МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ВПЛИВ СІМ'Ї НА ФОРМУВАННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-2-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Канцибка Єва Миколаївна
Керівник: доктор пед. наук, професор,
декан факультету Пономаренко О.В.
Рецензент: д-р пед. наук, професор,
зав. кафедри акторської майстерності
Локарєва Г. В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНЦІ

Канцибці Єві Миколаївні

1. Тема роботи Вплив сім'ї на формування схильності до харчових розладів у підлітків

керівник роботи Пономаренко О.В. д.пед.н., професор

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити аналіз теоретично-методологічних підходів до виявлення, вивчення і формування розладів харчової поведінки у підлітків під впливом сім'ї; визначити головні фактори формування РХП у підлітків; розробити та провести опитування щодо розвитку РХП у сім'ї.

Перелік графічного матеріалу:.7 таблиць, 2 малюнка.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 1	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 2	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 3	Пономаренко О.В., професор		
Висновки	Пономаренко О.В., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Є. М. Канцибка

Керівник роботи _____ О. В. Пономаренко

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 54 сторінки, 7 таблиць, 2 рисунка, 48 джерел, 36 з них іноземною мовою.

Об'єкт дослідження – взаємини підлітка з батьками у контексті формування харчової поведінки.

Предмет дослідження – сімейні відносини як чинник зародження харчової поведінки і прилеглих розладів.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати (обґрунтувати) та емпірично дослідити особливості виникнення розладів харчової поведінки (далі - РХП) у підлітків під впливом сімейного клімату.

Методи дослідження – теоретичні: аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення теоретичних і емпіричних даних з проблеми і емпіричні: тестування (опитування).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження і теоретичне його значення полягає у тому що визначились і проаналізувались теоретичні надбання і дослідження на тему РХП у підлітків і формування розладів харчової поведінки у симбіозі з іншими супутніми розладами.

Галузь використання: навчально-виховні заклади, психологічні консультації, психологічна терапія, позашкільні заклади для підлітків.

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, СІМЕЙНИЙ КЛІМАТ, ФОРМУВАННЯ РХП, СІМЕЙНИЙ ВПЛИВ.

SUMMARY

Kantsybka Ye. M. The influence of the family on the formation of predisposition to eating disorders in adolescents

The qualification work consists of an introduction, three sections, conclusions, and a list of references. The total volume of work is 54 pages. The work is illustrated with 7 table, 2 illustrations. The list of references consists of 48 items, 36 of which are in a foreign language.

The influence of family factors definitely affects the formation of eating disorders in adolescents. Therefore, it is necessary to know exactly what and how it affects the psyche of teenagers and how it can be influenced in order to improve the situation with eating disorders or ARFID.

The object of the study is the adolescent's relationship with his parents in the context of the formation of eating behavior.

The subject of the study is family relations as a factor in the origin of eating behavior and related disorders.

The purpose of the study: to theoretically analyze (justify) and empirically investigate the peculiarities of the occurrence of eating disorders in adolescents under the influence of the family climate.

To achieve the set goal, we need to perform the following defined tasks:

1. To analyze the theoretical foundations of the emergence of RCP in adolescents under the influence of family and society.

2. To determine the main factors of the formation of RCP in teenagers.

3. Develop and process a questionnaire/test regarding the development of eating disorders in the family.

Part 1. «Theoretical foundations of types of eating disorders in teenagers». We analyzed the concepts and classifications of eating disorders and their concomitant mental disorders.

Part 2. «Family and parents as a key factor in the formation of eating behavior in adolescents». The family climate, parenting style and the reflection of family eating habits in the growing up of a teenager were analyzed.

Part 3. «Empirical research (testing) of the influence of family factors on the predisposition to eating disorders in adolescents». An analysis of the obtained results was carried out and, based on them, recommendations were made to prevent the manifestations of RCP in adolescents.

Key words: eating disorders, family climate, formation of eating disorders, family influence.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРО РІЗНОВИДИ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ 11
1.1. Поняття та класифікації розладів харчової поведінки 11
1.2. Індивідуально-психологічні чинники виникнення різних харчових розладів і супутні захворювання 16
1.3. Аналіз досліджень про особливості протікання розладів харчової поведінки у підлітковому віці 23
РОЗДІЛ 2. СІМ'Я І БАТЬКИ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ 29
2.1. Сімейний клімат і традиції як зовнішні чинники впливу на підлітковий психологічний розвиток 29
2.2. Відображення сімейних харчових звичок у дорослішанні підлітка 33
2.3. Вплив батьків на становлення самооцінки дитини/підлітка 36
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ (ТЕСТУВАННЯ) ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ФАКТОРІВ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ 41
3.1. Організація та методики дослідження 41
3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження 42
3.3. Аналіз отриманих результатів у порівнянні з теоретичними даними та попередніми дослідженнями 46
3.4. Рекомендації щодо створення комфортного середовища у сім'ї, аби запобігти проявам розладам харчової поведінки 48
ВИСНОВКИ 52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 55

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному суспільстві питання психологічного і фізичного здоров'я у дітей є досить загостреним. Окрім війни, яка безумовно негативно впливає на зростаючий організм, також, найбільш поширеною проблемою стають розлади харчової поведінки, особливо, у найвразливішого прошарку населення – підлітків. У цьому віці люди досить прискіпливо відносяться не лише до всього, що їх оточує, а й до самих себе. При формуванні світогляду, звичок, поведінки, психіки організм переживає періоди становлення не лише фізично, а й морально, тому у цей етап важлива підтримка сім'ї та найближчих людей.

Розлади харчової поведінки є не причиною, а наслідком. Наслідком «нелюбові» до себе, цькування, булінгу, нереалістичних стандартів краси, які кожен з нас бачить у соціальних мережах, рекламі тощо. І сім'я може як позитивно так і негативно вплинути на самооцінку підлітка, який зростає у таких умовах.

Проблема харчових розладів вивчається і опрацьовується такими всесвітньовідомими психологами і психіатрами: Клер В. Вайзман, Кейт Тчантуріа та інші. Їх статті і наукові роботи не просто надруковані і залишені у журналах, це люди, які дійсно хочуть зрозуміти і не дати зростати розладам харчової поведінки. Недалеко від них пішли і наші, українські психологи, які на сьогодні досліджують це питання і допомагають підліткам прийняти себе і своє тіло. Їх імена не відомі, але це не значить, що вони не можуть вносити великий вклад у боротьбі з цією хворобою.

Такий високий рівень соціальної значимості довів, що актуальність теми «Вплив сім'ї на формування схильності до харчових розладів у підлітків» є завжди. Не тільки зараз чи 10 років тому. Ця проблема актуальна завжди.

Об'єкт дослідження – взаємини підлітка з батьками у контексті формування харчової поведінки.

Предметом дослідження є сімейні відносини як чинник зародження харчової поведінки і прилеглих розладів.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати (обґрунтувати) та емпірично дослідити особливості виникнення розладів харчової поведінки у підлітків під впливом сімейного клімату.

Для досягнення поставленої мети нам потрібно виконати такі визначені завдання:

1. Проаналізувати теоретичні основи виникнення РХП у підлітків під впливом сім'ї і соціуму.
2. Визначити головні фактори формування РХП у підлітків.
3. Розробити та обробити опитувальник/тестування щодо розвитку розладів харчової поведінки у сім'ї.

Методи дослідження:

– теоретичні: аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення теоретичних і емпіричних даних з проблеми;

– емпіричні: тестування (опитування) на тему «Вплив сім'ї на формування РХП у підлітків».

Експериментальна база дослідження. Вибірку респондентів склали 32 людини покоління зумерів (підлітки і молодь) віком від 15 до 25 років з різних міст України.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження і теоретичне його значення полягає у тому що:

– було визначено і комплексно проаналізовано тему впливу сім'ї на формування РХП у підлітків, що дозволило закріпити роль екосистеми сім'ї, виховання, тиску і контролю з боку батьків в розвитку харчових девіацій різного типу;

– удосконалено власне підхід до підлітків з РХП;

– розширено розуміння РХП у симбіозі з супутніми розладами психіки.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається з вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 48 найменувань, 36 з яких іноземною мовою. Загальний обсяг роботи 58 сторінок. Робота містить 7 таблиць і 2 рисунка.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРО РІЗНОВИДИ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

1.1 Поняття та класифікації розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) – це, так би мовити, нездорові стосунки з їжею, своїм тілом і числом на вагах. Ще з 20 століття, приблизно з 80-х років всі види розладів харчової поведінки офіційно признали психологічними розладами, що і понесло за собою низку дослідів і обстежень пацієнтів із симптомами нервової анорексії, булімії та іншими. Не можна сказати, що ці розлади притаманні лише одній соціальній групі або людям певного віку. На розлади харчової поведінки можуть «хворіти» всі без винятку. Іноді, симптоми анорексії або компульсивних переїдань перебігають непомітно, індивідуум несвідомо маскує їх під стиль життя, що може дати можливість захворюванню перейти у «хронічний» стан. Під словами людей, які хворіють на розлади харчової поведінки, можна побачити не відповідність до дій, які вони роблять.

Наприклад, як часто кожному з нас доводилось чути: «Ой, та я дійсно багато їм, просто не набираю вагу, бо у мене гарний метаболізм». У більшості випадків, це зовсім не про метаболізм. Зазвичай, вислів: «багато їм» у таких випадках це навіть не про половину спожитої денної норми поживних речовин.

Далі, розглянемо основні симптоми/ознаки РХП:

Фізичні ознаки:

- занадто струнке, виснажене тіло;
- випадання волосся, крихкі зуби і нігті;
- холодні кінцівки;
- проблеми зі ШКТ, серцем;

– занадто об’ємне тіло;

– різка зміна ваги (працює у обидві сторони);

– позиви до блювання після прийому їжі (при занедбаний стан булімії).

Морально-психологічні ознаки:

– почуття провини після їжі;

– постійний підрахунок калорій;

– низька самооцінка;

– дисморфофобія;

– нав’язливі думки про їжу, про тіло;

– маніакальна фаза БАР;

– романтизація розладів харчової поведінки;

– апатія, тривожність, емоційні зриви, агресія;

– нарцисична травма («я недостатньо»).

Компенсаторні/компульсивні ознаки:

– неусвідомлене переїдання;

– неусвідомлене уникання їжі;

– усвідомлений виклик блювотного рефлексу;

– зловживання медикаментами для зігнання набряків/схуднення.

Поведінкові ознаки:

– «завжди їси при інших, але нічого не з’їдаєш»;

– зміна кола спілкування;

– уникання місць, де можна «зірватися».

Це не всі, але основні ознаки РХП, за допомогою яких можна зрозуміти який тип РХП вже присутній у психіці людини. Ці симптоми несуть собою загрозу здоров’ю. Найбільше страждає шлунково-кишковий тракт, серце, психологічне здоров’я. Через виснаження організму дієтами (або ж навпаки, постійними компульсивними переїданнями внаслідок обмеження певних продуктів) можуть відбутися непоправні процеси, які назавжди змінять

психіку, стан внутрішніх органів, а у жінок ще й репродуктивну систему.

Розлади харчової поведінки – це зазвичай комплексна проблема, яка поєднує в собі психологічні, емоційні, фізичні та поведінкові прояви. При ігноруванні даних симптомів можуть бути тяжкі наслідки, також і летальні.

Класифікація розладів харчової поведінки відіграє важливу роль у системі сучасної клінічної та психологічної діагностики. Вона спирається на міжнародно визнані діагностичні системи, такі як DSM-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, 2013) DSM-5-TR (оновлена версія, 2022) та ICD-11(англ. International Classification of Diseases, Eleventh Revision, 2022).

За допомогою класифікації розладів харчової поведінки систематизація всіх знань про ці хвороби дає змогу спеціалістам визначити різні типи порушень і забезпечити правильне і відповідне лікування.

Наприклад, кожен тип РХП має свої психологічні особливості. При булімії зазвичай пріоритетом буде відновлення фізичного стану і робота з контролем імпульсів, які дають блювотний позив.

Для кожного типу РХП є свої методології, за допомогою яких можна розробити детальний і індивідуальний план лікування. Також, за допомогою класифікацій хвороб, всі спеціалісти мають змогу використовувати однакові критерії для поставлення діагнозу й брати приклад з кейсів своїх колег, що дає змогу не тільки глибше розуміти сутність проблеми, а й ефективно оцінити ризики, можливість рецидивів певного захворювання, тривалість реабілітації.

Класифікація розладів харчової поведінки – це також свого роду «офіційне підтвердження» такого типу захворювань. У сучасному суспільстві зустрічається багато осуду з боку колег, однокласників, родичів тощо, які просто не можуть зрозуміти стану людини, яка знаходиться під «впливом» РХП, що може тільки посилити певні симптоми. Тож, класифікація виступає такою собі обороною від стигматизації осіб, які таким чи іншим чином пов’язані з розладами харчової поведінки.

Якщо ж розбирати основні види розладів харчової поведінки, то можна виділити саме такі: нервова анорексія, нервова булімія, компульсивні переїдання, пікацизм, румінаційний розлад, обмежувальний розлад споживання їжі.

Нервова анорексія – найвідоміший і один із найнебезпечніших видів РХП. Прогресуюче зниження ваги, зміна гормонального фону, емоційні зриви, тьмяний вигляд – це все «показники», що людина хвора на нервову анорексію. Виникає вона зазвичай поступово, але з часом набираючи обертів. Також, у НА є супутні психологічні розлади, такі як тривожність, сонні паралічі, галюцинації. У DSM-5-TR виділяють обмежувальний підтип анорексії, коли домінує відмова від їжі, та підтип із переїданням і очищенням, для якого характерне чергування обмежень і компенсаторної поведінки.

Нервова булімія як нервова анорексія, але з «додаванням» таких моментів як навмисне блювання після їжі або пиття, щоб організм не встиг прийняти поживні речовини. Булімія – це як покарання себе за зрив. Морально наче голод втамований, але фізично шлунок залишається пустим. Такий обман свідомості несе собою дуже сильні пошкодження шлунково-кишкового тракту, постійне відчуття провини і може призвести до того, що шлунок перестане сприймати їжу взагалі.

Розлад компульсивного переїдання дечим може бути схожий на булімію, але все ж таки КП це більше про неконтрольоване бажання їсти без почуття фізичного голоду. Цей розлад може бути пов’язаний з ожирінням та апатичним станом, так як людина постійно відчуває сором за свої дії. Компульсивні переїдання можуть доходити до того, що людина може почати їсти із смітника або ж продукти, у яких вийшов термін придатності.

Пікацизм зустрічається рідше, але майже кожен другий випадок приводить до лікарні. При пікацизмі людина вживає у їжу неїстівні продукти. Це може бути волосся, ґрунт, глина, нігті. Це малопов’язано з саме тими розладами, які ми розглядаємо, але саме такий тип РХП визваний емоційною напругою чи нестачею вітамінів у організмі.

Румінаційний розлад характеризується повторним регургітуванням уже проковтнутої їжі, яку людина знову пережовує, ковтає або випльовує. Така поведінка не пояснюється медичними причинами і зазвичай має психологічне підґрунтя, зокрема у відповідь на тривогу чи нестачу уваги.

Унікальний або обмежувальний розлад споживання їжі (ARFID) відзначається значним униканням певних продуктів або обмеженням харчування без прагнення схуднути. Причинами можуть бути страх перед задушенням, відраза до текстури або запаху їжі. Цей розлад часто виникає у дитячому чи підлітковому віці й може призводити до дефіциту поживних речовин та соціальної ізоляції. Також, цей розлад є одним із показників РАС, тому дітей і підлітків із таким симптомом перевіряють більш ретельно.

До категорії інших уточнених або неуточнених розладів харчової поведінки належать випадки, коли симптоми не повністю відповідають критеріям конкретного діагнозу, але мають клінічне значення. Сюди відносять атипову анорексію (всі симптоми анорексії, але без критично низької ваги), булімію низької частоти (відбувається періодами або триває незначну кількість часу, нічне переїдання або орторексію – нав’язливу зосередженість на «здоровому» харчуванні, яка поки не має офіційного діагностичного статусу, але активно вивчається сучасними науковцями. Також, можна зазначити, що у наш час людей з орторексією (зазвичай жінок) у соціумі називають almond mom, що у перекладі з англійської означає мигдалева мама. Цей термін з’явився, коли у жінок з недіагнозованим РХП почали народжуватися діти. І вони під впливом своїх упереджень щодо краси і худорлявості починають тримати свою сім’ю на жорстких дієтах, прививаючи своїм дітям нездорові харчові звички і переконання, що гарною людина може вважатися тільки тоді, коли вона худорлявої статури.

Отже, підсумовуючи, можна сказати, що всі типи РХП тісно пов’язані одне з одним. Чи то у нервовій булімії можна побачити відголоски пікацизму чи у нервовій анорексії відголоски компульсивних переїдань. Визнання цих розладів у сучасних міжнародних класифікаціях сприяє більш точній

діагностиці, ефективнішому лікуванню та глибшому розумінню їх психологічної природи. Тому, кожен з випадків, коли людина хворіє на розлади харчової поведінки повинен розглядатися у суто індивідуальному порядку, аби точно визначити всі симптоми і підібрати найкраще лікування, яке точно допоможе вийти у ремісію, хоча це дуже довга і кропітка робота як спеціаліста так і пацієнтки/пацієнта. Бувають випадки, коли РХП «повертається», але більшість спеціалістів впевнені, що розлади харчової поведінки можна вивести у ремісію, але ніколи не вдасться вилікувати назавжди всі ті травми фізичні і психічні, які наносить РХП.

1.2 Індивідуально-психологічні чинники виникнення різних харчових розладів і супутні захворювання

Проблема харчових розладів має не лише соціальний чи біологічний характер, але насамперед глибокий психологічний контекст. Кожна людина, а особливо підлітки, переживає особисті внутрішні труднощі і конфлікти, має специфічні установки і унікальні емоційні реакції, які можуть створити сприятливий ґрунт для розвитку харчових розладів. Підлітки, особливо дівчата, найбільш вразлива група людей, яка зазвичай потерпає від анорексії, дистрофії, бумілії тощо. Одним із ключових психологічних факторів є низька самооцінка. Підлітки, які не приймають своє тіло, часто прагнуть відповідати ідеальним стандартам зовнішності, нав’язаним медіа чи соціумом. Але чи має це сенс? Напевно, кожен приходить до своїх висновків. А так як під час гормональних сплесків у віці 12-17 років у психіці може панувати гіперболізація, то таке прагнення ідеалу з часом проявляється у строгому контролі харчування, надто жорстких дієтах або, навпаки, у втраті контролю над вживанням їжі. Також, може відігравати свою роль і зародження перфекціонізму, яке буде все більше і більше підштовхувати підлітка до ідеальності (у його розумінні). Перфекціонізм сам по собі не наскільки небезпечний «на самоті», як у парі з анорексією. Такий дует по-справжньому

може наражати на неконтрольовані дії по відношенню до свого тіла, а саме: виснажливі, багаторазові тренування, голодовки, шкідливі масажі і так далі. У такому випадку, досягнення поставлених цілей підлітком буде сприйматися перемогою над собою або ж самоствердженням, що і далі буде провокувати розквіт анорексії і супутніх захворювань.

До психологічних чинників належить також емоційна нестабільність. Підлітки з підвищеним рівнем тривожності, схильністю до депресії або обсесивних думок часто використовують їжу для регулювання свого емоційного стану. Це може призвести як до анорексії так і до компульсивних переїдань. У таких випадках їжа виступає або джерелом розради або нагороди за щось (як у випадках компульсивного переїдання), або об'єктом контролю (як при анорексії).

Таким чином, харчова поведінка виконує компенсаторну функцію: замість проживання емоцій людина фіксується на контролі свого тіла, раціону чи ваги. І все це відбувається по колу. Анорексія може змінювати ролі разом з КП. Тобто, місяць людина тримається на мінімальних поживних речовинах, майже не їсть, але після декількох випадків КП приходить епізод «заїдань», що призводить до швидкого набору ваги, нестабільного емоційного стану і сильних фізичних болей. Але що ж або може повпливати на підлітка, якщо зосередися на підтримці оточуючих? Звичайно однолітки. Суттєвий вплив на формування харчових розладів мають і труднощі у міжособистісних стосунках або ж навпаки ті ж самі міжособистісні стосунки можуть стати дуже сильною опорою для психіки ще не зовсім дорослої людини. Підлітки, які відчувають брак підтримки, переживають відчуження чи стикаються з надмірним тиском з боку близького оточення, нерідко обирають деструктивні підходи до саморегуляції. Це може проявлятися у спробах привернути увагу через зміну своєї зовнішності або повернути контроль над життям через маніпуляцію харчуванням. Також, має місце і бажання стати краще за кривдників, аби доказати їм свою приналежність до групи. Всі ці варіанти ведуть до нестабільної самооцінки і у майбутньому до нарцисичної травми.

Варто також зазначити роль темпераменту. Люди з рисами інтровертованості, ригідністю або схильністю до тривожності частіше схильні до обмежувальних типів харчової поведінки, тоді як імпульсивні та емоційно нестабільні індивіди частіше переживають епізоди переїдання чи булімії.

Отже, психологічні чинники відіграють вирішальну роль у виникненні та закріпленні харчових розладів. Саме вони визначають як форму прояву хвороби, так і її перебіг та ефективність лікування. Тому під час психокорекції вкрай важливо враховувати особистісні особливості підлітка, ступінь сформованості його самооцінки, рівень емоційної зрілості та сприйняття соціальних стандартів і впливу та супутні психологічні відхилення. Такий комплексний підхід допомагає не лише ефективніше лікувати захворювання і запобігати його розвитку на ранніх стадіях, а й може викорінити і ті психологічні проблеми, які можуть впливати на формування розладів харчової поведінки як зараз так і у майбутньому.

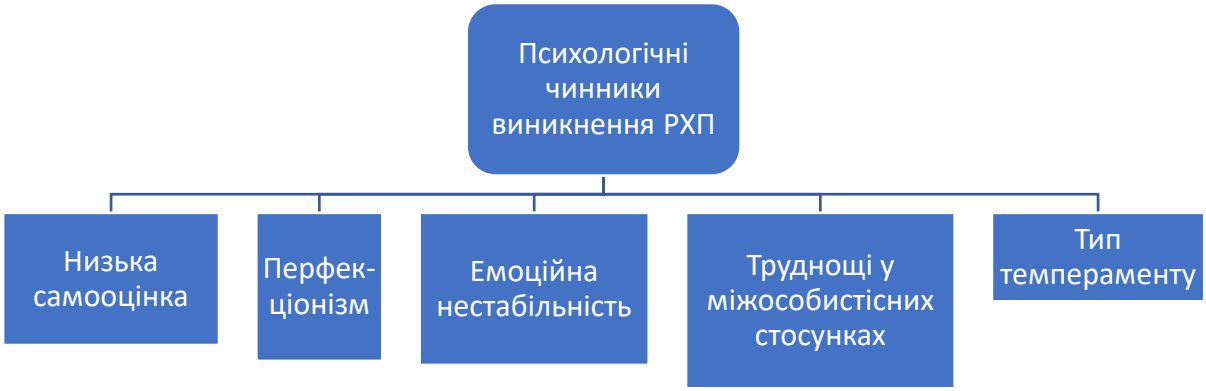


Рисунок 1.1 – Психологічні чинники виникнення розладів харчової поведінки

Також, розглянемо дослідження, яке показує скільки підлітків стикаються із супутніми розладами під час анорексії. У статті «A glance into psychiatric comorbidity in adolescents with anorexia nervosa or OSFED» або ж

«Погляд на супутню психіатричну патологію у підлітків з нервовою анорексією або іншими специфічними розладами харчової поведінки» зазначено, що у цьому дослідженні, проведеному в Італії (університет Луїджі Ванвітеллі, кафедра дитячої та підліткової психіатрії), аналізували супутні (коморбідні) психологічні розлади у підлітків, хворих на нервову анорексію або OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder). У вибірці було 72 учасники, з яких 62 (86,1 %) – дівчата, і 10 (13,9 %) – хлопці.

Таблиця 1.1 – Супутня психіатрична патологія у підлітків з РХП

Показник	Кількість/%	Опис
Кількість учасників	72	Кількість підлітків з анорексією чи іншими розладами харчової поведінки
Дівчата	62 (86,1%)	-
Хлопці	10 (13,9%)	-
Соціально-тривожний розлад	52,8%	Найчастіший супутній розлад
Депресивні розлади	41,7%	Часто поєднується з анорексією
Генералізований тривожний розлад	19,4 %	Менш значний відсоток, але розлад присутній
Інші супутні порушення	10-15% (приблизно)	Виявлялися рідко

Як можна побачити у таблиці, великий відсоток підлітків мають супутні захворювання, такі як депресія, компульсивно-обсесивний розлад, тривожний розлад. Але чи справді це супутні розлади, а не «основні»? Які і допомогли розвитку РХП. Для того, аби дізнатися такі подробиці, зазвичай мало одного дослідження. Потрібно проводити довгі сесії з кожним підлітком із захворюваннями пов’язаними з харчовою поведінкою і розбирати індивідуальні психологічні чинники, які вплинули як і на появу анорексії так і на появу супутніх розладів.

Дослідники застосували низку психодіагностичних інструментів, серед яких *Children's Depression Inventory* (CDI) для оцінки рівня депресії, *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) для вимірювання соціальної тривожності, а також структуроване клінічне інтерв'ю для встановлення діагнозів відповідно до критеріїв DSM-5. Так як результати показали високий рівень коморбідності між анорексією і супутніми захворюваннями, можна зробити висновок, що коморбідні розлади часто і значно ускладнюють лікування розладів харчової поведінки. Підлітки із такими супутніми захворюваннями як депресія або тривожний розлад демонструють меншу готовність до змін, вони більш скептично відносяться до терапії і у них більша вірогідність рецидивів. Ці висновки мають важливе значення для практичної психології, адже підтверджують необхідність комплексного підходу, який поєднує роботу не лише з харчовою поведінкою, а й з емоційним станом, особистісними установками та соціальним середовищем підлітка.

У висновках дослідження було зазначено, що дівчата більш схильні до соціальної тривожності, а хлопці – до імпульсивності і уникаючої поведінки. Це ще раз доказує, що формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці має унікальні психологічні чинники, вплив сім'ї і оточення, загальної атмосфери середовища у якому існує підліток. І що лікування повинно поєднувати психотерапевтичні, сімейні та психоосвітні інтервенції.

Такі результати досліджень є дуже цінними для українського суспільства і наших спеціалістів, адже вони орієнтують практичних психологів на раннє виявлення супутніх тривожних і депресивних симптомів у підлітків із порушеннями харчової поведінки, а також на активну роботу з їхнім сімейним оточенням. Батькам також важливо приділяти увагу пізнанню наукових статей, досліджень, наукової літератури, якщо вони хочуть допомогти своїм дітям, які опинились у такому скрутному становищі.

Так, звичайно, це не швидке діло, і може знадобитися багато часу і нових знань, аби побачити перші результати, але для підлітка це буде показником найвищої підтримки [44].

Також, у сучасних психологічних і психіатричних дослідженнях часто аналізують і вивчають взаємозв'язок розладів харчової поведінки і розладів аутистичного спектру (РАС). Обидва ці варіанти досить складні та багатофункціональні.

Зазначається, і більшість науковців вважало, що розлади харчової поведінки більш притаманні жінкам, а розлади аутистичного спектру – чоловікам, але після низки досліджень, можна зробити висновок, що не все так просто і ці розлади не можна поділити на фемінні і маскулінні. Виявляється, що багато жінок, які мають аутистичні риси дізнаються про них через виявлені і діагностовані РХП. Як так виходить? По статистиці на 2020 рік, автори зазначають, що традиційно співвідношення поширеності розладу аутистичного спектра між чоловіками та жінками становить приблизно 3–4:1, тобто хлопців діагностують у три-чотири рази частіше, ніж дівчат. Але це скоріш були результати невірні, бо зазвичай, коли діагностують РАС, важко помітити їх у дівчат, так як жіноча стать має кращі навички «маскінгу» і вони краще імітують прийнятну соціальну поведінку. Тому, дівчата часто залишаються недіагностованими або їх розлади аутистичного спектру знаходять у дорослому віці.

А у найгіршому випадку, дівчата і жінки зовсім не отримують правильного діагнозу, який насправді б дуже повпливав на їх життя і ті деякі речі, які залишались для них незрозумілими або ж дивними.

Тобто виходить так, що жінки можуть пів життя лікуватися від апатії, депресії, тривожності, біполярного розладу (які іноді і провокують РХП), а насправді мати просто неправильні діагнози.

Соціальні норми поведінки для жінки наче диктують із самого народження: «Ти повинна бути ввічлива, кмітлива, терпляча, емоційна» і від цих упереджень жінки з РАС починають жити не своїм життям, тобто підстроюючись під уявлення інших. А як же це зв'язано з РХП? У дитинстві може з'явитися певна вибірковість у їжі, перші думки на тему: «А ким я здаюсь серед інших?», «Я не відчуваю себе у своєму тілі». Це формує

неприйняття себе як і зовнішньо так і внутрішньо. Тому, можливо й таке, що жінки нерідко самі того не помічаючи розвивають у собі анорексію, аби хоч якось контролювати своє тіло не по «правильному», а так як відчуваєш.

Вивчення взаємозв'язку між аутистичними рисами та розладами харчової поведінки має не лише теоретичне, але й практичне значення. Воно дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми цих розладів, розробити адаптовані стратегії діагностики та терапії, а також підвищити ефективність психокорекційних програм. Особливої актуальності це набуває в контексті підліткового віку – періоду, коли формуються базові моделі самооцінки, харчової поведінки, тілесної ідентичності і розуміння світу. Тому, вивчення цього «симбіозу» є досить важливим, бо такі діагнози як РХП і наявність аутистичних рис у поєднанні можуть нести собою більш важкі і безповоротні наслідки як і для психіки так і для організму і соціальної адаптованості підлітка до життя в цілому [43].

Нижче приведена таблиця, аби зрівняти ознаки розладів харчової поведінки і розладів аутистичного спектру, визначити їх «схожість».

Таблиця 1.2 – Спільні риси розладів харчової поведінки і розладів аутистичного спектру

Ознаки	Чи властиво особам з РХП	Чи властиво особам з РАС	Спільні риси
Вибір або уникнення певного виду їжі	так	так	Уникнення певного продукту через його калорійність, нестабільний смак, неприємну текстуру
Соціальна тривога, маскінг	так	Так	Уникнення людей, переважний прийом їжі на самоті
Не сприйняття свого тіла	так	50/50	У більшості жінок поєднується з аутистичними рисами, але не завжди

Продовження таблиці 1.2

Ритуали при вживанні їжі	так	Так	Можуть бути патернами контролю або ж ознакою РАС. При РХП такі ритуали можливі, аби спробувати обдурити смакові рецептори і вжити менше їжі або менш калорійну
Сенсорна гіперчутливість до їжі	50/50	Так	Небажання вживати деякі продукти через їх текстуру
Дивний емоційний стан	Так	Так	Можливе постійне відчуття втоми, нав'язливих думок, підвищена тривожність і апатія.

Як висновок, можна зауважити, що розлади харчової поведінки є багатофункціональними і майже завжди вони супроводжуються супутніми психічними станами, серед яких і розлади аутистичного спектру, апатія, тривожність різного типу, обсесивно-компульсивні розлади і так далі.

Отже, співіснування РХП із іншими видами розладів це важливий показник того, як важливо робити правильну діагностику і індивідуалізацію програм корекції.

1.3 Аналіз досліджень про особливості протікання розладів харчової поведінки у підлітковому віці

Підлітковий вік вважається одним із ключових етапів становлення особистості. Підлітки у всі часи були досить вразливими емоційно, психологічно і фізично. У віці з 12 до 17 років у нашому організмі відбуваються зміни, які несуть собою деякі гормональні коливання, суттєві

зміни зовнішнього вигляду тіла і обличчя. Не дарма підлітковий вік називають етапом стабілізації, бо саме всі життєдіяльні процеси починають функціонувати як у дорослих людей, змінюються і психоемоційні стани, які неодмінно можуть повпливати на самосприйняття у такі нелегкі для психіки часи.

Що нам відомо про сучасних підлітків, окрім того, що вони постійно пропадають у соціальних мережах? Майже нічого, бо їх більшість надає перевагу режиму «інкогніто». Чому саме так? У розквіт соціальних мереж, який відбувається десь приблизно з 2013-2014 років і до сьогодення, стало популярно видозмінювати свою зовнішність за допомогою штучного інтелекту, фотошопу та інших програм, які дають насолодитися найкращою версією себе. Але деякі користувачі соцмереж роблять це так філігранно, що все видається правдою. А так як основною цільовою аудиторією соцмереж є саме підлітки, це не може не впливати на їх самооцінку, світогляд, позиціонування себе серед однолітків тощо. Більшість підлітків потайливі саме через страх видатися не такими, через страх не виправдати своїх і чужих сподівань. Але найстрашніше у цій потайливості те, що вона є і у емоційному фоні. Більшість підлітків не діляться своїми проблемами із дорослими або батьками, що і може призвести до поганих наслідків, таких як розлади харчової поведінки. Саме такі соціальні, сімейні і медіа чинники можуть стати початком розвитку дисморфофобії, що у подальшому веде до нервової анорексії, КП, булімії та інших видів/підвидів РХП.

Якщо ж розглядати особливості протікання розладів харчової поведінки у підлітковому віці, то можна загострити увагу на одній вагомій деталі. Перший крок, який у майбутньому може призвести до РХП – це бажання трохи схуднути, але є нюанси. Схуднення підлітків і дітей це робота для спеціалістів нутриціологів/дієтологів, які точно знають який раціон і фізичні вправи краще підійдуть певній людині. У такому віці підлітки не завжди можуть зрозуміти, коли «достатньо» і через появу внутрішніх конфліктів у результаті можуть з’явитися нав’язливі думки щодо скидання ваги, контролю калорій, відмов від прийомів їжі, страху повноти.

Багато відомих спеціалістів розбирають РХП саме з боку допомоги підліткам, які стикнулись з цим. Дослідники Роберто Далле Граве та колеги (R. Dalle Grave et al.) у своїй статті доказали, що за останні роки зростає доказова база на користь адаптацій когнітивно-поведінкової терапії (CBT-E) для підлітків з різними формами РХП, особливо коли сімейна терапія протипоказана або неефективна. Це підкреслює необхідність індивідуалізації підходів у підлітковому віці.

Також, у цьому дослідженні під назвою «Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: development, effectiveness and future challenges» впровадження вдосконаленої когнітивно-поведінкової терапії (CBT-E) для підлітків віком 12–17 років, які стикаються з розладами харчової поведінки. Дослідники додають, що спочатку ця методика була розроблена для людей старшого віку, але при внесенні деяких змін її можна застосовувати і для підліткового віку. До таких змін належать акцент на мотиваційній роботі, сприяння участі підлітків у прийнятті рішень, а також помірне включення батьків у терапію як партнерів, при цьому зберігаючи пріоритет автономності самого підлітка. Але важливо не включати батьків занадто сильно. Підліткам потрібно самим вчитися самостійній роботі над собою. Особлива увага в статті приділяється потенціалу CBT-E в ситуаціях, де сімейна терапія (FBT) недоступна, неприйнятна або не демонструє бажаних результатів. Зібрані дані свідчать про те, що через шість і дванадцять місяців після завершення лікування рівень ефективності CBT-E та FBT є більш менш схожим. Проте автори окреслюють низку проблем, які необхідно вирішити. Це включає проведення рандомізованих контрольованих випробувань для детального порівняння CBT-E та FBT у підлітків, дослідження чинників, які впливають на варіативність ефективності терапії, а також розробку підходів до адаптації методу у випадках, коли очікувані результати не досягаються. Отже, маємо таку таблицю:

Таблиця 1.3 – Дослідження чинників, які впливають на варіативність ефективності терапії

№	Дослідження	Кількість учасників	% завершеного лікування	% результату відразу	% результату через 20 тижнів
1	Dalle Grave R. et al., 2019 – амбулаторне лікування анорексії	49	71,4%	-	-
2	Dalle Grave R. et al., 2024 – інтенсивне лікування підлітків	51	83,4%	73,5%	55,9%

Отже, дослідження, яке було проведено 2019 року проводилося з використанням амбулаторної програми CBT-E. У підлітків, вага яких не була критичною, програма тривала 20 тижнів. У підлітків, вага яких була на низькому індексі маси тіла, програма тривала від 30 до 40 тижнів. Інша ж програма відновлення була більш інтенсивна, тому у 2024 році під час дослідження всі підлітки проходили лікування 20 тижнів. Їх стан оцінювали відразу після завершення програми і через 20 тижнів після, аби зрівняти результати.

Як висновок до цього аналізу досліджень можна сказати, що інтенсивна CBT-E (2024 р.) показала вищий рівень завершення лікування, швидше відновлення ІМТ і стійкі результати через 20 тижнів після завершення терапії. Амбулаторне лікування також показало гарні результати, але воно не розраховано на важкі випадки РХП.

Це дослідження якнайкраще демонструє, що підлітки мають так звану психологічну пластичність, яка дає змогу швидко змінювати когнітивно-поведінкові патерни. Як і всі учасники зазначених вище досліджень,

підліткам легше переосмислити відношення до їжі, до тіла, але це можна зробити при наявності позитивного середовища, яке буде служити підтримкою психіки підлітків з РХП. Важливу роль у перебігу РХП у підлітків також відіграє сімейне середовище. Як показують дані Calugi et al. (2024), рівень сімейної підтримки безпосередньо впливає на успішність лікування: підлітки, які мають довірливі стосунки з батьками, значно частіше завершують терапію і демонструють стабільніше відновлення. Натомість конфліктні або надмірно контрольні відносини з боку батьків часто ускладнюють процес лікування та підвищують ризик рецидиву. Також, впливає і підсвідоме. Якщо підліток відчуває, що за нього не переймаються або переймаються занадто, це може спровокувати відкат у терапії або лікуванні. Тож батькам також потрібно проходити сесії з психологом аби навчитися розуміти свою дитину і як з нею ладнати вже після пережитих розладів, щоб спроектувати максимально комфортне середовище для спілкування і будування відносин.

Особливості протікання РПХ у підлітків дівчаток більш різносторонні. Так як ми живемо у патріархальному суспільстві, до жінок із дитячого віку є досить великий список того, що вони «повинні» вміти робити, як виглядати, як розмовляти і так далі. У чоловіків, у тому числі підлітків хлопців, завищенні вимоги до жіночої статі, а особливо до тіла і обличчя. Так склалися обставини, що жінок ототожнюють з поняттям краси, тому більшість підлітків дівчаток, які хочуть подобатися протилежній статі, можуть перейматися щодо свого зовнішнього вигляду. Як відомо, підлітки досить чутливо відносяться до певних речей і хочуть бути приналежним до певної «касти». І деякі, саме через такі бажання, потрапляють у пастку РХП і супутніх розладів, які не дають нормально жити і функціонувати. Якщо раптом, дівчина підліток попаде під вплив/булінг протилежної статі або мізогінних жінок її відношення до себе зміниться і вона може почати «покращувати» себе аби бути такою, якою її хоче бачити суспільство. У хлопців ситуація не краща, але менш плачевна. Підлітки чоловічої статі

можуть мати РХП, але у більшості це розлади, які спрямовані на «тестостеронове», накачане тіло. Знову ж таки, як заведено у ідеальному соціумі. І знову ж таки, зазвичай це відбувається із-за булінгу або порівняння себе з іншими. Тому, одна з найвизначніших особливостей РХП у підлітків - це соціальне оточення. Вплив соціальних мереж, ідеалів зовнішності та думки однолітків часто виступає тригером для формування або повернення симптомів розладів. Саме тому у дослідженні Calugi et al. (2024) було передбачено період спостереження після лікування тривалістю 20 тижнів, що дозволило зменшити ризик рецидиву завдяки продовженню психологічної підтримки від авторитетних дорослих. Це дуже гарний прийом, який дозволяє підліткам адаптуватися до нових реалій життя.

Загалом результати досліджень засвідчують, що перебіг РХП у підлітковому віці є більш динамічним, ніж у дорослих, однак водночас потенційно оборотним. Висока адаптивність психіки, поєднана з належним сімейним та терапевтичним супроводом, створює сприятливі умови для стійкого одужання. Таким чином, підлітковий період розглядається як критичне, але водночас оптимальне вікно можливостей для корекції розладів харчової поведінки. Але, також не маловажливий фактор – це своєчасне звернення до спеціалістів, щоб уникнути глибоких симптомів розладів харчової поведінки, депресій і летальних випадків.

РОЗДІЛ 2
СІМ'Я І БАТЬКИ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

2.1 Сімейний клімат і традиції як зовнішні чинники впливу на підлітковий психологічний розвиток

Підліткові розлади харчової поведінки напряму зв'язані із найголовнішим пунктом комфортного зростання і становлення – сім'єю. Сімейний клімат є основою для психологічного розвитку дитини, його емоційної стабільності під час дорослішання, гарної або ж, навпаки, занедбаної самооцінки, поведінки у соціумі (школі, на подвір'ї і так далі). Сімейна підтримка і розуміння дитиною, що є близькі люди, які завжди прийдуть на допомогу і дадуть ту саму довгоочікувану любов, дає їй змогу бути собою і не шукати цей ресурс у інших людей. Дитина, а, особливо, підліток, потребують цього найбільше, хоч і дуже часто просто не показують і не говорять про це. У період зростання і активне становлення свого «Я» родинне середовище відіграє важливу роль для підлітка. Сім'я і найближчі родичі можуть вплинути на підлітка так сильно, що й самі не розуміють, яку колосальну шкоду можуть нанести одним «неправильно» використаним словом у сторону юнаків та дівчат, або ж навпаки, підняти самооцінку і врятувати від незгод. Так як «старші» у сім'ї зазвичай мають певний авторитет, то до їх слів прислуховуються, навіть на підсвідомому рівні. Тому, варто розуміти, що слова можуть поранити так само сильно, як і фізичні каліцтва, особливо, таких емоційних, вразливих підлітків-максималістів.

Сімейні традиції є основою для багатьох сімей як в Україні так і за її межами. Традиції передаються від покоління до покоління, що і придає їм особливу значущість. Є традиції, які зумовлюють застілля, сімейні вечері або ж сумісні вихідні, які також передбачають вживання різних продуктів. Такі

традиції сприймаються як щось світле, душевне і те, що має свій певний символізм. Але у випадках, коли у родині присутня негармонійна атмосфера і зневага, то подібні застілля можуть нести стресовий характер для підлітків, особливо для тих, хто вже має схильність до контролю їжі через вплив сім'ї. Багато консервативних батьків і старших родичів досить суворо відносяться до прийомів їжі дітей і підлітків, аргументуючи це тим, що пережили вони самі, а саме такі страшні ситуації як голод або дефіцит. Але це не дає права їм якось змушувати підлітка «доїдати все». Такі маніпуляції і гіперконтроль зі сторони дорослих дуже відбиваються на психіці зростаючого організму, переростаючи не тільки у анорексію та компульсивні переїдання, а й в обсесивно-компульсивний розлад. Також, ще одним мінусом таких традицій і застіль є обговорення одне одного і порівняння. Бувають випадки, коли хтось може дозволити собі неслушний коментар щодо зовнішності, характеру чи ваги, а саме: «тобі треба менше їсти, бо зовсім розтовстієш», «подивись на свою подругу, яка вона красуня, так стежить за собою». Такі порівняння ведуть до самокопань підлітків, самооцінка порушується і це також може повпливати на відносити з людиною, з якою порівнюють [6; 9].

Варто врахувати, що у нашій країні такі традиції зосереджені загалом на прийомі їжі. У багатьох сім'ях більшість орієнтується на споживанні страв, а не на спілкування, тому це формує спотворене сприйняття їжі, надаючи їй надмірну значимість як джерела задоволення, способу втішення чи прояву любові. Для підлітків із нестабільною емоційною сферою такий підхід може спричиняти емоційне переїдання, яке вони використовують для боротьби із тривогою, нудьгою чи самотністю.

Далі, розглянемо та проаналізуємо дослідження «Perspectives of Parents and Adolescents on Weight-talk and Meal Contexts» аби дізнатися як респонденти відносяться до розмов із сім'єю про вагу, про стиль харчування.

У дослідженні Puhl R. et al. – «Perspectives of Parents and Adolescents on Weight-talk and Meal Contexts» (Nutrients, 2022) у перекладі «Відношення батьків і підлітків до розмов про вагу та харчування» йдеться про особливості

спілкування в сім'ї під час спільних прийомів їжі та їхній вплив на психологічне благополуччя й харчову поведінку підлітків. Автори відзначають, що сімейні обговорення, які стосуються ваги, дієт чи зовнішності, часто мають негативні наслідки для самооцінки дітей і можуть стати одним із факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки. Автори зазначають, що підлітки, які постійно чують образи, коментарі стосовно свого тіла або ваги частіше повідомляють про те, що вони не люблять себе, вони сидять на жорстких дієтах і у них бувають прояви компульсивних переїдань. Нижче приведено дослідження на тему впливу розмов про вагу за сімейними вечерями чи застіллями з цього проєкту, у якому взяла учать 1031 людина.

Таблиця 2.1 – Результати дослідження впливу сімейних розмов про вагу на формування РХП у підлітків (за даними Puhl R. et al., 2022, Nutrients, 14(4):762)

Показник	Значення/Результат	Опис
Кількість учасників	1031 (543 підлітки, 488 батьків)	Представники зі всього дослідження, які мали weight-talk
Вік підлітків	12–17 років	У ці роки підвищена вразливість до соціального впливу як зі сторони близьких так і сторонніх людей
Батьки, які коментують вагу підлітків	38%	Регулярні розмови про вагу підвищує ризик РХП у 3-4 рази
Підлітки, які відчують тиск під час сімейних застіль	27%	Цим підліткам некомфорт-но розмовляти про свій зовнішній вигляд або вагу
Підлітки з ознаками РХП при наявності weight-talk	31%	Найчастіше зустрічаються випадки компульсивного переїдання або нервової булімії

Продовження таблиці 2.1

Підлітки з підтримуючими сімейними стосунками	42% менший ризик РХП	Такі підтримуючі відносини між підлітками і батьками виступають захисними чинниками від РХП
Кореляція між негативними сімейними коментарями та РХП	$r = 0.47$, $p < 0.01$	Можна прослідкувати, що зв’язок між контролем батьків і харчовими розладами вище середнього, що впливає на формування РХП
Частота спільних прийомів їжі	4–5 разів на тиждень (у середньому)	У сім’ях, де батьки із розумінням відносяться до підлітків і не контролюють їх вагу, такі
Типові емоційні реакції підлітків на weight-talk	Тривожність, сором	Психоемоційна нестабільність, яка підкріплена контролем і впливом батьків посилює ризик виникнення РХП

Як зазначають автори дослідження, у статті Puhl R. et al. (2022) «Perspectives of Parents and Adolescents on Weight-Talk and Meal Contexts» наведено кілька вибірок, оскільки дані збиралися в межах ширшого дослідження «Family Matters», яке мало кілька підвибірок для різних аналізів.

Як ми можемо зрозуміти проаналізувавши таблицю, що у дослідженні було перевірено зв'язок між сімейним спілкуванням про вагу, традиціями прийому їжі, та ризиком розвитку проблем з харчуванням у підлітків. В цьому дослідженні брали участь 1031 учасник – 543 підлітка від 12 до 17 років і також 488 батьків. Опитування проводилося із використанням перевірених шкал які оцінювали рівень підтримки сім'ї, частоту розмов про вагу і тиск з боку батьків. Результати ж показали, що 38% підлітків чують негативні слова чи висловлювання про свій зовнішній вигляд, а 27% відчувають тиск під час сімейних вечерь. Такі явища сильно

підвищують ризик появи харчових проблем: підлітки у родинах, де багато говорять про вагу, у три рази частіше попадають під вплив розладів харчової поведінки, особливо компульсивних переїдань або нервової булімії. Але, автори також заявили, що позитивна, дружня атмосфера під час сімейних застіль мають гарний вплив не тільки на відносини між підлітками й батьками, а й на захист емоційної системи від зовнішніх подразників, які формують розлади харчової поведінки. На думку Пул та її колег, саме контекст сімейних розмов про їжу та тіло відіграє ключову роль у формуванні ставлення підлітків до власної зовнішності. Якщо обговорення відбуваються з осудом, порівняннями чи контролем, це сприяє формуванню дисморфічного мислення і компенсаторних форм поведінки (обмеження, переїдання, очищення). Підлітки можуть агресивно або апатично реагувати на тиск чи контроль з боку батьків. Це сприяє формуванню психічних розладів: легка депресія, аутоагресія та інші. Натомість, коли сімейні застілля мають характер підтримки, без оцінок і порівнянь з іншими, вони сприяють позитивному образу тіла та емоційній стабільності підлітків.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що сімейний клімат та манера спілкування щодо харчування й ваги є вагомими предикторами ризику або захисту від розладів харчової поведінки у підлітковому віці [30].

2.2 Відображення сімейних харчових звичок у дорослішанні підлітка

Харчові звички майже завжди і повністю починають своє формування з дитинства. Вплив традицій або упереджень членів сім'ї щодо харчування значно відображається на формуванні як і свого «Я» у підлітка так і на формуванні світогляду, самооцінки. Підліток вчиться «показувати» себе у суспільстві і соціумі. І від того, як він був вихований вдома, залежить його рівень емоційної стабільності серед однолітків. А відношення до себе і до

свого тіла формується якраз-таки зі ставлення до їжі. Бо харчові звички сформовані у сім'ї є одними із найстійкіших патернів поведінки, які зберігаються протягом всього життя, якщо нічого з цим не робити. Підліток, під час свого дорослішання розуміє що таке їжа, для чого вона потрібна і яка від неї користь. Також, у психіці формуються такі поняття як: правильне харчування, дієта. Але ж у всіх розуміння цих слів різне. Для когось «правильне харчування» це про здорове відношення до їжі, про поживні речовини, які потрібні для нормального функціонування організму, а для інших це про постійні обмежування себе у, наприклад, солодкому, мучному і так далі. Тому, саме в родині дитина вперше засвоює не лише типові продукти харчування, але й відповідь на питання: «Що таке їжа?» Це джерело задоволення чи засобом контролю, а, можливо, покарання або нагорода?

Підлітковий вік, як етап активного формування особистості, стає періодом, коли ці моделі або закріплюються, або починають піддаватися свідомому перегляду. Проте навіть тоді вплив сімейного контексту залишається визначальним. Сімейні харчові звички охоплюють цілу систему поведінкових і ціннісних патернів – від частоти спільних прийомів їжі до способів вираження емоцій за столом, тем для розмов, а також ставлення до власного тіла й контролю маси. Якщо у родині підтримується культура спільного харчування, зберігається позитивна атмосфера під час трапези та немає осуду за зовнішність чи апетит, це сприяє формуванню у підлітка здорового ставлення до їжі як до природного процесу, а не як до джерела тривоги чи самоконтролю. Натомість сім'ї, у яких харчування супроводжується напругою, конфліктами, коментарями щодо зовнішності або постійними дієтами, створюють емоційне тло, у якому їжа набуває символічного значення. У таких умовах підлітки можуть почати сприймати їжу як засіб вираження емоцій або протесту – наприклад, відмовляючись їсти для демонстрації незалежності або, навпаки, переїдаючи, щоб зняти напруження. Це є одним із ключових психологічних механізмів, який згодом може сприяти розвитку розладів харчової поведінки. Не потрібно забувати

про такі фрази як: «Не вийдеш зі столу, поки не доїси», «Треба більше їсти, аби рости здоровим», «Не може бути, що тобі не подобається цей продукт, їж», «Ну просто спробуй, тобі сподобається». І таких висловів можна нарахувати ще кілька десятків. Саме вони використовуються у багатьох сім'ях і засідають у головах тисяч підлітків. Звичайно, можна зрозуміти й батьків або просто старше покоління, яке відчуло на собі голод, дефіцити, відсутність вибору продуктів, але підлітки зазвичай не вдаються до глибокого аналізу, а просто або беззаперечливо слухають, те що їм кажуть, або входять у протест. Окрім таких фраз, ключову роль відіграє поведінка самих батьків. Якщо підліток постійно бачить, що хтось із сім'ї постійно незадоволений своїм тілом, це підсвідомо передається і йому самому. Коли вага визначається як критерій успішності, тоді це стає реальною проблемою і такі твердження дуже передаються дітям і підліткам.

Також, важливим фактором є норми харчування в родині (час прийому їжі, різноманітність раціону, присутність здорових продуктів) визначає майбутні звички підлітка у дорослому житті. Якщо дитина звикає до регулярності та збалансованості, у зрілому віці вона, як правило, демонструє стабільну харчову поведінку, що корелює з нижчим ризиком ожиріння чи розвитком харчових розладів. У протилежному випадку – коли їжа споживається хаотично, на ходу, за переглядом телешоу або під впливом емоцій – ці патерни переносяться у доросле життя та часто поєднуються з труднощами саморегуляції.



Рисунок 2.1 – Відображення сімейних харчових звичок у підлітків

Отже, проаналізувавши попередні дослідження, можна сказати, що сімейні харчові ритуали – це не лише культурно-соціальні практики, а й можливість захистити і навчити свою дитину, підлітка правильним відносинам з їжею. Завдяки таким практикам закладається структура, частота харчування. Можна сказати, що формується стиль подальшого життя. Такі практики можуть як призвести до здорового, раціонального харчування так і до хаотичного виду життя, незбалансованих перекусів і розладів харчової поведінки.

У дорослому житті, багато тих, хто стикався з проблемами харчування у сім'ї не можуть почати вести нормальний спосіб життя і це ми говоримо не лише про їжу. Правильний режим харчування впливає і на наші біологічні годинники, на яких будується гарний сон, активність організму і психологічний стан. Тому, дуже важливо, щоб підлітки з самого початку вчилися «чути» свій організм і його будь-які потреби, це дійсно те, що допоможе триматися на плаву.

2.3 Вплив батьків на становлення самооцінки дитини/підлітка

Самооцінка – це дуже цікаве явище нашої психіки. Вона може бути сформована завдяки соціальним мережам, медіа, оточенню або ж свого бачення власного «Я». Але найбільше на формування самооцінки впливає сім'я. Саме близькі люди створюють базу того, як дитина, а далі підліток сприймає себе і світ. І найголовніше, щоб батьки змогли вибудувати таку «початкову» самооцінку, щоб підліток був упевнений в собі і знав як до нього можна відноситися і самому собі і оточуючим.

Одним із найсуттєвіших факторів є батьківський стиль виховання. Авторитетний стиль (теплий, підтримувальний, але структурований) формує у дитини впевненість, почуття стабільності й адекватну самооцінку. Безумовне відчуття підтримки і лояльності з боку батьків дає підлітку стільки наснаги і сил, що важко уявити. Але багато сімей не розуміють цього, і виховують підлітків досить жорстоко.

Як зазначено у багатьох статтях і дослідженнях, позитивний стиль виховання підвищує рівень життєвого задоволення та благополуччя підлітків, тоді як надмірний контроль або холодність – знижують упевненість у собі та впливають на загальний клімат у родині.

Проаналізувавши дослідження на тему самооцінки, можна виділити найбільш виражені психологічні механізми впливу:

1. **Емоційна підтримка.** Створює базу для впевненості у собі і своїх діях. Завжди є відчуття, що тобі, у разі чого, допоможуть.

2. **Розуміння очікувань і реальності.** Допомагаю підлітку сепаруватися від батьків і брати життя під свій контроль.

3. **Оцінки і критика.** Цей механізм можна позначити як негативний, бо більшість оцінок себе підлітки сприймають дуже «гостро» і це неабияк впливає на зниження самооцінки і підсилює прояви тривожності.

4. **Ідентифікація з батьками**. Підліток наслідує ставлення батьків до себе. Тобто він буде дозволяти робити із собою так, як з ним поводилися дорослі, якщо батьки постійно його принижували, то він буде сприймати це як норму. Або ж у іншому варіанті, підліток буде відноситися до себе так, як хтось із батьків відноситься сам до себе.

5. **Підтримка самостійності з боку батьків**. Це дуже цікавий механізм, який сприяє розвитку впевненості при сепарації від батьків, що і добре повпливає на самооцінку. Але ж варто розуміти, що при перманентній надмірній опіці буде зовсім інший, зворотній ефект і окрім низької самооцінки може бути ще й несамостійність, тривожність, апатія.

Проаналізувавши статтю BMC Psychology (2025), у якій йдеться про дослідження «Parental rearing styles and adolescent self-esteem: the mediating roles of body image» (Huang S. & Wan Z., 2025) можемо підкреслити, що зв’язок між стилем виховання і самооцінкою опосередковується образом тіла – діти, які відчувають прийняття, частіше позитивно сприймають власну зовнішність.

Метою цього дослідження було з’ясувати як стилі виховання (материнський і батьківський) впливають на самооцінку підлітків, враховуючи опосередкову роль образу тіла у вигляді двох складових: задоволення тілом і привабливість тіла. Тому, це дослідження формує таку теорію, що стиль виховання напряму впливає на образ тіла (навіть відношення до свого тіла) і вже це все створює самооцінку.

Таблиця 2.2 – Узагальнення щодо дослідження Shuyu Huang і Zhengwei Wan (2025)

Параметр	Опис
Вибірка	2 806 школярів (приблизний вік до 13 років)
Метод збору інформації	Анкетування/тестування школярів за допомогою психологічних шкал (про самооцінку, стиль виховання, чи приймають вони своє тіло), а саме: - s-EMBU-C (батьківський стиль виховання) - Rosenberg Self-Esteem Scale (самооцінка) - Body Image States Scale (образ тіла: задоволення та привабливість)
Основні результати	Легкий, підтримуючий і лояльний стиль виховання підвищує самооцінку підлітків. Вигляд їхнього тіла проєктує те, як батьки відносяться до своїх дітей і як впливають на їх самооцінку. Тобто материнський стиль виховання точно позитивніше впливає на емоційний стан підлітка, ніж батьківський стиль виховання
Обмеження дослідження	Крос-секційний дизайн (неможливо довести причинність). Культура (Китай). Не досліджено вплив гендерних відмінностей
Практичне значення	Важливо, щоб батьки вчилися спілкуватися із підлітками і чути їх. Це напряму впливає на відношення дитини до самої себе

Як висновки до цього дослідження можна сказати, що

1. Батькам потрібно більш чуйно відноситися до підлітків, не сильно контролювати і давати їм «ковток свіжого повітря». У сім'ї потрібно зробити френдлі атмосферу, яка буде дозволяти підлітку розслабитися і морально і фізично і можна буде відчувати від родини прийняття, а не оцінку.

2. Вчителям і шкільним психологам потрібно акцентувати на розвитку позитивного сприйняття свого тіла підлітками для підвищення самооцінки.

3. Програмам втручання рекомендується розробляти сімейно-орієнтовані інтервенції, які включають підвищення стилю виховання (підтримка автономії, емоційна теплота), а також роботу з образом тіла Також роботу з образом тіла (прийняття, функціональність, здоров'я, а не лише краса чи інструмент) [46].

4. Самооцінка ж є основою для саморозвитку у будь-яких шляхах. Не дарма кажуть, що людина живе таке життя, на яке вона себе полюбила. Від високої, здорової самооцінки залежить відношення людей до тебе, навіть якщо ти не попадаєш під якісь стандарти суспільства, рівень впевненості і, можливо, розмір зарплатні. Але, якщо говорити про підлітків, то ті, хто мають занижене значення себе схильні не тільки дуже близько до серця сприймати оцінку від інших, але й оцінювати себе через якісь зовнішні чинники, такі як вага і образ тіла.

Низька самооцінка може бути завуальованою за непохитною впевненістю в собі, але насправді, це не так. Підлітки, які занадто хвилюються про свою вагу вже не можуть бути з гарною самооцінкою. На жаль, низька думка про себе це один із факторів формування булімії, нервової анорексії і компульсивних переїдань. На думку Fairburn і Cooper (2014), самооцінка у людей із РХП часто має так званий «контингентний характер» – вона залежить від досягнень у сфері зовнішності, маси тіла або успіхів у контролі над харчуванням. Це робить особистість надзвичайно вразливою до будь-якої критики чи невдач у цих сферах, що, у свою чергу, підтримує

патологічні моделі поведінки. При цьому людина зовні може здаватися максимально впевненою у собі. Це особлива риса людей з розладами харчової поведінки [20; 22].

Отже, низька самооцінка не тільки впливає на формування і прояви розладів харчової поведінки, а й у деяких випадках визначає тип його прояву. Вона може стати ключовим механізмом, який сприятиме тому, аби РХП закріпились як показник того, що людина може самоствердитися у своїх очах. Жорсткий внутрішній критик завжди буде говорити, що чогось недостатньо, але внутрішніх критиків як явища у людей зі здоровою самооцінкою немає взагалі. Зважаючи на це, заходи з профілактики та лікування харчових розладів мають передбачати роботу над підвищенням самооцінки, формуванням позитивного сприйняття свого тіла та розвитком внутрішнього почуття цінності, яке не залежить від зовнішності чи маси тіла.

РОЗДІЛ 3
ДОСЛІДЖЕННЯ (ТЕСТУВАННЯ) ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ФАКТОРІВ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

3.1 Організація та методики дослідження

Емпіричне дослідження проводилося з метою виявлення взаємозв'язку впливу батьків на формування розладів харчової поведінки у підлітків або у підлітковому віці. Дослідження проводилося за допомогою онлайн-тестування серед 32 підлітків і молоді віком від 15 до 25 років. Можна сказати, що тестування проходили представники покоління зумерів. Для збору даних були використані результати тестування на вплив сім'ї до формування розладів харчової поведінки. Застосування саме цього інструменту дозволило оцінити взаємозв'язок сім'ї підлітка і формування РХП, клімат у родині. Виявили які бувають сімейні установки щодо тіла, ваги і зовнішнього вигляду. Також, оцінили рівень підтримки у сім'ях і екологічного спілкування між членами сім'ї. Сформували загальну тенденцію щодо впливу і відношення членів сім'ї до підлітка. Виділили групу ризику серед опитаних, у деяких виявлено високий рівень залежності самооцінки від сімейних очікувань і проблеми зі сприйняттям свого тіла на сьогоднішній день. Усі учасники дослідження були поінформовані про його мету, участь була добровільною, анонімною, із дотриманням принципів конфіденційності та етичних норм психологічного дослідження.

Кількісний аналіз здійснювався в такій послідовності:

– визначення кількісної вибірки людей та проведення тестування в онлайн-форматі;

– збір інформації психологічної діагностики та підрахунок відсоткової частини тестувань на вказані теми у таблиці;

– описовий аналіз результатів;

– створення спрощеної кореляційної таблиці (на основі тенденцій);

– оформлення підрахунків у нашому дослідженні та формулювання висновків.

3.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження

Нижче, приведена показова таблиця з питаннями та відповідями респондентів. Відповіді подаються у відсотковому значенні.

Таблиця 3.1 – Результати опитування (n=32)

№	Твердження	Завжди (%)	Іноді (%)	Ніколи (%)
1	Я рахую калорії при кожному прийомі їжі	21,9	21,9	56,3
2	У підлітковому віці моя сім’я мала вплив на мене	40,6	56,3	3,1
3	Під час сімейних прийомів їжі коментували мій зовнішній вигляд або вагу	9,4	53,1	37,5
4	Мої батьки чи інші члени родини коментували мою зовнішність	9,4	43,8	46,9
5	Я відчуваю тиск з боку родини щодо того, скільки і що я їм	18,5	50,0	31,3
6	У моїй сім'ї є культ "правильного" харчування, дієт	6,3	21,9	71,9
7	Родичі схвалюють мої спроби схуднути, навіть якщо вага в нормі	9,4	25,0	65,6
8	У моїй сім'ї зовнішність важливіша за здоров’я	6,3	12,5	81,3
9	У сімейних розмовах звучать жарти про вагу чи зовнішність інших людей	9,4	31,3	59,4
10	Родичі висловлюють незадоволення моєю вагою чи зовнішністю	3,1	65,6	31,3
11	Я ховаю "неправильну" їжу, щоб з’їсти її наодинці	12,5	21,9	65,6
12	Мене вчили доїдати все, що є на тарілці	53,1	37,5	9,4
13	Я маю виглядати певним чином, щоб отримати схвалення сім’ї	6,3	46,9	46,9

Продовження таблиці 3.1

14	У моїй сім'ї їжу використовують як нагороду чи покарання	6,3	46,9	46,9
15	Я чую "жарти" про свою вагу від родичів	6,3	43,8	50,0
16	Сім’я постійно намагається мене нагодувати	43,8	50,0	6,3
17	Я маю проблеми зі сприйняттям свого тіла	21,9	50,0	28,1
18	Я відчуваю провину, якщо з’їм більше, ніж дорослі родичі	25,0	18,8	56,3
19	Я їм більше або менше при стресі	46,9	37,5	15,6
0	Обговорення моєї ваги з родичами мені неприємне	40,6	37,5	21,9

Далі наведена спрощена кореляційна таблиця на основі тенденцій.

Таблиця 3.2 – Таблиця спрощеної кореляції

Психологічний показник/сімейний чинник	**Ймовірний зв’язок з РХП**	**Напрям впливу**
Коментарі про зовнішність (3,4,10,15)	Високий	Підвищення ризику незадоволення тілом, тривожність, контроль їжі
Тиск щодо Їжі (5,16,18)	Середньо-високий	Можливе формування компульсивних переїдань або голода
Використання їжі як нагороди чи покарання (14)	Середній	Втрата розуміння їжі як отримання поживних речовин; їжа = задоволення
Контроль калорій/батьківські звички (1,6,7)	Середній	Розвиток анорексичних тенденцій
Емоційне переїдання (19)	Високий	Ризик виникнення КП

Продовження таблиці 3.1

Почуття провини пов’язане з їжею (18)	Високий	Розлади компульсивного типу
Емоційний тиск, щоб відповідати стандартам (13,20)	Високий	Порушення самооцінки, формування залежності від схвалення, тривожність, булімія
Жарти про вагу від сім’ї (9,15)	Середній	Порушення самооцінки, дисморфобія

Тож, маючи наглядні відповіді, проведемо описовий аналіз цих результатів.

Аналіз даних показав, що все ж таки сімейні фактори мають дуже значний вплив на формування розладів харчової поведінки і їм супутніх у підлітків.

Ставлення до їжі і власного тіла відбувається під «контролем» батьків, що понижує самооцінку і викликає тривожність:

– **60–70% респондентів** (питання 2, 3, 5, 10, 16, 17, 19, 20) зазначили, що певною мірою (завжди або іноді) сімейна динаміка та комунікація під час прийомів їжі впливають на їхнє самосприйняття. І це показник того, що вже відбулося з психоемоційним станом. Якщо людині вже некомфортно говорити про свою вагу чи зовнішній вигляд, це показує те, що вона вже стикалась з осудженням або суб’єктивною оцінкою;

– **понад половина (56,3%)** не рахують калорій, однак **43,8%** все ж роблять це іноді або завжди, що свідчить про часткову внутрішню напругу щодо контролю харчування. Це також може свідчити про підтримання своєї форми. Якщо підліток або молодь слідкує за трендами, то таке відношення до калорій цілком зрозуміле. Зараз популярність набирає здорове харчування, КБЖВ і так далі.;

– **68,8%** учасників зізналися, що хоча б іноді відчувають тиск з боку сім’ї стосовно кількості або типу їжі;

– найбільш розповсюдженим проявом сімейного впливу є **звичка доїдати все з тарілки** (90,6% «завжди» або «іноді»), що може призводити до формування порушень відчуття ситості. Ця звичка передалася нашим батькам від бабусь, які пережили голод. Але такі фрази дуже змінюють сприйняття відчуття ситості, із-за чого можуть виникати компульсивні переїдання або ж просто переїдання, які можуть призвести до набору надлишкової ваги;

– **81,3%** респондентів заперечили твердження про домінування зовнішності над здоров'ям у сімейних цінностях, що свідчить про певну тенденцію до зміни уявлень у сучасних родинах. Це показує неабиякий рівень хоча б невеликої свідомої думки;

– але ж **71,9%** учасників визнають, що під впливом стресу їхня харчова поведінка змінюється, а **65,6%** принаймні іноді відчувають дискомфорт, коли обговорюють вагу з родичами.

Отже, говорячи про зв'язок між сімейним вихованням і ризиком формування харчових розладів у підлітків і молоді, яка ще декілька років тому була такими ж підлітками, можна сказати, що виховання і вплив батьків несе собою великий вклад у емоційну систему підлітків.

Жорсткий стиль виховання притаманний консервативним сім'ям або дуже травмованим батькам. Таке виховання дітей і підлітків може призвести до формування розладів харчової поведінки, низької емоційної залученості до життя. Механізм: жорстке виховання може спричиняти зниження самооцінки підлітка (відчуття «я недостатній», «я не влаштовую батьків»), порушення здатності приймати власні рішення, підвищену вразливість до тиску суспільства (ідеали тіла, медіа) та пошук контролю через їжу чи вагу.

І, навпаки, більш дружній стиль виховання, розуміючий може призвести до того, що ризиків РХП не буде зовсім. Але якщо говорити не тільки про РХП, а й про супутні розлади, то при гармонійній «екосистемі» вдома можна уникнути і їх. Чому? Бо підліток розуміє, що у нього завжди є моральна, психологічна підтримка і у будь-якому разі він може звернутися до батьків за порадою і у відповідь почути виважену допомогу, а не осуд чи гнів.

Також, існує концепція міжпоколінальної передачі – коли батьки або дідусі/бабусі мають власні харчові розлади або дисфункціональні харчові уявлення і ці свої думки передають своїм дітям чи онукам. Це може негативно вплинути на дітей. Систематичний огляд показав, що батьки з діагнозом харчового розладу мають вищий рівень стресу, частіше інтрузивніші, менш чутливі до потреб дитини, менше структуровані у взаємодіях, більш холодні по відношенню до підлітків і зосереджені у більшості тільки на своїх проблемах, що створює ризик для дітей. У пострадянські часи люди жили з такими розуміннями як: «Їжа це винагорода», «Треба доїдати все», «Їжа не може бути проблемою, треба їсти багато і все». Такі догми досить важко викорінюються, бо вони зв'язані з важкими часами, але окрім цього, вони досить поширені і на сьогодні. Але ці установки можуть впливати на формування харчової поведінки підлітка – наприклад, страх нестачі, надмірне споживання, перенасичення або ж обмеження себе.

Також, є поняття комбінованого ризику формування розладів харчової поведінки у підлітків, а саме такі ситуації, коли сім'я не тільки не розуміє чому потрібно розмовляти на такі теми і чути дітей, а й взагалі не забезпечує підлітка ні емоційною підтримкою ні відкритим діалогом щодо його проблем.

І у купі з жорстким вихованням, консервативними поглядами на життя і пострадянськими установками ризик того, що підліток буде жити з не діагностованим розладом все підвищується. А недіагностований розлад це як бомба уповільненої дії з накопичувальним ефектом. Він може призвести до непоправних проблем із здоров'ям, серцем, ШКТ, суглобами, до дистрофії.

3.3 Аналіз отриманих результатів у порівнянні з теоретичними даними та попередніми дослідженнями

Отримані дані у ході емпіричного дослідження підтверджують теоретичні положення і попередні дослідження щодо впливу сім'ї на

формування розладів харчової поведінки у підлітків. Проаналізувавши відповіді 32 респондентів, з'ясували, що більша частина підлітків і молоді покоління зумерів відчували чи відчувають значний вплив сім'ї на їхнє ставлення до їжі, життя і формування відношення до себе, як до окремої особистості загалом. Понад половина опитаних вказали, що їхня зовнішність чи вага була предметом обговорення під час сімейних застіль і що це їм було некомфортно, бо вони відчували тиск і напругу з боку батьків. Близько ж третини респондентів своїми відповідями вказали на те, що у них були присутні оцінювальні коментарі від родичів і що вони відчувають певну відповідальність за те, як вони виглядають аби задовільнити «смаки» і упередження батьків, бабусь, дідусів.

Саме ці результати співпадають з результатами дослідження Puhl R. et al. – «Perspectives of Parents and Adolescents on Weight-talk and Meal Contexts» (Nutrients, 2022), де також досліджували вплив розмов про вагу і як до цього відносились підлітки. Схожість результатів виявилась у тому, що обидві групи підлітків внаслідок таких розмов отримали занижену самооцінку, несприйняття свого тіла і ваги, деякі почали відчувати тривогу перед такими сімейними застіллями.

Наші результати узгоджуються з висновками R. Dalle Grave та колег, які наголошують, що у підлітків з РХП часто простежуються порушені родинні комунікації, надмірний контроль або культ «правильного» харчування, що з часом формує патологічне ставлення до їжі. Зокрема, у нашому дослідженні 28,2% респондентів зазначили наявність подібних тенденцій у сім'ї, що співвідноситься з міжнародними показниками (25–30%) серед підлітків із підвищеним ризиком РХП. І так само 40,6% із нашої вибірки затвердили, що від неприйнятних розмов за їжею у них виникало почуття сорому. Таке велике число є показником того, що у респондентів був і є великий потенційний ризик формування негативного образу тіла, а у майбутньому й розладів харчової поведінки.

Загалом, наш емпіричний матеріал підтвердив гіпотезу, що підліткове сприйняття себе, харчування та власного тіла формується під впливом сімейних комунікативних і культурних моделей.

Як показали результати, найсильнішими зовнішніми факторами виявилися:

– обговорення зовнішності і ваги сім'єю;
– використання Їжі як нагороди;
– харчові традиції;
– постійне бажання старшого покоління накормити підлітка;
– перекладання шкідливих упереджень, наприклад, що потрібно завжди все доїдати;
– вплив батьків на сприйняття тіла, зовнішності, їжі;
– культ «правильного харчування».

Отже, результати нашого дослідження повністю співзвучні з сучасними теоретичними надбаннями на тему впливу сім'ї на формування розладів харчової поведінки у підлітків. Це ще раз доводить, що на появу РХП також впливає і стиль виховання дитини і харчові традиції, культура і, здавалося б, легкі і «звичайні» розмови між членами сім'ї, які надзвичайно сильно впливають на підлітків. Сімейний клімат є основою для здорової самооцінки підлітка і інвестицією у його нормальне, емоційно-стабільне майбутнє, де немає місця для розладів харчової поведінки.

3.4 Рекомендації щодо створення комфортного середовища у сім'ї, аби запобігти проявам розладам харчової поведінки

Розлади харчової поведінки мають багатофакторну природу виникнення, але проаналізувавши всі кейси і дослідження, ми можемо дійти висновку, що основне середовище, у якому формується РХП – це родина, впливає також і сімейний клімат.

З огляду на попередні дослідження, можемо сформулювати рекомендації для батьків і підлітків, які допоможуть вийти на новий рівень міжособистісних відносин, зрозуміти одне одного і, головне, запобігти раннім факторам, які провокують виникнення розладів харчової поведінки у підлітків.

1. Зниження контролю над підлітком, над його тілом і прийомами їжі.

Так, це один із основних факторів. Батькам, особливо тим, хто і сам зростав у деструктивній родині, потрібно навчитися розуміти чому вони хочуть контролювати їжу своєї дитини, чому вони хочуть, щоб вона виглядала певним образом. Можливо, це просто проекція нереалізованих бажань? Якщо дотримуватися цієї рекомендації, то підліток може стати більш відвертим з батьками, перестане реагувати на негативну оцінку себе від інших, нормалізує прийоми їжі.

2. Підтримка у всьому.

Чим більше підліток знає, що у нього завжди поряд є люди, які підтримають, тим більш вільним він себе почуває. Підтримка повинна бути у всьому, але, звичайно ж, з адекватної сторони. Якщо підліток сам пропонує починати худнути, треба оцінити ситуацію і якщо це дійсно потрібно, легко заохотити його, можливо, власним прикладом.

Взагалі, так як підлітковий вік можна назвати «роками нестабільності», то у цей період може бути багато цікавих, незвичайних, трохи дивних ідей, але роль батьків вміти правильно направити і завжди допомагати, коли їх дитина дійсно цього потребує. Також, слово «підтримка» у цьому контексті означає підтримку гарної і здорової самооцінки. Тобто по відношенню до підлітка не можна використовувати неприємних йому слів, жестів. Не можна його оточувати гіперопікою і не можна бути холодними з ними. Треба уникати всього, що хоч якось може відобразитися на підлітковому сприйняттю себе чи то у соціумі чи то у сім’ї.

3. Потрібно розвивати навички емоційної регуляції.

У підлітковому віці рівень емоційної напруги зростає, тому багато хто звертається до їжі, коли треба зняти стрес. Але, щоб цьому запобігти, потрібно говорити з підлітком і навчити його екологічно вивільняти свої емоції. Можна знайти альтернативні способи самозаспокоєння, наприклад, спорт, різного виду творчість, прогулянки на свіжому повітрі, комп'ютерні ігри, прибирання і так далі. Батьки можуть підтримувати такі навички, відкрито ділячись власними емоціями і демонструючи здорові способи реагування на стрес.

Але, як і було написано вище, діти і підлітки зазвичай «копіюють» поведінку батьків, тому буде складно, якщо підлітки постійно бачать одну модель поведінки, а від них потребують зовсім іншої. З такої ситуації найкращим виходом буде провести розмову, що турбує підлітка, чим йому можна допомогти. І ні в якому разі не можна «затримувати» вивільнення його емоцій: сміху, плачу, легкої агресії. Такі емоції потрібно проживати, аби не накопичувати такий емоційний «бум» всередині.

4. Навчитися критично відноситися до всього, що можна побачити в медіа просторі або реальному соціумі.

Так як зараз ми живемо в епоху соціальних мереж, не зайвою буде й рекомендація, що потрібно вчити підлітків не зрівнювати себе з картинкою в інтернеті, бо зазвичай за ідеальним тілом на фото приховується фотошоп або не мала кількість пластичних операцій. Часто блогери не визнають, що вони користувалися послугами хірургів і говорять, що досягли тіла мрії завдяки дієтам і спорту, аби не пропагандувати пластику, але це дуже провальна стратегія.

Підлітки можуть почати сидіти на нереально важких для організму дієтах, що і призведе до поглибленого стану РХП. Нерідко підлітки сприймають те шо говорять «блогери» або відомі люди в інтернеті за правду, тому важливо говорити їм, що це всього лиши люди як актори, вони просто роблять свою розважальну роботу.

Так само і у житті, не потрібно слухати когось, хто наполягає на дієтах або на зміні себе, потрібно вміти говорити «Ні». Але «Ні» вміють говорити люди з гарною, стабільною самооцінкою. Тому якщо є бажання дійсно допомогти підліткам уникнути РХП, бажано дотримуватися всіх рекомендацій.

5. Формування або зміна сімейних цінностей, якщо вони були деструктивні.

Варто більше проводити спільних сімейних традицій – святкувань, відпочинку, поїздок, але без акценту на фігурі, на їжі або на вазі. Це допомагає підлітку усвідомити, що її значущість у сім'ї не залежить від зовнішнього вигляду і що її будуть любити будь-якою. Ця рекомендація також напряму зв'язана з рекомендацією про самооцінку.

6. Своєчасне звернення до спеціалістів.

Своєчасне звернення до психолога/психіатра може врятувати підлітка від РХП і від проблем із сім'єю, якщо такі є, скоригувати дисфункційні моделі харчування та гармонізувати сімейні відносини. Також, загалом, відвідування психолога це гарна ідея для кожного члена родини, бо у наш час, часто буває так, що підліткову або дитячу тривожність, апатію, лінь приймають за норму, але ці розлади можуть бути провісником клінічних стадій розладів харчової поведінки. Тому, потрібно пильно стежити (без контролю) за поведінкою підлітків, більше розмовляти і у разі виникнення певних факторів – звернутися до психолога або психіатра, аби визначити у чому проблема, продіагностувати пацієнта і розробити індивідуальний план лікування.

Своєчасний підхід у виявленні проблем є гарною ідеєю як і для підлітка так і для батьків. Формування розладів харчової поведінки у підлітків може передаватися від харчових звичок або установок старших членів родини, але це також проблема і її потрібно вирішувати не тільки на користь підлітка, а й для того, аби налагодити всю сутність приймання їжі і ставлення до тіла у родині. Це дійсно важливо для того, аби перервати «порочне коло» РХП у сім'ї.

ВИСНОВКИ

У межах виконання магістерської роботи на тему «Вплив сім'ї на формування схильності до харчових розладів у підлітків» було здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення взаємозв'язку між особливостями сімейного виховання, емоційним кліматом родини, моделями харчової поведінки батьків і ризиком формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці.

Основною метою дослідження було виявити вплив сімейних чинників на формування схильності до розладів харчової поведінки. Після проведення тестування серед 32 респондентів, оцінювання результатів, структурованого аналізу можемо зробити висновок, що мета дослідження була досягнута. Також, ми проаналізували теоретичні основи на теми зв'язані з виникненням розладів харчової поведінки у підлітків під впливом сім'ї; визначили головні фактори формування РХП у підлітків; розробили та обробили тестування щодо розвитку розладів харчової поведінки під впливом сім'ї, при цьому використали таки методи дослідження як аналіз, порівняння, класифікація і так далі.

Проведену роботу вважаю добре виконаною, але, звичайно, вона має досить невеликий внесок у боротьбу з розладами харчової поведінки, які беруть свій початок із сім'ї. У процесі аналізу теоретичних наукових джерел виявилося, що дуже велика кількість підлітків щодня стикається з проблемами прийняття себе, низькою самооцінкою, цькуванням батьків, ну і звичайно з багатьма видами розладів харчової поведінки і їх супутніми психологічними розладами. Також було з'ясовано, що РХП – це багатофакторні психічні розлади, чинники виникнення яких мають біологічну і соціальну природу. Сім'я ж виступає головним середовищем, де ці чинники поєднуються і формуються у певний розлад.

Теоретично було проаналізовано праці багатьох дослідників, які зробили чималий внесок у науку. Результати аналізу теоретичних джерел дозволили зробити висновок, що сімейна система є одним із найвагоміших чинників розвитку РХП, а деструктивні типи взаємодії (надмірний контроль, холод у відносинах батьків і підлітків, критика тіла, порівняння, оцінювання, акцент на їжі або зовнішності) здатні істотно підвищувати ризик таких розладів у підлітків. Також важливими чинниками формування розладів харчової поведінки було виявлено: низьку самооцінку, емоційна нестабільність, очікування батьків щодо зовнішнього вигляду підлітка, внутрішньородинні конфлікти, соціальний тиск.

Емпіричне дослідження було проведено серед 32 учасників підліткового і молодого віку (всі підпадають під покоління зумерів), з метою виявлення взаємозв'язку між сімейними звичками, сприйняттям тілесності та ймовірністю формування ознак харчових розладів.

Методом дослідження став авторський опитувальник, розроблений на основі аналізу теоретичних джерел і адаптований до вікових особливостей респондентів. Він включав 20 запитань і три варіанти відповідей («завжди», «іноді», «ніколи»).

Щодо результатів опитування. Не можна назвати їх позитивними, так як більше 50% вказали на те, що родина коментує і оцінює їх зовнішність і вагу, а у 9% - що роблять чи робили у минулому це регулярно. А такі результати вказують на певний тиск зі сторони сім'ї, що вливає на формування внутрішньої тривожності і дисморфофобії. 40,6% опитуваних незадоволені тим, що їх вагу обговорюють під час сімейних застіль, а 65,5% респондентів хоч раз отримували неприємний жарт про вагу у свою сторону від родини.

Такі отримані результати ще більше підкріплюють думку, що сім'я – головне середовище де може почати формуватися будь-який вид розладів харчової поведінки. Якщо ж порівнювати це дослідження із дослідженнями, які аналізуватись у теоретичній частині, то можна сказати, що вони,

звичайно, трохи про різні підтеми, мають різні результати, але їх сутність одна. Вони проводилися для того, аби збільшити наукові надбання на тему впливу сім'ї на формування РХП у підлітків.

Таким чином, наше дослідження підтвердило актуальні наукові тенденції, а також доповнило їх конкретними кількісними даними, отриманими серед українських підлітків.

Розлади харчової поведінки є не причиною, а наслідком. Наслідком «нелюбові» до себе, цькування, булінгу, нереалістичних стандартів краси, які кожен з нас бачить у соціальних мережах, рекламі тощо. І сім'я може як позитивно так і негативно вплинути на самооцінку підлітка, який зростає у таких умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурлачук Л. Ф. Психологічна діагностика : підручник. Київ : Вища школа, 2008. 512 с.

2. Захарова А. В. Сімейна психологія : теорія і практика виховання. Київ : Академвидав, 2016. 378 с.

3. Кляпець О. М. Психологія сім'ї. Київ : Каравела, 2019. 312 с.

4. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : Центр навчальної літератури, 2013. 416 с.

5. Фромм Е. Мати чи бути? Київ : КМ-Букс, 2018. 288 с.

6. Цап В. В. Психологічні аспекти сімейного виховання підлітків. Харків : Основа, 2015. 240 с.

7. Роменець В. А., Маноха І. П. Основи психології. Київ : Либідь, 2010. 608 с.

8. Гуменюк О. І. Психологічні чинники формування харчових розладів у підлітковому віці. *Вісник психології і педагогіки*. 2020. №7. С. 112–118.

9. Петрова І. М. Сімейне виховання як фактор формування харчових звичок підлітків. *Практична психологія та соціальна робота.* 2021. №6. С. 45–53.

10. Литвин Т. П. Взаємозв'язок самооцінки та харчової поведінки підлітків. *Наукові записки НПУ ім. М. П. Драгоманова. Психологія.* 2022. №68. С. 88–94.

11. Коваль Л. В. Емоційна підтримка в родині як чинник профілактики харчових розладів. *Психологічний журнал.* 2023. №2(12). С. 101–109.

12. Черняк І. І. Роль матері у формуванні харчової поведінки дитини. *Соціальна психологія.* 2021. №3. С. 56–63.

13. Selby C. L. The Psychology of Eating Disorders. New York : Springer Publishing. 2018. C. 120–140.

14. Williams G. Internal Landscapes and Foreign Bodies: Eating Disorders and Other Pathologies. London : Karnac Books. 2018. P. 45–90.

15. Gaudiani J. L. Sick Enough: A Guide to the Medical Complications of Eating Disorders. New York : Routledge. 2018. P. 70–120.

16. Bruch H. The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2001. 240 p.

17. Agras W. S. The Oxford Handbook of Eating Disorders. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press, 2021. 732 p.

18. Scritchfield R. Body Kindness: Transform Your Health from the Inside Out and Never Say Diet Again. New York : Workman Publishing. 2016. P. 34–49.

19. Bell L. L. By Their Side: A Resource for Caretakers and Loved Ones Facing an Eating Disorder. Toronto : Dundurn Press. 2019. P. 15–60.

20. Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York : Guilford Press, 2019. 324 p.

21. Williams G. Internal Landscapes and Foreign Bodies: Eating Disorders and Other Pathologies. London: Karnac Books. 2018. P. 45–90.

22. Fairburn C. G. & Cooper Z. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. Guilford Press. 2014. P. 2–3.

23. Costin C. & Grabb G. S. 8 Keys to Recovery from an Eating Disorder. New York : W. W. Norton & Company. 2011. P. 80–90.

24. Tribole E. & Resch E. Intuitive Eating: A Revolutionary Anti-Diet Approach. New York : St. Martin’s Griffin. 2020. P. 20–39.

25. Keel P. K. & Forney K. J. Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry.* 2020. P. 562–568.

26. Levine M. P. & Smolak L. The Role of Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 2018. P. 817–829.

27. Fairburn C. G. & Cooper Z. Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders. Guilford Press. 2011. P. 10–90.

28. Cooper M. J., Todd G. & Wells A. Beating Your Eating Disorder: A Self-help Guide Using CBT. Cambridge : Cambridge University Press. 2010. P. 80–130.

29. Dalle Grave R., Calugi S. & Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders. New York : Guilford Press, 2020. 356 p.

30. Puhl R. M., Himmelstein M. S. & Watson R. J. Family Weight Talk, Weight Teasing, and Eating Behaviors Among Adolescents: A Systematic Review. *Eating Behaviors*. 2022. P. 101–117.

31. Treasure J., Duarte T. A. & Schmidt U. Eating Disorders. *The Lancet.* 2020. P. 899–911.

32. Zucker N. L., Bulik C. M. & LaVia M. C. The Family Context in Eating Disorders: Parental Influence and Child Development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2020. P. 437–452.

33. Culbert K. M., Racine S. E. & Klump K. L. Research Review: What We Have Learned About the Causes of Eating Disorders – A Synthesis of Sociocultural, Psychological, and Biological Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2021. Vol. 62(2). P. 123–145.

34. Le Grange D., Lock J. & Loeb K. Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders. Guilford Press. 2010. P. 50–120.

35. Wooldridge T. Psychoanalytic Treatment of Eating Disorders: When Words Fail and Bodies Speak. London : Routledge. 2018. P. 50–73.

36. Patel V., Preedy V. Eating Disorders. *Cham* : Springer. 2022. P. 30–100.

37. Le Grange D. & Lock J. Eating Disorders in Children and Adolescents: *A Clinical Handbook*. New York : Guilford Press. 2011. P. 60–88.

38. Fallon P., Katzman M. A. & Wooley S. C. Feminist Perspectives on Eating Disorders. New York : Guilford Press. 1994. P. 120–250.

39. Mehler P. S. & Andersen A. Eating Disorders: An International Comprehensive View. *Cham* : Springer. 2020. P. 120–200.

40. American Psychological Association (APA). Eating Disorders: Facts and Statistics. Washington : APA, 2023.

41. World Health Organization (WHO). Mental Health and Eating Disorders in Adolescents. Geneva : WHO, 2022.

42. National Institute of Mental Health (NIMH). Eating Disorders: Overview and Treatment Approaches. Maryland : NIMH, 2023.

43. Loomes R., Hull L. & Mandy W. P. L. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Molecular Autism.* 2017. P. 1–20.

44. Di Lodovico L., La Marra M., Corsi E., Monaco F., Amodeo L., Monteleone A. M. & Monteleone P. A glance into psychiatric comorbidity in adolescents with anorexia nervosa or OSFED. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019. P. 331–338.

45. Caroline Kassee, S. Babinski, A. Tint, Y. Lunsky, H. K. Brown, S. H. Ameis, P. Szatmari, M.-C. Lai & G. Einstein. Physical health of autistic girls and women: a scoping review. P. 2–10.

46. Huang, S., Wan, Z. Parental rearing styles and adolescent self-esteem: the mediating roles of body image. BMC Psychology, 2025. P. 549.

47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5-TR. Washington DC : *American Psychiatric Publishing.* 2022. P. 329–354.

48. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision.Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-11). *Geneva* : *World Health Organization.* 2019. P. 345–370.