою інтересу було виявлено, що 48,8% (22 особи) мають високі показники, тоді як 20% – мають низький показник зацікавленості у собі, власних почуттів, думок, житті.

У респондентів не було виявлено кореляційних зв'язків між розладами харчової поведінки та шкалами перфекціонізму. Проте були отримані зворотні коефіцієнти кореляції між соціально-приписаним перфекціонізмом і самоповагою, аутосимпатією, самоприйняттям, самоінтересом. Між розладами харчової поведінки та шкалою самоповага, самовпевненість, саморозуміння

також був виявлений обернений слабкий взаємозв'язок. Окремо був зроблений кореляційний аналіз між показниками у респондентів чоловічої статі. Але значимих кореляцій між показниками не було виявлено.

В рамках третього підрозділу були зазначені рекомендації щодо підтримання здорової харчової поведінки. Зокрема, наголошена увага на визначенні індексу маси тіла як першочерговий шлях до кращого розуміння ступеню відповідності маси особистості та її зросту. Дане співвідношення дає інформацію про те, чи є маса тіла недостатньою, нормальною, надмірною. Ведення щоденника харчування є одним із найефективніших відслідковування харчових звичок є ведення щоденника. Втім варто наголосити, що самолікування є шкідливим і при наявності симптоматики розладів харчової поведінки необхідно звертатися до кваліфікованих фахівців.

## ВИСНОВКИ

Отже, розглянувши теоретичні підходи й аспекти до вивчення поняття «розлади харчової поведінки» та впливу індивідуально-психологічних детермінант на особливості харчової поведінки можна зробити наступні висновки.

Відбувається стрімке зростання кількості випадків розладів харчової поведінки. Згідно класичному визначенню Американської Психіатричної Асоціації, розлади харчової поведінки – це стійкі порушеннями харчування або пов'язаної з ним поведінки, що призводять до змін споживання або поглинання їжі та суттєво погіршують фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування людини. Дослідники, які вивчали та вивчають розуміння природи даного розладу, роблять акцент на тому, що він значно погіршує фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування людини.

Широкий спектр факторів впливають на розвиток порушень харчової поведінки. Серед найбільш впливових виділяють наступні: генетичні чинники, перфекціонізм, негативне самоствалення, залежність від схвалення оточуючих, сімейна обстановка, соціальна тривога, оточення тощо. Варто зазначити, що соціальні мережі, які акцентують увагу на ідеальній худорлявості є ключовим фактором впливу на самооцінку. В свою чергу, соціуму відводиться вагома роль у формуванні розладів харчової поведінки. Виділяють декілька типів розладу харчової поведінки. За МКХ-10 розлади харчової поведінки поділяються на нервову анорексію та нервову булімію. DSM-V виділяє нервову анорексію, нервову булімію та неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема компульсивне переїдання.

Загалом підлітковий та юнацький вік є потенційними до розвитку розладів харчової поведінки. Це пов'язано з нав'язливими ідеями засобів масової інформації, нереалістичними очікуваннями, незадоволенням образу власного тіла, почуттям самотності, страху осуду з боку близьких та однолітків, бажанням самоствердитись в соціальних групах, надмірним перфекціонізмом.

Проведення емпіричного дослідження дозволило дійти до наступних висновків. У 39 респондентів наявна низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки. Решта 6 – мають знижену можливість наявності розладів харчової поведінки. Було визначено, що для 62,2% досліджуваних характерний середній показник перфекціонізму орієнтованого на себе, тоді як для 17,8% – високий показник перфекціонізму. А показник самоповаги та аутосимпатії у 60% респондентів яскраво виражений. Взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та перфекціонізмом статистично не значимий. Однак, виявлено обернений взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та самостваленням. Такий зв'язок є свідченням того, що чим більша ймовірність наявності розладу харчової поведінки, тим нижче показники самоповаги, самовпевненості та саморозуміння.

Згідно отриманих результатів наявні зворотні коефіцієнти кореляції між соціально-приписаним перфекціонізмом та шкалами самоствалення. Кореляційний аналіз в осіб чоловічої статі не виявив статистично значимих кореляцій між розладами харчової поведінки, самостваленням і перфекціонізмом, що може свідчити про меншу поширеність у чоловіків розладів харчової поведінки. Звідси слідує, що гіпотеза дослідження частково підтвердилась. Отже, не лише такі чинники, як перфекціонізм та самоствалення опосередковують розлади харчової поведінки в юнацькому віці. Втім, необхідно вивчити взаємозв'язок зазначених показників на основі більшої вибірки та враховувати весь спектр особистісних якостей та особливостей.

## АНОТАЦІЯ

Танасієнко А.Є. «Розлади харчової поведінки в юнацькому віці: психологічний аспект».

Метою даної роботи є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв'язок між розладами харчової поведінки та індивідуальними психологічними особливостями в юнацькому віці.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка в юнацькому віці.

Предмет – вплив індивідуальних особливостей на порушення харчової поведінки в юнацькому віці.

В першому розділі представлені основні підходи до розуміння понять «харчова поведінка», «розлади харчової поведінки», сучасні погляди на розлади харчової поведінки. Були проаналізовані основні види розладів харчових поведінки та їх симптоматика. Зазначені психологічні особливості осіб юнацького віку.

Другий розділ включає в себе аналіз емпіричного дослідження. В цій частині представлені методи, вибірка, аналіз, результати, інтерпретація та власний висновок.

Ключові слова: харчова поведінка, розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, перфекціонізм, самоствалення, самоінтерес, саморозуміння, юнацький вік.

## **ABSTRACT**

Tanasiienko A.E. «Eating disorders in adolescence: a psychological aspect».

The purpose of this work is to theoretically substantiate and empirically investigate the relationship between eating disorders and individual psychological characteristics in adolescence.

The object of research: eating behavior in adolescence.

Subject: the influence of individual characteristics on eating disorders.

The first section presents the main approaches to understanding the concepts of "eating behavior", "eating disorders", modern views on eating disorders. The main types of eating disorders and their symptoms were analyzed. Psychological features of adolescence were mentioned.

The second section includes the analysis of the empirical study. This part presents the methods, sample, analysis, results, interpretation and own conclusion.

Key words: eating behavior, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, perfectionism, self-esteem, self-interest, self-understanding, adolescence.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсальямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: дис. ... д-ра псих. наук: 19.00.01 / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с.
2. Абсальямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». 2017. С. 8-12.
3. Антонова З. О., Ханецька Н. В., Кудла Т. В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
4. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки: Зб. наук. праць. 2015. №1 (46) С. 53–66.
5. Вікова та педагогічна психологія. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 416 с.
6. Гриньова О. М. Психологія проектування особистістю життєвого шляху: юнацький вік: монографія. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. 464 с.
7. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.
8. Дудар Л. В. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. 2013. №4. С. 31–34.
9. Загальна психологія: навч. посіб. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К.: А.Г.Н., 2002.

10. Кириленко М. І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. Фармацевт-практик. 2019. № 5. С. 46.
11. Ковальчук З. Я. (2019). Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства, 2, 91-99.
12. Кудла Т. В. (2021). Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус: науковий журнал, 2, 125-130.
13. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
14. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Зб. наук. праць: філософія, соціологія, 76 психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
15. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М: Эксмо, 2007. 1040 с.
16. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Десятий перегляд. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 1995. 1(1). 697с.
17. Менделевич В. Д. Клінічна і медична психологія: навчальний посібник. М: МЕДпрес-Інформ., 2012. 432 с.
18. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології. 2009. № 6 (2) С. 85-94.
19. Олексієнко Я. І. Харчування та його вплив на здоров'я людини: навчально-методичний посібник. Черкаси: ПП Чабаненко Ю. А. 2014. 42 с.
20. Поліщук В. М. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник. 4-те вид., стер. Суми: Університетська книга, 2019. 352 с.
21. Русинова А. А. Нейробиологія харчової залежності. FORCIPE. 2021. №S1.
22. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 С. 32.
23. Савчин М. В. Вікова психологія. К.: Академвидав, 2005. 360 с.

24. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
25. Скугаревський О. А. Порушення харчової поведінки та можливість їх скринінгової оцінки. Питання організації та інформатизації охорони здоров'я. 2003. №3. З. 41-44.
26. Столин В. В., Пантїлєєв С. Р. Опросник самоотношения / Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. 1988. С. 123-130.
27. Фатєєва М. С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією: дис. ... д-ра філософії / Київський університет імені Бориса Грінченка. Київ, 2021. 230 с.
28. Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки. Практична психологія та соціальна робота. 2014. №12. С. 1-18.
29. Шебанова В. І. (2013). Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування. Теоретичні і прикладні проблеми психології, 3, 290-298.
30. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки: дис. ... д-ра псих. наук: 19.00.01 / Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.
31. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 2). Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 24. С. 717-730.
32. Akila De Silva, Victoria S., Paul M., Waljit S. Dhillo. The use of functional MRI to study appetite control in the CNS. Experimental Diabetes Research. 2012. 13 p.
33. APA. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Washigton, DC : American Psychiatric Association.
34. APA. (2014). Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

35. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011. V. 68(7). P. 724-731.
36. Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156-161.
37. Bearman S., Presnell K., Martinez, E., Stice, E. The skinny on body dissatisfaction. A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. 2016. № 35. P. 217-229.
38. Binswanger L. *Existential Analysis and Psychotherapy*. In: Fromm-Reichmann F. and Moreno J. (eds.). New York: Grune & Stratton. 1956. 145 p.
39. Bowling A (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality". *Journal of Public Health*. 27 (3), 281-291.
40. Culbert K., Racine, S. Klump, K. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015. № 56 (11). P. 1141-1164.
41. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* American Psychiatric Association. 5th ed. Washington, DC; London: American psychiatric publ., 2013. 947 p.
42. Dunn T. M. & Bratman S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17.
43. Frank G. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*. 2015. № 20 (4). P. 391-400.
44. Frank G. Neuroimaging and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019. № 32 (6). P. 478-483.
45. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S: Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2011, V. 108(40). P. 678-685. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678
46. Hewitt P. L. The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation. *Canad. Psychol*. 1989. V. 30. P. 103-109.

47. Jackson B. Motivations to eat: Scale development and validation / B. Jackson, M. L. Cooper, L. Mintz, A. Albinod. *Journal of Research in Personality*. 2003. V. 37. P. 297-318.
48. Klump K., Miller K., Keel P. et al. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychology Med*. 2001. № 31. P. 737-740.
49. Koven N. S., & Abry A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
50. Marcus S. A Review of the Physiological Causes and Effects of Eating Disorders: Current Research & Future Directions. Undergraduate honors thesis, Yeshiva University. 2022.
51. Moroze R. M., Dunn T. M., Holland J. C., Yager J., & Weintraub P. (2014). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 54(2), 3-18.
52. Morton R. Origins of anorexia nervosa. *European Neurology*. 2004. V. 52. № 4. P. 191-192.
53. Oppenheimer R., Howells K., Palmer R. L., & Chaloner D. A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal of psychiatric research*, 19(2-3), 357-361.
54. Polderman T., Benyamin B., de Leeuw C., Sullivan P., van Bochoven A., Visscher P., Posthuma D. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics*. 2015. № 47. P. 702-709.
55. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal Eating Disorders*. 1999. № 26. P. 153-164.
56. Rikani A., Choudhry Z., Choudhry A., Ikram H., Asghar M., Kajal D., Waheed A., Mobassarah N. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*. 2013. № 20 (4). P. 157-161.

57. Russ C. R. Towards an Explanation of Overeating Patterns Among Normal Weight College Women. The faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg, Virginia, 1998.
58. Russell G. F. Permenarchal anorexia nervosa and its sequelae. J. Psychiatr. Res. 1983. V. 2-3 (19). P. 363-369.
59. Statistics & Research on Eating Disorders. Retrieved from National Eating Disorder Association. 2022. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>.
60. Stunkard A. J. Obesity / eds R. E. Hales, A. I. Francis // Am. Psychiatric Ass. Annual Review. 1985. V. 4. P. 419-442.
61. Suisman J., Thompson J., Keel P., Burt S., Neale M., Boker S., Klump K. Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization across puberty and preadolescent, adolescent, and young adult development. International Journal of Eating Disorders. 2014. № 45 (8). P. 942-948.
62. Vedul-Kjelas E., & Gøtestam, K. G. Eating disorders in a historical perspective. Tidsskrift for den Norske I geforenig: tidsskrift for praktiskmedicin, nyr kke. 2004. V. 124. № 18. P. 2369-2371.
63. Vögele C., Gibson L. Mood, emotions and eating disorders. Oxford Handbook of Eating Disorders. Series: Oxford Library of Psychology. New York: Oxford University Press. 2010. 205 p.
64. Wang M., Zheng H. Inhibitory neuromodulation of the putamen to the prefrontal cortex in Internet gaming disorder: how addiction impairs executive control. Journal of Behavioral Addictions. 2020. № 2. P. 312-324.
65. World health organization. Recommendations for a healthy lifestyle [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations#:~:text=To%20ensure%20a%20healthy%20lifestyle,promote%20and%20support%20healthy%20lifestyles>.

66. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization. 1993.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

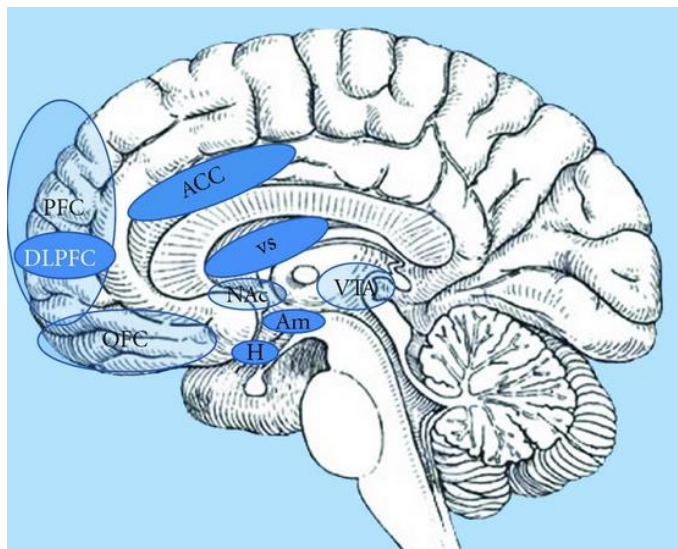


Рисунок 1.1. Нейропсихологічні порушення при компульсивному переїданні

*Джерело:* Akila De Silva, Victoria Salem, Paul M. Matthews, and Waljit S. Dhillon.

The use of functional MRI to study appetite control in the CNS. *Experimental Diabetes Research.*

### Додаток Б

Посилання на тест опитувальника харчових переваг – 26 (D.M. Garner, EAT-26) в адаптації О. А. Скугаревського і С. В. Сивухи, багатовимірну шкалу перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта та тесту опитувальника самоствалення В. В. Століна і С. Р. Пантелєєва: <https://forms.gle/6z8wrizyuLpSAniw9>.



**Інтерпретація результатів за тестом-опитувальником харчових  
переваг – 26 (D.M. Garner, EAT-26)**

<b>Кількість респондентів</b>	<b>Загальний сумарний бал</b>	<b>Інтерпретація балів</b>
1	1	Низька ймовірність наявності РХП
3	2	Низька ймовірність наявності РХП
3	3	Низька ймовірність наявності РХП
5	4	Низька ймовірність наявності РХП
5	6	Низька ймовірність наявності РХП
3	5	Низька ймовірність наявності РХП
6	7	Низька ймовірність наявності РХП
3	8	Низька ймовірність наявності РХП
4	9	Низька ймовірність наявності РХП
3	11	Низька ймовірність наявності РХП
2	12	Низька ймовірність наявності РХП
1	13	Низька ймовірність наявності РХП
1	16	Знижена можливість наявності РХП
2	18	Знижена можливість наявності РХП
1	19	Знижена можливість наявності РХП
2	21	Знижена можливість наявності РХП

Таблиця В.2

**Аналіз отриманих результатів за тестом опитувальника  
самоствлення В. В. Століна і С. Р. Пантелєєва**

<b>Шкала</b>	<b>Кількість осіб</b>	<b>Інтерпретація</b>
<b>Шкала 1 самовпевненість</b>	11	Невиражена
	15	Виражена
	19	Яскраво виражена
<b>Шкала 2 відношення інших</b>	15	Невиражена
	20	Виражена
	10	Яскраво виражена
<b>Шкала 3 самоприйняття</b>	5	Невиражена
	12	Виражена
	28	Яскраво виражена
<b>Шкала 4 самопослідовність</b>	8	Невиражена
	16	Виражена
	21	Яскраво виражена
<b>Шкала 5 самозвинувачення</b>	30	Невиражена
	5	Виражена
	10	Яскраво виражена
<b>Шкала 6 самоінтерес</b>	5	Невиражена
	8	Виражена
	32	Яскраво виражена
<b>Шкала 7 саморозуміння</b>	14	Невиражена
	13	Виражена
	18	Яскраво виражена

Таблиця В.3

## Описові статистики за аналізованими змінними трьох методик

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ймовірність рхп	45	1,00	21,00	8,1333	5,16808
перфекціонізм на себе	45	37,00	94,00	67,2000	12,28377
перфекціонізм на інших	45	53,00	84,00	70,0444	7,51046
соціально приписаний перфекціонізм	45	33,00	79,00	60,0667	9,44217
інтегральний перфекціонізм	45	155,00	244,00	197,3111	20,64287
Шкала самоповага	45	4,00	14,00	9,7778	2,55742
Шкала аутосимпатії	45	3,00	14,00	10,2444	2,99360
Шкала очікуване відношення	45	4,00	12,00	9,2444	1,76011
Шкала самоінтересу	45	,00	8,00	6,4222	1,64440
Шкала самовпевненості	45	3,00	7,00	5,0667	1,25045
Шкала відношення інших	45	2,00	7,00	5,5333	1,27208
Шкала самоприйняття	45	1,00	7,00	5,6667	1,43019
Шкала самопослідовності	45	1,00	6,00	4,3333	,97701
Шкала самовизначення	45	1,00	8,00	3,9556	1,80851
Шкала самоінтересу	45	2,00	7,00	6,0667	1,38826
Шкала саморозуміння	45	,00	6,00	3,0889	1,27604
інтегральний показник	45	8,00	25,00	18,6000	4,30328
Valid N (listwise)	45				

## Таблиця В.4

## Встановлення типу розподілу даних за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	ймовірність рп	перфекціонізм на себе	перфекціонізм на інших	соціально приписаний перфекціонізм	інтегральний перфекціонізм	Шкала самоповаги	Шкала аутосимпатії	Шкала очікуване відношення	Шкала самоінтересу	Шкала самопевненості	Шкала відношення інших	Шкала самоприйняття	Шкала самоповаги	Шкала самовизначення	Шкала самоінтересу	Шкала саморозуміння	інтегральний показник	
N	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	8,1333	67,2000	70,0444	60,0667	197,3111	9,7778	10,2444	9,2444	6,4222	5,0667	5,5333	5,6667	4,3333	3,9556	6,0667	3,0889	18,6000
	Std. Deviation	5,16808	12,28377	7,51046	9,44217	20,64287	2,56742	2,99360	1,76011	1,64440	1,25045	1,27208	1,43019	,97701	1,80851	1,38826	1,27604	4,30328
Most Extreme Differences	Absolute	,167	,118	,089	,089	,074	,135	,222	,178	,260	,212	,288	,214	,241	,212	,305	,162	,141
	Positive	,167	,063	,070	,061	,074	,068	,112	,137	,169	,129	,157	,176	,181	,212	,251	,128	,109
	Negative	-,095	-,118	-,089	-,089	-,060	-,135	-,222	-,178	-,260	-,212	-,288	-,214	-,241	-,099	-,305	-,162	-,141
Test Statistic	,167	,118	,089	,089	,074	,135	,222	,178	,260	,212	,288	,214	,241	,212	,305	,162	,141	
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003 <sup>c</sup>	,132 <sup>c</sup>	,200 <sup>c,d</sup>	,200 <sup>c,d</sup>	,200 <sup>c,d</sup>	,040 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,001 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,000 <sup>e</sup>	,004 <sup>e</sup>	,026 <sup>e</sup>	

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

**Результати кореляційного аналізу між змінною «ймовірність РХП» та  
шкалами самоствавлення**

Параметри самоствавлення		Розлади харчової поведінки
Шкала самоповаги (I)	коефіцієнт ( <i>r</i> )	<b>-0,345*</b>
	p-value	0,020
	N	45
Шкала аутосимпатії (II)	коефіцієнт	-0,083
	p-value	0,588
	N	45
Шкала очікуваного відносини від інших (III):	коефіцієнт	-0,024
	p-value	0,877
	N	45
Шкала Самоінтерес (IV)	коефіцієнт	-0,114
	p-value	0,457
	N	45
Шкала самовпевненості (1)	коефіцієнт	<b>-0,346*</b>
	p-value	0,020
	N	45
Шкала відносини інших (2)	коефіцієнт	-0,066
	p-value	0,665
	N	45
Шкала самоприйняття (3)	коефіцієнт	-0,040
	p-value	0,794
	N	45
Шкала самопослідовності (4)	коефіцієнт	-0,225
	p-value	0,137
	N	45
Шкала самозвинувачення (5)	коефіцієнт	0,222
	p-value	0,143
	N	45
Шкала самоінтересу (6)	коефіцієнт	-0,042
	p-value	0,782
	N	45
Шкала саморозуміння (7)	коефіцієнт	<b>-0,326*</b>
	p-value	0,029
	N	45
Шкала S (інтегральна)	коефіцієнт	-0,263
	p-value	0,081
	N	45
* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)		
** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).		

Таблиця Г.2

**Результати кореляційного аналізу між шкалами перфекціонізму та  
самостваленням**

Параметри перфекціонізму		перфекціонізм орієнтований на себе	перфекціонізм орієнтований на інших	соціально приписаний перфекціонізм	Інтегральний перфекціонізм
Шкала самоповаги (I)	коефіцієнт (r)	-0,129	-0,053	<b>-0,367*</b>	-0,264
	p-value	0,399	0,731	0,013	0,080
	N	45	45	45	45
Шкала аутосимпатії (II)	коефіцієнт	-0,193	-0,046	<b>-0,304*</b>	-0,270
	p-value	0,204	0,764	0,043	0,072
	N	45	45	45	45
Шкала очікуваного відносини від інших (III):	коефіцієнт	-0,090	-0,128	-0,272	-0,224
	p-value	0,559	0,402	0,071	0,139
	N	45	45	45	45
Шкала Самоінтерес (IV)	коефіцієнт	0,108	0,243	-0,280	0,025
	p-value	0,479	0,107	0,063	0,871
	N	45	45	45	45
Шкала самовпевненості (1)	коефіцієнт	0,119	-0,027	-0,260	-0,058
	p-value	0,436	0,861	0,084	0,705
	N	45	45	45	45
Шкала відносини інших (2)	коефіцієнт	0,154	0,002	-0,277	-0,034
	p-value	0,311	0,988	0,065	0,824
	N	45	45	45	45
Шкала самоприйняття (3)	коефіцієнт	-0,144	0,095	<b>-0,310*</b>	-0,193
	p-value	0,347	0,537	0,038	0,205
	N	45	45	45	45
Шкала самопослідовнос ті (4)	коефіцієнт	-0,265	0,017	-0,195	-0,241
	p-value	0,078	0,914	0,200	0,111
	N	45	45	45	45
Шкала самозвинуваченн я (5)	коефіцієнт	0,255	0,114	0,281	<b>0,322*</b>
	p-value	0,091	0,456	0,062	0,031
	N	45	45	45	45
Шкала самоінтересу (6)	коефіцієнт	0,001	0,161	<b>-0,307*</b>	-0,082
	p-value	0,997	0,291	0,040	0,594
	N	45	45	45	45
Шкала саморозуміння (7)	коефіцієнт	-0,164	-0,138	-0,257	-0,265
	p-value	0,283	0,366	0,088	0,078
	N	45	45	45	45
Шкала S (інтегральна)	коефіцієнт	-0,162	-0,087	<b>-0,469**</b>	<b>-0,343*</b>
	p-value	0,287	0,568	0,001	0,021
	N	45	45	45	45

\* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

\*\* Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця Г.3

**Результати кореляційного аналізу між змінними «ймовірність РХП»  
та шкалами самоствавлення у осіб чоловічої статі**

Параметри самоствавлення		Розлади харчової поведінки
Шкала самоповаги (I)	коефіцієнт ( <i>r</i> )	0,026
	p-value	0,962
	N	6
Шкала аутосимпатії (II)	коефіцієнт	-0,188
	p-value	0,721
	N	6
Шкала очікуваного відносини від інших (III)	коефіцієнт	0,412
	p-value	0,418
	N	6
Шкала Самоінтерес (IV)	коефіцієнт	0,233
	p-value	0,656
	N	6
Шкала самовпевненості (1)	коефіцієнт	-0,139
	p-value	0,793
	N	6
Шкала відносини інших (2)	коефіцієнт	0,226
	p-value	0,667
	N	6
Шкала самоприйняття (3)	коефіцієнт	0,333
	p-value	0,519
	N	6
Шкала самопослідовності (4)	коефіцієнт	-0,438
	p-value	0,385
	N	6
Шкала самозвинувачення (5)	коефіцієнт	0,228
	p-value	0,664
	N	6
Шкала самоінтересу (6)	коефіцієнт	0,346
	p-value	0,502
	N	6
Шкала саморозуміння (7)	коефіцієнт	-0,006
	p-value	0,991
	N	6
Шкала S (інтегральна)	коефіцієнт	0,084
	p-value	0,875
	N	6
* Кореляція значуща на рівні 0,05;		
** Кореляція значуща на рівні 0,01		

Посилання на бланк щоденника харчування: <https://www.credo-oxford.com/6.2.html>