

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Зігмунд Фройд Університет Україна
Кафедра психології

«Допущено до захисту»
Рішенням засідання кафедри психології
Протокол № 5 від 26.01.2026

Кваліфікаційна робота
Другого (магістерського) рівня вищої освіти
на тему:

Схильність до розладів харчової поведінки у контексті
батьківсько-дитячих взаємин

Виконала:
магістрантка 2-го курсу
групи М-9-24Пс
факультету психології
спеціальності 053 Психологія
Чумак Світлана Геннадіївна

Науковий керівник (-ця):
доктор філософії в галузі
психології, викладач кафедри
психології **Депутатов В.О.**

Рецензент: к.психол.н. Єгор Кучеренко

КИЇВ — 2026

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено вплив стосунків із батьками на ризик розвитку розладів харчової поведінки у дорослому віці. Актуальність теми зумовлена зростанням поширеності дезадаптивної харчової поведінки серед підлітків та недостатньою увагою до сімейних чинників як об'єкта профілактичної психологічної роботи.

Метою дослідження є теоретичне та емпіричне обґрунтування зв'язку між особливостями батьківських взаємин і ризиком формування розладів харчової поведінки у підлітків, а також розробка психологічної інтервенції профілактичного спрямування для батьків.

У роботі використано теоретичні методи аналізу, синтезу та узагальнення наукових джерел, а також емпіричні методи дослідження. Емпіричну частину виконано із застосуванням опитувальника ЕАТ-26 та модифікованого варіанту опитувальника S-EMBU. У дослідженні взяли участь 194 респонденти віком від 18 років, які ретроспективно оцінювали власний досвід підліткового віку. Для обробки результатів використано методи математичної статистики за допомогою програми Jamovi.

Результати дослідження засвідчили наявність зв'язку між особливостями батьківських взаємин та показниками ризику розладів харчової поведінки. На основі отриманих даних розроблено та теоретично обґрунтовано модель психологічної інтервенції у форматі психоосвітнього тренінгу для батьків підлітків, який може бути реалізований у шкільному середовищі. Запропонована інтервенція спрямована на підвищення обізнаності батьків, формування рефлексивної батьківської позиції та готовності до раннього реагування на тривожні ознаки.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних і шкільних психологів з метою профілактики розладів харчової поведінки у підлітків.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, підлітковий вік, батьківські взаємини, сімейні чинники, психоосвіта, профілактика, шкільний психолог.

ABSTRACT

This master's thesis examines the impact of parent–child relationships on the risk of developing eating disorders in adulthood. The relevance of the topic is обусловлена by the increasing prevalence of maladaptive eating behaviors among adolescents and the insufficient attention given to family factors as a focus of preventive psychological interventions.

The aim of the study is to provide a theoretical and empirical justification of the relationship between characteristics of parental relationships and the risk of eating disorder development in adolescents, as well as to design a preventive psychological intervention for parents.

The study employed theoretical methods of analysis, synthesis, and generalization of scientific literature, as well as empirical research methods. The empirical component was conducted using the EAT-26 questionnaire and a modified version of the S-EMBU questionnaire. The sample consisted of 194 respondents aged 18 years and older, who retrospectively evaluated their experiences during adolescence. Statistical data analysis was carried out using the Jamovi software.

The results revealed a significant association between characteristics of parent–child relationships and indicators of eating disorder risk. Based on the findings, a theoretically grounded model of a psychological intervention was developed in the form of a psychoeducational training program for parents of adolescents, which can be implemented within a school setting. The proposed intervention aims to increase parental awareness, foster a reflective parenting stance, and enhance readiness for early response to warning signs.

The practical significance of the study lies in the potential application of its results in the work of practicing and school psychologists for the prevention of eating disorders among adolescents.

Keywords: eating disorders, adolescence, parent–child relationships, family factors, psychoeducation, prevention, school psychologist.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	11
1.1. Розлади харчової поведінки як психологічна та психіатрична проблема	11
1.2. Батьківсько-дитячі взаємини як психологічний контекст розвитку дитини	19
1.3 Взаємозв'язок батьківсько-дитячих стосунків і схильності до розладів харчової поведінки	29
Висновки до розділу 1	42
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	44
2.1. Організація та методологія дослідження	44
2.2. Опис результатів дослідження та їх обговорення	46
Висновки до розділу 2	64
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	66
3.1. Структура, модель та теоретичне підґрунтя запропонованої інтервенції	66
3.2. Аналіз потенційної ефективності психологічної інтервенції	75
Висновки до розділу 3	78
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82
ДОДАТКИ	90
Linear Regression	92
Змістові результати Моделі 1	92
Змістові результати Моделі 2	93
Змістові результати Моделі 3	94

ВСТУП

Упродовж останніх десятиліть спостерігається стійке зростання поширеності розладів харчової поведінки (РХП) серед підлітків і молоді, що зумовлює підвищений інтерес до цієї проблеми з боку психологів, психіатрів та фахівців суміжних галузей. Розлади харчової поведінки характеризуються складною багатofакторною природою, високим рівнем коморбідності з іншими психічними розладами, а також значним негативним впливом на фізичне та психічне здоров'я особистості.

У сучасних наукових дослідженнях відбувається поступове зміщення фокусу з суто біологічних моделей пояснення РХП до психосоціальних підходів, які враховують роль міжособистісних взаємин, емоційної регуляції та соціального контексту розвитку особистості. У межах такого підходу особливого значення набуває аналіз сімейного середовища, зокрема батьківсько-дитячих взаємин, як одного з ключових чинників формування психологічних механізмів, пов'язаних зі схильністю до розладів харчової поведінки.

Попри наявність значної кількості досліджень, присвячених клінічним проявам РХП, питання ролі батьківсько-дитячих взаємин як фактору ризику розвитку схильності до розладів харчової поведінки залишається недостатньо систематизованим, особливо в контексті опосередкованих психологічних механізмів, таких як порушення емоційної регуляції, самооцінки та образу тіла.

Особливої актуальності дана проблематика набуває в сучасних умовах українського суспільства, що характеризується підвищеним рівнем психоемоційного стресу, соціальною нестабільністю та наслідками воєнних подій. Такі умови можуть посилювати вразливість дітей і підлітків до психоемоційних порушень, у тому числі до формування

дисфункційних моделей харчової поведінки, що додатково підкреслює важливість дослідження сімейних чинників психологічного розвитку.

Метою даної кваліфікаційної роботи є дослідження зв'язку між типами батьківсько-дитячих взаємин і схильністю до розладів харчової поведінки.

Для досягнення поставленої мети у роботі передбачено виконання таких завдань:

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до вивчення розладів харчової поведінки як психологічної та психіатричної проблеми.
2. Розкрити сутність батьківсько-дитячих взаємин як психологічного чинника формування особистісних особливостей дитини.
3. Емпірично дослідити взаємозв'язок між характеристиками батьківсько-дитячих взаємин і схильністю до розладів харчової поведінки.
4. Розробити та оцінити ефективність психологічної інтервенції, спрямованої на зменшення ризику формування розладів харчової поведінки.

Об'єкт дослідження — схильність до розладів харчової поведінки.

Предмет дослідження — батьківсько-дитячі взаємини як фактор формування схильності до розладів харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що особливості стосунків із батьками, зокрема характер емоційної підтримки, контролю та виховних установок, мають статистично значущий зв'язок із ризиком формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Передбачається, що дисфункційні батьківські взаємини виступають чинником підвищеного ризику розвитку дезадаптивної харчової поведінки.

Для досягнення мети дослідження було використано теоретичні та емпіричні методи. Теоретичні методи включали аналіз, синтез та узагальнення наукових джерел з проблеми розладів харчової поведінки та впливу сімейних чинників на їх формування. Емпіричне дослідження

здійснювалося із застосуванням опитувальника EAT-26 та модифікованого варіанту опитувальника S-EMBU. Для обробки результатів використовувалися методи математичної статистики.

Наукова новизна дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці профілактичної психологічної інтервенції, спрямованої на зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітків через вплив на батьківські взаємини. Уточнено роль окремих компонентів сімейної взаємодії у формуванні ризику дезадаптивної харчової поведінки та запропоновано модель психоосвітнього тренінгу для батьків у шкільному середовищі.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, зокрема шкільних психологів, під час профілактичної роботи з батьками підлітків. Запропонована в роботі модель психоосвітнього тренінгу може бути використана як основа для розробки та впровадження профілактичних програм, спрямованих на зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітковому віці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Розлади харчової поведінки як психологічна та психіатрична проблема

Розлади харчової поведінки (РХП) розглядаються в сучасній науці як складні психічні порушення, що характеризуються стійкими відхиленнями у ставленні до їжі, власного тіла та контролю харчової поведінки. Вони супроводжуються значними когнітивними, емоційними та поведінковими змінами, які негативно впливають на психічне й фізичне функціонування особистості. На відміну від тимчасових або ситуативних порушень харчування, РХП мають тенденцію до хронічного перебігу та потребують комплексного психологічного й психіатричного втручання [15].

У психологічній та психіатричній літературі проблема розладів харчової поведінки аналізується з позицій їх визначення, класифікації, причин виникнення та психологічних механізмів розвитку. Розглянемо їх нижче.

У наукових дослідженнях розлади харчової поведінки визначаються не лише як суто психіатричні діагнози, а як явища, що перебувають на перетині психології, медицини та соціальних наук. Такий підхід дозволяє враховувати не тільки біологічні чинники, але й психологічні особливості особистості, міжособистісні взаємини та соціокультурний контекст розвитку [36]. Відповідно, РХП розглядаються як багатofакторне явище, формування якого зумовлене взаємодією різних рівнів впливу.

Важливим аспектом сучасного розуміння проблеми є розмежування клінічних форм розладів харчової поведінки та субклінічних проявів, які

не завжди відповідають діагностичним критеріям, проте можуть свідчити про підвищений ризик розвитку патології. У цьому контексті дедалі частіше використовується поняття «схильність до розладів харчової поведінки», що охоплює наявність дисфункційних харчових установок, емоційної залежності від їжі, порушень образу тіла та потреби в надмірному контролі без обов'язкової наявності клінічного діагнозу [47].

Застосування поняття схильності дозволяє розглядати розлади харчової поведінки як континуум — від помірних, латентних проявів до виражених клінічних форм. Такий підхід є особливо важливим у психологічних дослідженнях, орієнтованих на профілактику та раннє виявлення ризикових чинників, оскільки дає змогу аналізувати механізми формування РХП ще до появи стійких патологічних симптомів.

У межах сучасних теоретичних моделей найбільш обґрунтованим вважається біопсихосоціальний підхід, відповідно до якого розвиток розладів харчової поведінки зумовлений взаємодією біологічної вразливості, психологічних особливостей та соціального середовища. Саме цей підхід створює методологічну основу для подальшого аналізу психологічних і сімейних чинників, що сприяють формуванню схильності до розладів харчової поведінки [15; 36].

Таким чином, розлади харчової поведінки доцільно розглядати як багатовимірне явище, що включає як клінічні, так і субклінічні прояви. Поняття схильності до РХП дозволяє зосередити увагу на психологічних механізмах і контекстуальних чинниках розвитку проблемної харчової поведінки, що створює підґрунтя для подальшого аналізу їх психологічних детермінант.

Класифікація розладів харчової поведінки (РХП) є важливим інструментом їх наукового аналізу, оскільки дозволяє систематизувати різноманітні прояви порушеної харчової поведінки, окреслити межі між різними формами розладів та забезпечити цілісне розуміння їх

психологічної природи. У межах психологічних досліджень класифікація виконує не лише діагностичну, але й теоретико-методологічну функцію, сприяючи аналізу спільних і відмінних механізмів формування та підтримання розладів харчової поведінки [36; 16].

Сучасні уявлення про класифікацію РХП ґрунтуються передусім на положеннях міжнародних діагностичних систем DSM-5-TR та ICD-11, які розглядають розлади харчової поведінки як окрему групу психічних розладів із чітко визначеними поведінковими, когнітивними та емоційними характеристиками [2; 54]. Водночас обидві класифікації визнають багатофакторну природу РХП, підкреслюючи роль біологічних, психологічних та соціальних чинників у їх виникненні та розвитку. Такий підхід дозволяє розглядати РХП не як ізольовані клінічні явища, а як складні порушення, що формуються в процесі взаємодії особистісних і середовищних факторів [15].

До основних форм розладів харчової поведінки, відповідно до сучасних класифікацій, належать нервова анорексія, нервова булімія та розлад переїдання. Нервова анорексія характеризується стійким обмеженням прийому їжі, інтенсивним страхом набору ваги та викривленим образом власного тіла. З психологічної точки зору дана форма РХП часто пов'язана з підвищеним рівнем самоконтролю, ригідністю мислення та перфекціоністичними установками, коли контроль над тілом і харчуванням набуває центрального значення для підтримання самооцінки [36; 16].

Нервова булімія відрізняється повторюваними епізодами переїдання, які супроводжуються відчуттям втрати контролю та подальшими компенсаторними діями, спрямованими на запобігання набору ваги. У психологічному аспекті булімія часто асоціюється з емоційною нестабільністю, імпульсивністю та труднощами регуляції афекту. Харчова поведінка в цьому випадку виконує функцію короткочасного зниження

емоційної напруги, тоді як компенсаторні дії слугують спробою відновлення внутрішнього контролю та зменшення почуття провини [16].

Розлад переїдання характеризується регулярними епізодами надмірного споживання їжі без подальших компенсаторних дій. З позицій психологічного аналізу цей розлад пов'язується з порушеннями емоційної регуляції, використанням їжі як засобу подолання негативних емоційних станів та зниженим рівнем самоконтролю. Для осіб із розладом переїдання характерні переживання сорому, провини та хронічного незадоволення собою, що сприяє формуванню замкненого кола порушеної харчової поведінки [36; 16].

Окрім основних форм, сучасні класифікаційні системи визнають існування атипових і змішаних варіантів розладів харчової поведінки, які не повністю відповідають критеріям конкретних діагнозів, проте супроводжуються клінічно значущими психологічними труднощами. Такі форми, зокрема об'єднані в категорію OSFED, підкреслюють континуальний характер РХП та ускладнюють чітке розмежування між нормальними харчовими звичками і патологічними моделями поведінки [2; 54].

Особливого значення в психологічних дослідженнях набуває розмежування клінічних і субклінічних проявів розладів харчової поведінки. Субклінічні прояви можуть включати надмірну зосередженість на вазі та формі тіла, епізодичні обмеження харчування, емоційне переїдання або дисфункційні харчові установки, які не відповідають формальним діагностичним критеріям, проте свідчать про підвищену вразливість до розвитку РХП. Згідно з сучасними оглядовими дослідженнями, саме такі прояви розглядаються як важливі предиктори подальшого розвитку клінічних форм розладів харчової поведінки [47].

Можна зробити висновок, що класифікація розладів харчової поведінки відображає їх багатовимірну та континуальну природу,

дозволяючи інтегрувати клінічні та психологічні підходи до аналізу цієї проблеми. Використання класифікацій DSM-5-TR та ICD-11 у поєднанні з сучасними теоретичними моделями створює методологічну основу для подальшого вивчення психологічних механізмів і чинників ризику розвитку розладів харчової поведінки [15; 36; 47; 16]. Отже, сучасна класифікація розладів харчової поведінки дозволяє розглядати їх як спектр порушень, що варіюються від субклінічних проявів до виражених клінічних форм. Це створює підґрунтя для аналізу психологічних механізмів, які сприяють виникненню та підтриманню порушеної харчової поведінки, що й буде предметом розгляду далі.

У сучасних психологічних дослідженнях розлади харчової поведінки розглядаються не лише як порушення харчових звичок, а як результат взаємодії низки психологічних механізмів, що формуються та закріплюються в процесі розвитку особистості. Аналіз цих механізмів дозволяє зрозуміти, чому порушена харчова поведінка зберігається навіть за наявності негативних фізичних і психічних наслідків та чому вона часто виконує для особистості певну психологічну функцію [15; 36].

Одним із ключових психологічних механізмів, пов'язаних із розвитком розладів харчової поведінки, є порушення емоційної регуляції [15; 16; 8; 14; 39]. У багатьох випадках харчова поведінка використовується як спосіб зниження інтенсивних негативних емоцій або як засіб уникнення емоційного напруження. Обмеження харчування, переїдання або компенсаторні дії можуть тимчасово створювати відчуття полегшення чи контролю, що сприяє закріпленню цих патернів поведінки [15; 16]. Таким чином, порушена харчова поведінка набуває функції емоційного копінгу [17; 4; 10].

Сучасні дослідження також підкреслюють, що порушення емоційної регуляції має не лише психологічний, але й нейробиологічний вимір. Особливості функціонування систем когнітивного контролю та емоційної

обробки можуть формувати загальну вразливість до порушень саморегуляції, що розглядається в межах трансдіагностичного підходу до психопатології [29; 38].

Важливим психологічним чинником у структурі розладів харчової поведінки є спотворений образ тіла. Надмірна зосередженість на зовнішньому вигляді, масі тіла та формах тіла часто супроводжується негативною оцінкою власної зовнішності та незадоволенням собою. У цьому контексті контроль над харчуванням і тілом стає способом досягнення уявного ідеалу та засобом підтримання самооцінки [36; 16]. Спотворений образ тіла не лише передує розвитку РХП, але й виступає фактором, що підтримує їх перебіг.

Ще одним значущим психологічним механізмом є потреба в контролі, яка часто розглядається як центральна для багатьох форм розладів харчової поведінки. Контроль над їжею, вагою та тілесними відчуттями може компенсувати переживання безпорадності, невпевненості або внутрішньої нестабільності. Особливо це характерно для осіб із високими вимогами до себе, ригідними стандартами та схильністю до перфекціонізму, коли порушена харчова поведінка стає способом підтвердження власної здатності до самодисципліни [36; 16].

Перфекціоністичні установки також посідають важливе місце серед психологічних факторів ризику розвитку РХП. Вони проявляються у прагненні до недосяжних стандартів, жорсткій самокритиці та залежності самооцінки від досягнення ідеальних результатів. У поєднанні зі спотвореним образом тіла перфекціонізм може сприяти формуванню надмірного контролю харчування та посиленню страху втрати цього контролю [16].

Окрему увагу в сучасних дослідженнях приділяють підтримувальним факторам розладів харчової поведінки. До них належать когнітивні переконання щодо їжі та тіла, емоційні реакції на порушення

харчового режиму, а також соціальні та культурні впливи, які підсилюють значущість зовнішнього вигляду та худорлявості. Згідно з біопсихосоціальним підходом, саме взаємодія цих факторів сприяє стабілізації патологічних харчових патернів і ускладнює процес їх подолання [15; 47].

Важливо підкреслити, що психологічні механізми та підтримувальні фактори розладів харчової поведінки не діють ізольовано. Вони формують взаємопов'язану систему, у межах якої емоційна регуляція, образ тіла, потреба в контролі та перфекціонізм взаємно підсилюють одне одного. Така системність пояснює хронічний характер багатьох форм РХП та необхідність комплексного підходу до їх психологічного аналізу [15; 36; 16]. Отже, психологічні механізми та підтримувальні фактори відіграють ключову роль у виникненні та збереженні розладів харчової поведінки, виконуючи для особистості функцію емоційної регуляції та контролю. Усвідомлення багатовимірності цих механізмів зумовлює необхідність використання інтегративних моделей пояснення РХП, що поєднують біологічні, психологічні та соціальні чинники.

У сучасній психологічній науці все більшого поширення набувають інтегративні моделі пояснення розладів харчової поведінки, які враховують багатовимірний характер цих порушень. Однією з таких моделей є біопсихосоціальна модель, що розглядає розлади харчової поведінки як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Застосування цієї моделі дозволяє подолати редуціоністські підходи та забезпечує комплексне розуміння причин виникнення і підтримання РХП [15; 16].

Біологічний компонент біопсихосоціальної моделі охоплює генетичну схильність, нейробиологічні особливості та фізіологічні механізми, які можуть впливати на харчову поведінку та емоційні реакції. Дослідження вказують на те, що індивідуальні відмінності у

функціонуванні нейромедіаторних систем, а також спадкові фактори можуть створювати базову вразливість до розвитку розладів харчової поведінки. Проте самі по собі біологічні чинники не визначають виникнення РХП, а реалізуються у взаємодії з психологічними та соціальними умовами [15; 47].

Психологічний компонент моделі включає особистісні характеристики, когнітивні схеми, емоційні процеси та механізми саморегуляції, які були розглянуті в попередньому підпункті. До таких чинників належать порушення емоційної регуляції, спотворений образ тіла, потреба в контролі та перфекціоністичні установки. У межах біопсихосоціального підходу ці психологічні особливості розглядаються як центральні ланки, що опосередковують вплив біологічної схильності та соціальних чинників на формування порушеної харчової поведінки [15; 36].

Соціальний компонент біопсихосоціальної моделі охоплює вплив сімейного середовища, культурних норм, соціальних очікувань та міжособистісних взаємин. Соціальні чинники можуть посилювати значущість зовнішнього вигляду, худорлявості або контролю над тілом, створюючи додатковий тиск на особистість. У поєднанні з психологічною вразливістю та біологічними передумовами такі впливи сприяють формуванню і закріпленню дисфункційних моделей харчової поведінки [15; 16].

Важливою особливістю біопсихосоціальної моделі є акцент на динамічній взаємодії її складових. Біологічні, психологічні та соціальні чинники не діють ізольовано, а постійно впливають один на одного, формуючи складну систему взаємозалежностей. Наприклад, психологічний стрес, зумовлений соціальними очікуваннями, може впливати на нейробіологічні процеси та посилювати емоційну

дисрегуляцію, що, своєю чергою, сприяє підтриманню порушеної харчової поведінки [47; 16].

Застосування біопсихосоціальної моделі дозволяє розглядати розлади харчової поведінки не як статичні стани, а як процеси, що розвиваються впродовж часу та змінюються залежно від контексту життя особистості. Такий підхід є особливо цінним для психологічних досліджень, оскільки відкриває можливості для аналізу індивідуальних траєкторій розвитку РХП та виявлення факторів, які можуть як підвищувати ризик їх виникнення, так і сприяти зниженню цієї вразливості [15; 47].

Таким чином, біопсихосоціальна модель виступає методологічною основою для інтеграції різних теоретичних підходів до вивчення розладів харчової поведінки. Вона узагальнює біологічні, психологічні та соціальні аспекти проблеми, забезпечуючи цілісне бачення природи РХП та створюючи теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу чинників їх формування в контексті сімейних і батьківсько-дитячих взаємин [15; 16].

1.2. Батьківсько-дитячі взаємини як психологічний контекст розвитку дитини

Сім'я є первинним і фундаментальним середовищем психічного розвитку дитини, у межах якого формуються базові емоційні, когнітивні та особистісні структури. Саме в сімейному контексті дитина вперше отримує досвід близьких міжособистісних взаємин, засвоює первинні моделі емоційного реагування та набуває уявлень про безпеку, підтримку і доступність значущих інших. Цей ранній досвід визначає характер

подальшого психологічного розвитку та створює основу для формування стійких внутрішніх моделей взаємин [3].

У психології розвитку сім'я розглядається не лише як соціальний інститут, а як складна емоційна система, в якій кожна взаємодія між дитиною та батьками має регулятивну функцію. Повторювані патерни батьківського реагування поступово інтеріоризуються дитиною та трансформуються у внутрішні емоційні схеми, які надалі визначають спосіб сприйняття власних переживань і поведінки інших людей. Через ці схеми формується відчуття базової довіри або недовіри до світу, що має вирішальне значення для емоційної стабільності та адаптації дитини [6].

Особливу роль сімейне середовище відіграє у формуванні здатності дитини до емоційної регуляції. На ранніх етапах розвитку дитина не володіє зрілими механізмами саморегуляції і значною мірою залежить від дорослого у процесі заспокоєння, організації емоційного досвіду та надання сенсу емоційним станам. Батьківська підтримка, чутливість і своєчасне реагування на емоційні сигнали дитини забезпечують процес співрегуляції, у межах якого дитина поступово навчається розпізнавати власні емоції, регулювати їх інтенсивність та виражати їх у соціально прийнятний спосіб [6].

Крім емоційної сфери, сім'я є ключовим контекстом формування базових особистісних характеристик дитини. Самооцінка, відчуття власної цінності, автономія та впевненість у собі значною мірою залежать від якості батьківсько-дитячих взаємин. Підтримувальне та емоційно безпечне сімейне середовище сприяє формуванню позитивного образу себе, тоді як непослідовність, емоційна холодність або надмірна критичність можуть створювати передумови для розвитку внутрішньої невпевненості та підвищеної чутливості до зовнішніх оцінок [3].

Важливо зазначити, що вплив сім'ї на розвиток дитини має кумулятивний і тривалий характер. Не окремі події, а стабільність і

передбачуваність батьківських реакцій формують емоційний фон, у межах якого дитина навчається будувати уявлення про взаємини з іншими людьми. Саме ця стабільність створює умови для формування відчуття психологічної безпеки, яке є необхідною передумовою для розвитку дослідницької активності, автономії та здатності до адаптації в нових соціальних ситуаціях [6].

Окрім цього, сімейне середовище виступає основним простором, у якому відбувається соціалізація емоцій. Через вербальні й невербальні взаємодії з батьками дитина засвоює соціально прийнятні способи вираження емоцій, навчається інтерпретувати емоційні стани інших та формує базові навички емпатії [20]. Таким чином, сім'я не лише впливає на індивідуальний емоційний розвиток, а й закладає основу для майбутніх міжособистісних взаємин дитини [6].

Отже, сім'я як первинне середовище розвитку дитини відіграє визначальну роль у формуванні емоційної регуляції, особистісної стабільності та психологічної адаптації. Усвідомлення значущості сімейного контексту є необхідною передумовою для подальшого аналізу батьківсько-дитячих взаємин у межах теорії прив'язаності.

Теорія прив'язаності є однією з ключових концептуальних рамок сучасної психології розвитку, яка дозволяє пояснити значення ранніх емоційних взаємин між дитиною та значущими дорослими для подальшого психологічного функціонування особистості. У межах цієї теорії батьківсько-дитячі взаємини розглядаються не лише як джерело емоційної підтримки, а як базовий механізм формування внутрішніх моделей взаємодії з іншими людьми та регуляції власних емоційних станів [3].

Засновником теорії прив'язаності є Дж. Боулбі, який розглядав прив'язаність як вроджену мотиваційну систему, спрямовану на підтримання близькості дитини з фігурою догляду. З еволюційної точки

зору така система забезпечує виживання, оскільки близькість до дорослого підвищує рівень захищеності дитини. У психологічному вимірі прив'язаність виконує регулятивну функцію, допомагаючи дитині впоратися зі страхом, тривогою та іншими інтенсивними емоційними станами [3].

Центральним поняттям теорії прив'язаності є концепція «безпечної бази» (secure base), яка описує здатність значущого дорослого бути одночасно джерелом захисту та підтримки і точкою відліку для дослідження навколишнього світу. За наявності безпечної бази дитина може вільно проявляти дослідницьку активність, повертаючись до батьків у ситуаціях емоційного напруження. Такий баланс між близькістю та автономією є критично важливим для гармонійного емоційного та особистісного розвитку [6].

Подальший розвиток теорії прив'язаності пов'язаний із роботами Мері Ейнсворт, яка емпірично підтвердила основні положення Боулбі та запропонувала методику «Незнайома ситуація» для вивчення індивідуальних відмінностей у прив'язаності. Результати цих досліджень дозволили показати, що якість ранніх взаємин із батьками має стабільний характер і проявляється в типових моделях емоційного реагування дитини в ситуаціях розлуки та возз'єднання [1].

У межах теорії прив'язаності особливе значення надається внутрішнім робочим моделям (internal working models), які формуються на основі повторюваного досвіду взаємодії з батьками. Ці моделі включають уявлення дитини про себе як про гідну або негідну турботи, а також уявлення про інших як доступних або недоступних для емоційної підтримки. Внутрішні робочі моделі виконують організуючу функцію, визначаючи очікування, емоційні реакції та поведінкові стратегії в міжособистісних стосунках [3; 6].

Важливо підкреслити, що теорія прив'язаності розглядає батьківсько-дитячі взаємини як динамічний процес, який розвивається у взаємодії індивідуальних особливостей дитини та якості батьківського реагування. Прив'язаність не є фіксованою характеристикою, однак ранній досвід взаємин із батьками створює стійкі тенденції в емоційному функціонуванні та способах регуляції стресу, які можуть зберігатися протягом життя [6].

Застосування теорії прив'язаності як концептуальної основи аналізу батьківсько-дитячих взаємин дозволяє перейти від опису зовнішніх форм взаємодії до розуміння глибинних психологічних механізмів, що лежать в основі емоційного розвитку дитини. Саме в межах цієї теорії стає можливим пояснити, яким чином ранні взаємини впливають на формування емоційної регуляції, міжособистісних стратегій та психологічної вразливості.

У межах теорії прив'язаності було виокремлено декілька типів прив'язаності, які формуються внаслідок систематичної взаємодії дитини з батьками та відображають якість емоційного зв'язку між ними. Ці типи не є окремими рисами особистості, а радше відносно стабільними моделями емоційного реагування, очікувань і поведінкових стратегій у міжособистісних взаєминах. Вони виконують адаптивну функцію, допомагаючи дитині пристосуватися до специфічного емоційного контексту сімейного середовища [1; 6].

Надійна (secure) прив'язаність формується за умов чутливого, послідовного та емоційно доступного батьківського реагування. Діти з таким типом прив'язаності, як правило, демонструють вищий рівень емоційної стабільності, здатність звертатися по підтримку в ситуаціях стресу та ефективніше регулювати власні емоційні стани. Надійна прив'язаність сприяє формуванню позитивного образу себе та інших, що

створює передумови для розвитку довіри, автономії та гнучких міжособистісних стратегій [6].

Небезпечні (insecure) типи прив'язаності формуються в умовах непослідовного, емоційно недоступного або надмірно контролюючого батьківського реагування. Унікальна (avoidant) прив'язаність характеризується тенденцією до пригнічення емоційних проявів і мінімізації потреби в близькості як захисної реакції на досвід емоційного відкидання. Діти з таким типом прив'язаності можуть зовні виглядати автономними, проте на внутрішньому рівні демонструють труднощі з усвідомленням і вираженням власних емоцій [1].

Амбівалентна або тривожна (anxious) прив'язаність, навпаки, пов'язана з підвищеною емоційною реактивністю, страхом втрати близькості та труднощами у самозаспокоєнні. Такий тип прив'язаності формується в умовах непередбачуваного батьківського реагування, коли доступність і підтримка з боку дорослого є нестабільними. У результаті дитина може демонструвати надмірну залежність від зовнішнього схвалення та підвищену чутливість до міжособистісних сигналів [1; 6].

Психологічні наслідки різних типів прив'язаності найбільш виразно проявляються у сфері емоційної регуляції. Згідно з емпіричними дослідженнями, надійна прив'язаність пов'язана з більш розвиненими навичками усвідомлення, регуляції та адаптивного вираження емоцій. Натомість небезпечні типи прив'язаності асоціюються або з підвищеною емоційною реактивністю, або з тенденцією до емоційного уникання, що ускладнює ефективне подолання стресових ситуацій [9].

Тип прив'язаності також впливає на формування копінг-стратегій і способів реагування на труднощі. Діти з надійною прив'язаністю частіше використовують проблемно-орієнтовані та соціально адаптивні стратегії подолання, зокрема звернення по підтримку та активний пошук рішень. Натомість небезпечні типи прив'язаності пов'язані з менш ефективними

копінг-стратегіями, такими як уникання, заперечення або надмірна емоційна залежність від інших [9; 6].

Водночас важливо підкреслити, що типи прив'язаності не є жорстко фіксованими характеристиками та можуть змінюватися залежно від подальшого досвіду взаємин і соціального контексту. Проте ранні моделі прив'язаності створюють певну траєкторію емоційного розвитку, яка за несприятливих умов може підвищувати психологічну вразливість дитини та ускладнювати формування стабільних механізмів емоційної регуляції [6].

Таким чином, різні типи прив'язаності відіграють ключову роль у формуванні емоційного функціонування дитини, визначаючи характер її реакцій на стрес, здатність до саморегуляції та особливості міжособистісних взаємин.

Батьківська чутливість є одним із ключових психологічних чинників, що визначають розвиток емоційної регуляції дитини. Під батьківською чутливістю в сучасній психології розвитку розуміють здатність батьків помічати емоційні сигнали дитини, адекватно їх інтерпретувати та своєчасно й послідовно реагувати на них. Саме така форма взаємодії створює умови для формування ефективних механізмів регуляції емоцій у процесі розвитку [9].

На ранніх етапах онтогенезу дитина не володіє сформованими внутрішніми засобами управління емоційними станами, тому регуляція емоцій має зовнішній характер і здійснюється через взаємодію з батьками. У цьому контексті батьківська чутливість виконує функцію співрегуляції, коли дорослий допомагає дитині знижувати інтенсивність негативних емоцій, надає емоційний сенс переживанням та демонструє прийнятні способи емоційного реагування. Повторюваність таких епізодів поступово сприяє інтеріоризації регуляторних механізмів і переходу від зовнішньої до внутрішньої регуляції [9; 57].

Емпіричні оглядові дослідження підтверджують, що якість батьківської чутливості тісно пов'язана з рівнем розвитку емоційної регуляції у дітей. Діти, які зростають у середовищі з високим рівнем чутливості та емоційної підтримки, демонструють кращу здатність розпізнавати власні емоції, регулювати їх інтенсивність і використовувати адаптивні стратегії подолання стресу. Натомість низька чутливість або непослідовність батьківських реакцій асоціюється з підвищеною емоційною реактивністю та труднощами у самозаспокоєнні [57].

Особливу роль у цьому процесі відіграє характер батьківських реакцій на негативні емоції дитини. Підтримувальні реакції, що визнають емоційний стан дитини та допомагають йому знайти способи впоратися з переживанням, сприяють розвитку адаптивних стратегій емоційної регуляції. Натомість ігнорування, знецінення або покарання за прояв емоцій можуть перешкоджати формуванню ефективних регуляторних механізмів і призводити до закріплення неадаптивних способів реагування, зокрема уникання або надмірної емоційної експресії [9].

Зв'язок між батьківською чутливістю та емоційною регуляцією також опосередковується типом прив'язаності, сформованим у дитини. Надійна прив'язаність, що виникає за умов стабільної та чутливої батьківської поведінки, створює сприятливий контекст для розвитку емоційної саморегуляції. Водночас небезпечні типи прив'язаності, пов'язані з дефіцитом чутливості або її непередбачуваністю, можуть ускладнювати процес формування стабільних регуляторних стратегій [9; 57].

Важливо підкреслити, що вплив батьківської чутливості на розвиток емоційної регуляції має довготривалий характер. Навички, сформовані в ранньому дитинстві, зберігаються у подальшому розвитку та впливають на здатність особистості справлятися зі стресом, регулювати емоції у міжособистісних взаєминах і адаптуватися до складних життєвих ситуацій.

Таким чином, батьківська чутливість є критично важливим чинником розвитку емоційної регуляції, оскільки забезпечує перехід від зовнішньої співрегуляції до внутрішньої саморегуляції [57].

Стилі батьківського виховання є важливим компонентом батьківсько-дитячих взаємин і визначають загальний емоційний та регулятивний контекст розвитку дитини. На відміну від прив'язаності, яка описує емоційний зв'язок між дитиною та значущим дорослим, стиль виховання відображає відносно стабільні патерни батьківської поведінки, зокрема рівень контролю, підтримки, вимогливості та емоційної залученості. Саме через ці патерни дитина засвоює соціальні норми, правила взаємодії та способи регуляції власних емоційних станів [34].

У психологічній літературі найбільш дослідженими є авторитетний та авторитарний стилі батьківського виховання. Авторитетний стиль поєднує високий рівень емоційної підтримки з чіткими, послідовними вимогами та межами. За такого стилю батьки визнають емоційні потреби дитини, водночас сприяючи розвитку автономії та відповідальності. Дослідження свідчать, що авторитетний стиль виховання позитивно пов'язаний з формуванням емоційної компетентності, зокрема здатності розпізнавати власні емоції, регулювати їх та адекватно реагувати в міжособистісних ситуаціях [34].

Авторитарний стиль виховання, навпаки, характеризується високим рівнем контролю та вимогливості за умови низької емоційної підтримки. У такому контексті емоційні прояви дитини можуть знецінюватися або розглядатися як небажані, що ускладнює формування навичок емоційної регуляції. Діти, виховані в умовах авторитарного стилю, частіше демонструють труднощі у вираженні емоцій, підвищену тривожність або схильність до емоційного пригнічення, що негативно позначається на розвитку емоційної компетентності [34].

Важливим аспектом аналізу стилів виховання є їх взаємодія з типами прив'язаності та рівнем батьківської чутливості. Авторитетний стиль, як правило, поєднується з високою батьківською чутливістю та сприяє формуванню надійної прив'язаності, що створює оптимальні умови для розвитку емоційної регуляції. Натомість авторитарний стиль може посилювати негативні наслідки небезпечних типів прив'язаності, обмежуючи можливості дитини для розвитку адаптивних емоційних стратегій.

Емпіричні дослідження підтверджують, що вплив стилю виховання на емоційну компетентність дитини проявляється не лише в безпосередніх поведінкових реакціях, а й у формуванні довготривалих емоційних патернів. Діти, які зростають у середовищі з переважанням підтримувального та структурованого стилю виховання, демонструють вищу емоційну гнучкість, кращу здатність до саморегуляції та більш адаптивні міжособистісні навички. Водночас жорсткі або емоційно дистанційовані стилі виховання можуть створювати передумови для формування емоційної вразливості та труднощів у подальшій соціальній адаптації [34].

Особливої уваги заслуговує той факт, що стилі виховання не діють ізольовано, а формують єдину систему взаємодії з іншими компонентами сімейного середовища. Емоційний клімат сім'ї, рівень чутливості батьків та характер прив'язаності взаємно підсилюють або послаблюють вплив стилю виховання на розвиток дитини. Таким чином, емоційна компетентність формується як результат комплексної взаємодії різних аспектів батьківсько-дитячих взаємин, а не лише окремих виховних практик. Сімейні фактори впливають на психічне благополуччя дитини не безпосередньо, а через сформовані механізми емоційної регуляції, які, у свою чергу, визначають рівень інтерналізованих симптомів у підлітковому віці [35].

Отже, стилі батьківського виховання відіграють ключову роль у формуванні емоційної компетентності дитини, визначаючи умови для розвитку навичок емоційної регуляції, самосвідомості та міжособистісної адаптації. Розуміння впливу стилів виховання у поєднанні з типами прив'язаності та батьківською чутливістю дозволяє цілісно оцінити психологічний контекст розвитку дитини та створює теоретичне підґрунтя для аналізу психологічної вразливості, що буде розглянуто далі.

1.3 Взаємозв'язок батьківсько-дитячих стосунків і схильності до розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) у сучасній психології розглядаються як складний мультифакторний феномен, формування якого не може бути пояснене виключно біологічними або медичними причинами. Хоча РХП традиційно класифікуються в межах психіатричних нозологій, дедалі більше досліджень підкреслюють необхідність інтегративного підходу, який враховує взаємодію психологічних, соціальних і сімейних чинників. У цьому контексті РХП постають не лише як порушення харчової поведінки, а як форма психологічної дезадаптації, що відображає глибші труднощі емоційного функціонування особистості.

Окрему роль у формуванні порушеної харчової поведінки відіграє незадоволеність власним тілом, яка особливо загострюється в підлітковому віці. Дослідження свідчать, що труднощі емоційної регуляції можуть виступати опосередковувальним механізмом між негативним образом тіла та розвитком булімічної й обмежувальної харчової поведінки. При цьому незадоволеність тілом має тенденцію зберігатися з підліткового віку в

дорослість, впливаючи на стабільність дезадаптивних поведінкових патернів [46; 48; 5; 19].

Епідеміологічні дані свідчать про значну поширеність розладів харчової поведінки та їх серйозні наслідки для психічного і фізичного здоров'я. За результатами масштабних популяційних досліджень, РХП асоціюються з підвищеним рівнем смертності, коморбідністю з афективними та тривожними розладами, а також із суттєвим зниженням якості життя. Особливо тривожним є той факт, що перші симптоми РХП часто з'являються у підлітковому або ранньому дорослому віці — періодах, які є критичними для формування ідентичності та стабільних механізмів саморегуляції [50].

Розлади харчової поведінки часто поєднуються з афективними розладами, зокрема депресивними та тривожними симптомами, що ускладнює перебіг захворювання та підтверджує спільність психологічних механізмів їх формування [21].

У межах афективних моделей порушеної харчової поведінки переїдання розглядається як спосіб короточасного зниження інтенсивних негативних емоцій. Емпіричні дані підтверджують, що труднощі емоційної регуляції є центральним механізмом у розвитку компульсивного переїдання та пов'язаних із ним форм дезадаптації [22; 32].

Сучасні моделі розвитку розладів харчової поведінки наголошують на їх мультидетермінованій природі. Біологічні чинники, зокрема генетична вразливість або нейробіологічні особливості, створюють базовий рівень ризику, проте самі по собі рідко є достатніми для розвитку розладу. Психологічні фактори — такі як труднощі емоційної регуляції, низька самооцінка, перфекціонізм — взаємодіють із соціальними впливами, включно з культурними стандартами тіла та міжособистісним середовищем. У цій системі сімейний контекст і, зокрема, батьківсько-дитячі взаємини відіграють роль ключового середовища, у

якому ця вразливість може або пом'якшуватися, або, навпаки, посилюватися.

Особливе місце серед соціально-психологічних чинників займають ранні взаємини з батьками, оскільки саме вони формують первинні механізми емоційної регуляції та способи реагування на стрес. У попередніх розділах було показано, що якість батьківсько-дитячих взаємин впливає на розвиток прив'язаності, емоційної компетентності та здатності до саморегуляції. У цьому контексті харчова поведінка може набувати функції психологічного інструменту, за допомогою якого особистість намагається впоратися з емоційним напруженням або внутрішніми конфліктами.

Важливо підкреслити, що розлади харчової поведінки не виникають раптово, а формуються поступово як результат накопичення несприятливих чинників. Порушена харчова поведінка може виконувати регулятивну функцію, тимчасово знижуючи інтенсивність негативних емоцій або створюючи ілюзію контролю в умовах внутрішньої нестабільності [28; 55]. Такий механізм особливо ймовірний у разі дефіциту адаптивних стратегій емоційної регуляції, що часто бере свій початок у ранньому сімейному досвіді.

Таким чином, розлади харчової поведінки доцільно розглядати як багатовимірний психологічний феномен, у якому біологічна вразливість взаємодіє з індивідуальними особливостями емоційного розвитку та соціальним контекстом. Сімейні фактори, зокрема характер батьківсько-дитячих стосунків, не є єдиною причиною РХП, проте можуть виступати важливим чинником ризику або, навпаки, захисним ресурсом. Саме тому подальший аналіз зосереджується на вивченні зв'язку між типами прив'язаності, особливостями сімейної взаємодії та схильністю до розвитку розладів харчової поведінки.

Сучасні емпіричні дослідження переконливо свідчать, що тип прив'язаності, сформований у ранніх батьківсько-дитячих взаєминах, є значущим чинником психологічної вразливості до розвитку розладів харчової поведінки. У межах теорії прив'язаності розлади харчової поведінки розглядаються не лише як порушення харчування, а як прояв глибинних труднощів у сфері емоційної регуляції та міжособистісної безпеки, що беруть початок у ранньому досвіді взаємин із значущими дорослими.

Результати систематичного огляду та мета-аналізу, проведеного Jewell та співавторами, демонструють, що серед осіб із розладами харчової поведінки достовірно частіше виявляються небезпечні типи прив'язаності порівняно з представниками загальної популяції без симптомів РХП [24]. Зокрема, тривожна (anxious) та унікальна (avoidant) прив'язаність значно переважають у клінічних вибірках, що свідчить про системний зв'язок між якістю ранніх емоційних взаємин і ризиком розвитку порушеної харчової поведінки.

Надійна (secure) прив'язаність, навпаки, розглядається як важливий захисний чинник. Особи з надійним типом прив'язаності, як правило, демонструють вищу здатність до емоційної саморегуляції, більшу гнучкість у подоланні стресових ситуацій та меншу схильність до використання їжі як засобу компенсації емоційного напруження. Таким чином, надійна прив'язаність знижує ймовірність формування неадаптивних харчових патернів навіть за наявності зовнішніх стресорів [33].

Тривожна прив'язаність асоціюється з підвищеною чутливістю до міжособистісної загрози, страхом відкидання та нестабільною самооцінкою. За таких умов харчова поведінка може набувати регулятивної функції, стаючи засобом зниження тривоги або способом досягнення відчуття контролю. Дослідження свідчать, що саме при

тривожному типі прив'язаності частіше спостерігаються симптоми емоційного переїдання, компульсивного контролю ваги та інших форм порушеної харчової поведінки [24; 33].

Унікальна прив'язаність, у свою чергу, характеризується схильністю до емоційного дистанціювання та пригнічення емоційних потреб. Особи з таким типом прив'язаності можуть використовувати обмеження в їжі або жорсткий контроль харчування як спосіб уникнення контакту з власними емоціями. У цьому випадку харчова поведінка виконує функцію психологічного захисту, дозволяючи зберігати ілюзію автономії та самодостатності за умов внутрішньої емоційної ізоляції [24].

Важливо наголосити, що зв'язок між типами прив'язаності та розладами харчової поведінки не є прямолінійним. Небезпечні типи прив'язаності не зумовлюють автоматичного розвитку РХП, проте вони створюють фон підвищеної психологічної вразливості, у межах якого інші чинники — такі як труднощі емоційної регуляції, незадоволеність тілом або міжособистісний стрес — можуть легше призводити до формування порушеної харчової поведінки [24].

Оглядом дослідження також підкреслюють, що тип прив'язаності впливає не лише на ризик виникнення розладів харчової поведінки, а й на характер їх перебігу. Небезпечні типи прив'язаності асоціюються з більшою тяжкістю симптомів, вищим рівнем коморбідної тривоги та депресії, а також з меншою ефективністю терапевтичних втручань. Це свідчить про те, що ранні батьківсько-дитячі взаємини мають довготривалий вплив на психологічне функціонування особистості та її здатність до відновлення [33].

Таким чином, типи прив'язаності виступають важливим психологічним чинником ризику або захисту щодо розвитку розладів харчової поведінки. Аналіз цього зв'язку дозволяє глибше зрозуміти, чому саме певні форми батьківсько-дитячих взаємин можуть підвищувати

схильність до РХП, та створює підґрунтя для подальшого розгляду механізмів, через які цей зв'язок реалізується.

Попри наявність переконливих доказів зв'язку між типами прив'язаності та розладами харчової поведінки, сучасні дослідження наголошують, що цей зв'язок не є прямим і реалізується через низку психологічних механізмів. Серед них провідне місце займають труднощі емоційної регуляції та незадоволеність власним тілом, які виступають ключовими опосередковувальними ланками між раннім досвідом батьківсько-дитячих взаємин і формуванням порушеної харчової поведінки [30; 31; 42].

Емоційна регуляція розглядається як здатність особистості усвідомлювати, модулювати та адекватно виражати власні емоційні стани [14]. Як було показано в попередніх розділах, формування цієї здатності значною мірою залежить від якості ранніх взаємин із батьками та типу прив'язаності. У разі небезпечної прив'язаності дитина часто не отримує достатньої підтримки у процесі співрегуляції, що може призводити до закріплення неадаптивних стратегій управління емоціями.

Мета-аналіз, проведений Monteleone та співавторами, демонструє стабільний і значущий зв'язок між труднощами емоційної регуляції та симптомами розладів харчової поведінки у підлітків і молодих дорослих [37]. Зокрема, порушення усвідомлення емоцій, імпульсивність у відповідь на емоційне напруження та труднощі у використанні адаптивних стратегій регуляції виявляються тісно пов'язаними з такими проявами РХП, як переїдання, обмеження харчування та компульсивний контроль ваги. Це свідчить про те, що харчова поведінка може виконувати компенсаторну функцію в умовах дефіциту ефективних емоційних регуляторних механізмів [30; 42].

Іншим важливим механізмом опосередкування є незадоволеність власним тілом, яка розглядається як когнітивно-афективний конструкт, що

формується на перетині індивідуальних та міжособистісних чинників. Дослідження Kelley показує, що саме незадоволеність тілом виступає значущим медіатором між небезпечними типами прив'язаності та порушеною харчовою поведінкою [27]. Особи з тривожною або унікальною прив'язаністю частіше демонструють негативне сприйняття власного тіла, що може бути пов'язано з нестабільною самооцінкою та підвищеною залежністю від зовнішнього схвалення.

У межах цього механізму незадоволеність тілом може виконувати функцію фокусу для внутрішніх емоційних труднощів [28; 31; 55]. Контроль харчування або зовнішнього вигляду стає способом регуляції внутрішньої напруги, спричиненої почуттям небезпеки у стосунках або дефіцитом емоційної підтримки. Таким чином, харчова поведінка перестає бути лише поведінковим актом і трансформується у психологічний інструмент управління емоційним станом.

Важливо підкреслити, що труднощі емоційної регуляції та незадоволеність тілом не діють ізольовано, а взаємно підсилюють одна одну [30; 42]. Нездатність ефективно регулювати емоції може посилювати негативне сприйняття власного тіла, тоді як стійка незадоволеність тілом здатна підвищувати рівень емоційного напруження. У цьому замкненому колі порушена харчова поведінка набуває стабілізуючої функції, тимчасово знижуючи емоційний дискомфорт, але водночас закріплюючи неадаптивні патерни реагування [37].

З позиції теорії прив'язаності ці механізми можна розглядати як наслідок дефіциту емоційної безпеки у ранніх взаєминах. Небезпечна прив'язаність створює умови, за яких внутрішні емоційні стани не отримують адекватного відображення та підтримки з боку значущого іншого, що згодом підвищує ймовірність використання тілесно орієнтованих стратегій регуляції, зокрема через харчову поведінку [27].

Емоційна регуляція та незадоволеність тілом виступають ключовими психологічними механізмами, через які ранні батьківсько-дитячі взаємини та типи прив'язаності впливають на схильність до розладів харчової поведінки. Усвідомлення ролі цих механізмів дозволяє глибше зрозуміти природу РХП та створює підґрунтя для аналізу конкретних сімейних чинників у підлітковому віці.

Підлітковий вік є одним із найбільш уразливих періодів щодо формування розладів харчової поведінки, оскільки характеризується інтенсивними біопсихосоціальними змінами. У цей період відбувається перебудова ідентичності, зростає значущість образу тіла, посилюється емоційна реактивність і водночас зберігається висока залежність від сімейного контексту. Саме тому батьківська поведінка в підлітковому віці відіграє критичну роль у формуванні або, навпаки, запобіганні розвитку порушеної харчової поведінки.

Емпіричне дослідження Ebrahimi та співавторів, проведене на вибірці 240 підлітків віком 15–18 років, надає переконливі докази зв'язку між поведінкою батьків, емоційним станом підлітків та симптомами розладів харчової поведінки [13]. Результати дослідження демонструють, що несприятливі форми батьківської поведінки, зокрема надмірний контроль, емоційна холодність та недостатня підтримка, асоціюються з підвищеним рівнем депресії, тривоги та більш вираженими симптомами РХП.

Одним із ключових висновків цього дослідження є те, що батьківська поведінка впливає на харчову поведінку підлітків не лише безпосередньо, а й опосередковано через емоційний стан. Підвищений рівень тривоги та депресивних симптомів виступає проміжною ланкою між негативним сімейним кліматом і схильністю до порушеної харчової поведінки. Таким чином, харчова поведінка може виконувати функцію

емоційної компенсації в умовах хронічного психологічного напруження [13].

Особливу увагу дослідники приділяють ролі емоційної підтримки з боку батьків. Підлітки, які сприймають батьків як доступних, підтримувальних і залучених, демонструють нижчий рівень незадоволеності тілом і меншу вираженість симптомів розладів харчової поведінки. Натомість дефіцит емоційної підтримки може сприяти формуванню негативного образу тіла та підвищенню ризику використання харчових стратегій як засобу регуляції емоцій [13].

Важливо підкреслити, що підлітковий вік є періодом зростаючої автономії, проте ця автономія не означає зниження значущості батьків. Навпаки, саме в умовах нестабільності самооцінки та емоційної вразливості якість батьківської взаємодії може виступати як потужний захисний або ризиковий чинник. Контролюючі або критичні форми батьківської поведінки можуть підсилювати внутрішній конфлікт підлітка між потребою в автономії та потребою в прийнятті, що створює додаткове емоційне напруження. Підлітковий вік є сенситивним періодом розвитку емоційної регуляції, що характеризується підвищеною емоційною реактивністю та зростанням ролі соціального контексту. У цей період труднощі саморегуляції часто поєднуються з інтерналізованими симптомами та дезадаптивними формами поведінки, зокрема порушеною харчовою поведінкою [7; 44].

Дослідження також підтверджує, що незадоволеність тілом відіграє важливу роль у формуванні симптомів РХП, проте її вплив значною мірою визначається сімейним контекстом. Негативні коментарі щодо зовнішності, порівняння або знецінення емоційних переживань з боку батьків можуть посилювати фокус підлітка на тілі як на джерелі самоконтролю та самоствердження. У такому разі харчова поведінка стає інструментом управління самооцінкою та емоційним станом [13].

Батьківська поведінка в підлітковому віці є важливим чинником формування схильності до розладів харчової поведінки, впливаючи на емоційний стан, образ тіла та здатність до адаптивної регуляції емоцій. Усвідомлення ролі сімейного контексту в цей критичний період дозволяє глибше зрозуміти механізми розвитку РХП та підкреслює значення профілактичних і терапевтичних втручань, орієнтованих на сім'ю.

Емоційне переїдання в сучасній психології розглядається як специфічна форма неадаптивної регуляції емоцій, що виникає у відповідь на труднощі в усвідомленні, прийнятті та модулюванні внутрішніх емоційних станів. На відміну від фізіологічно зумовленого прийому їжі, емоційне переїдання має переважно психологічну природу і пов'язане з використанням їжі як засобу зниження емоційного напруження, тривоги або негативного афекту. У цьому контексті харчова поведінка набуває регулятивної функції, стаючи способом самозаспокоєння та тимчасової стабілізації емоційного стану [37].

Мета-аналізи та оглядові дослідження переконливо демонструють, що труднощі емоційної регуляції є одним із найбільш стабільних і відтворюваних психологічних предикторів емоційного переїдання. Особи з дефіцитом навичок розпізнавання власних емоцій, низькою толерантністю до дистресу або імпульсивними реакціями на емоційні стимули значно частіше використовують їжу як інструмент регуляції внутрішнього напруження. За відсутності альтернативних адаптивних стратегій така форма регуляції може набувати хронічного характеру та з часом інтегруватися у структуру розладів харчової поведінки [37].

З позиції теорії прив'язаності емоційне переїдання може бути інтерпретоване як наслідок дефіциту емоційної безпеки у ранніх взаєминах із значущими дорослими. Дослідження свідчать, що надійна прив'язаність асоціюється з формуванням більш гнучких і ефективних механізмів емоційної регуляції, що знижує ймовірність використання їжі

як компенсаторного засобу. У такому випадку їжа зберігає свою біологічну функцію та не набуває надмірного психологічного значення [33].

Натомість тривожна прив'язаність пов'язана з підвищеною емоційною реактивністю, страхом втрати близькості та нестабільною самооцінкою. За таких умов емоційне переїдання може виконувати функцію заміщення міжособистісної підтримки, стаючи доступним і швидким способом зниження тривоги. Їжа в цьому випадку набуває символічного значення джерела комфорту, проте не здатна забезпечити стійке емоційне полегшення, що сприяє повторюваності та закріпленню цього патерну поведінки [33].

Унікальна прив'язаність також асоціюється з ризиком формування емоційного переїдання, хоча механізм цього зв'язку має інший характер. Особи з унікальним типом прив'язаності схильні до пригнічення емоційних переживань і мінімізації потреби в підтримці. За таких умов їжа може використовуватися як непрямий, соціально прийнятний спосіб регуляції емоцій, який дозволяє уникати усвідомлення та вербалізації внутрішніх станів. Емоційне переїдання стає частиною ширшого патерну емоційного уникання та самозамикання [37; 33].

Важливо підкреслити, що емоційне переїдання не завжди є клінічним проявом розладів харчової поведінки, проте за певних умов воно може виконувати роль «вхідної точки» до їх розвитку. За відсутності формування більш адаптивних стратегій емоційної регуляції та безпечних міжособистісних зв'язків емоційне переїдання може поступово трансформуватися у більш стійкі та деструктивні харчові патерни, зокрема компульсивне переїдання або цикли обмеження й переїдання [37].

Таким чином, емоційне переїдання постає як важливий психологічний механізм, що поєднує ранній досвід батьківсько-дитячих взаємин, тип прив'язаності та труднощі емоційної регуляції з розвитком розладів харчової поведінки. Його аналіз дозволяє розглядати порушену

харчову поведінку не як ізольований симптом, а як функціональну відповідь на дефіцит емоційної безпеки та регуляторних ресурсів. Це підкреслює значення профілактичних і терапевтичних підходів, спрямованих на розвиток емоційної компетентності та відновлення безпечних міжособистісних зв'язків.

Проведений теоретичний аналіз дозволяє розглядати розлади харчової поведінки як результат складної взаємодії ранніх батьківсько-дитячих стосунків, особливостей емоційного розвитку та індивідуальних механізмів психологічної адаптації. Сучасні дослідження переконливо свідчать, що якість ранніх емоційних взаємин не є прямою причиною розвитку розладів харчової поведінки, проте виступає важливим чинником психологічної вразливості, який підвищує ймовірність формування порушених харчових патернів за наявності додаткових стресових впливів [24; 50].

Центральне місце в цьому процесі займає тип прив'язаності, сформований у ранньому дитинстві. Небезпечні типи прив'язаності — тривожний і унікальний — асоціюються з підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки, більшою тяжкістю симптомів та складнішим перебігом розладу. Надійна прив'язаність, навпаки, виконує захисну функцію, сприяючи розвитку ефективних механізмів емоційної регуляції та знижуючи потребу у використанні харчової поведінки як засобу психологічної компенсації [24; 33].

Важливим висновком є те, що зв'язок між прив'язаністю та розладами харчової поведінки реалізується через конкретні психологічні механізми. Труднощі емоційної регуляції та незадоволеність власним тілом виступають ключовими опосередковувальними ланками, через які дефіцит емоційної безпеки трансформується у неадаптивні харчові стратегії. У цьому контексті харчова поведінка може виконувати регулятивну функцію,

тимчасово знижуючи емоційний дискомфорт, але водночас закріплюючи дезадаптивні патерни реагування [27; 37].

Особливу роль у формуванні схильності до розладів харчової поведінки відіграє підлітковий вік як період підвищеної психологічної вразливості. У цей час батьківська поведінка, рівень емоційної підтримки та характер сімейної взаємодії можуть істотно впливати на емоційний стан підлітка, образ тіла та способи подолання стресу. Негативні або недостатньо підтримувальні форми батьківської взаємодії підвищують ризик розвитку тривожних і депресивних симптомів, що, у свою чергу, асоціюється з більшою ймовірністю формування розладів харчової поведінки [13].

Пубертатний період також характеризується появою гендерних відмінностей у структурі психопатологічних проявів, що зумовлює різну вразливість хлопців і дівчат до інтерналізованих розладів, зокрема порушень харчової поведінки [23].

Окремої уваги заслуговує емоційне переїдання як форма неадаптивної регуляції емоцій, яка може розглядатися як один із проміжних етапів на шляху до розвитку клінічних форм розладів харчової поведінки. З позиції теорії прив'язаності емоційне переїдання відображає спробу компенсувати дефіцит емоційної безпеки та міжособистісної підтримки шляхом тілесно орієнтованих стратегій регуляції [37; 33].

Таким чином, батьківсько-дитячі стосунки слід розглядати не як ізольований чинник, а як фундаментальний психологічний контекст, у межах якого формується емоційна регуляція, образ тіла та схильність до використання харчової поведінки як механізму подолання внутрішнього напруження [37; 33; 26]. Усвідомлення ролі сімейного середовища та прив'язаності дозволяє глибше зрозуміти природу розладів харчової поведінки та підкреслює значення профілактичних і терапевтичних

підходів, спрямованих на відновлення емоційної безпеки та розвиток адаптивних регуляторних стратегій.

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз батьківсько-дитячих стосунків як психологічного чинника формування емоційного розвитку та схильності до розладів харчової поведінки. Результати аналізу дозволяють розглядати розлади харчової поведінки як мультифакторний психологічний феномен, формування якого зумовлене взаємодією індивідуальних особливостей особистості, механізмів емоційної регуляції та соціального контексту розвитку.

Встановлено, що сім'я виступає первинним середовищем емоційного та особистісного розвитку дитини, у межах якого формуються базові уявлення про емоційну безпеку, підтримку та міжособистісну взаємодію. Якість батьківсько-дитячих взаємин визначає особливості розвитку емоційної регуляції, самооцінки та здатності до адаптивного реагування на стресові ситуації, що зберігає свою значущість у подальшому життєвому шляху особистості.

Теоретичний аналіз теорії прив'язаності показав, що тип прив'язаності є ключовим психологічним конструктом, який пояснює індивідуальні відмінності у здатності особистості до емоційної саморегуляції та побудови стабільних міжособистісних зв'язків. Надійна прив'язаність сприяє формуванню адаптивних регуляторних стратегій і

виконує захисну функцію, тоді як небезпечні типи прив'язаності асоціюються з підвищеною психологічною вразливістю та труднощами у регуляції емоцій.

Обґрунтовано, що зв'язок між батьківсько-дитячими стосунками та розладами харчової поведінки має опосередкований характер і реалізується через труднощі емоційної регуляції та незадоволеність власним тілом. У цьому контексті порушена харчова поведінка може виконувати регулятивну функцію, стаючи способом компенсації внутрішнього емоційного напруження за умов дефіциту емоційної безпеки.

Визначено, що підлітковий вік є критичним періодом формування схильності до розладів харчової поведінки, у межах якого батьківська поведінка та характер сімейної взаємодії мають підвищений вплив на емоційний стан, образ тіла та психологічну адаптацію особистості. Недостатня емоційна підтримка або контролюючі форми батьківської поведінки асоціюються з підвищеним ризиком розвитку неадаптивних харчових патернів.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна зробити висновок, що батьківсько-дитячі стосунки слід розглядати як важливий фактор психологічної вразливості до розладів харчової поведінки, який не визначає розвиток порушень безпосередньо, проте суттєво підвищує ймовірність їх формування за наявності додаткових психологічних та соціальних чинників. Отримані висновки створюють науково обґрунтовану основу для подальшого емпіричного дослідження зазначеної проблематики.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Організація та методологія дослідження

На підставі теоретичного аналізу наукових джерел, здійсненого в першому розділі магістерської роботи, було сформульовано гіпотезу про наявність зв'язку між особливостями стосунків із батьками та схильністю до розвитку розладів харчової поведінки у підлітковому віці. З метою емпіричної перевірки зазначеної гіпотези було організовано та проведено психологічне дослідження.

Дослідження здійснювалося із застосуванням опитувальних методів. Основним завданням емпіричного етапу було виявлення взаємозв'язків між показниками порушеної харчової поведінки та характеристиками батьківського ставлення, пережитого респондентами у підлітковому віці.

Збір емпіричних даних здійснювався за допомогою онлайн-опитування, реалізованого у формі Google Forms. Такий формат був обраний з огляду на можливість залучення ширшої вибірки респондентів, забезпечення анонімності відповідей та підвищення доступності участі у дослідженні. Особливістю організації дослідження стало застосування ретроспективного підходу: респондентам пропонувалося відповідати на запитання, спираючись на власні спогади та суб'єктивні уявлення про досвід взаємодії з батьками саме у підлітковому віці. Такий підхід дозволяє дослідити довготривалий психологічний вплив батьківського стилю виховання на формування поведінкових та емоційних патернів, пов'язаних із харчовою поведінкою.

Для реалізації поставленої мети було використано дві психодіагностичні методики:

1. Опитувальник ставлення до їжі EAT-26 (Eating Attitudes Test) — інструмент, спрямований на виявлення ризику розвитку розладів харчової поведінки та оцінку дезадаптивних харчових установок [12]. У даному дослідженні було використано україномовний переклад опитувальника, представлений у навчально-методичному виданні Дніпровського державного медичного університету. Обробка результатів здійснювалася відповідно до стандартного ключа методики. Слід зазначити, що на момент проведення дослідження методика EAT-26 перебуває у процесі адаптації для україномовної вибірки, однак широко застосовується у наукових та клінічних дослідженнях як валідний скринінговий інструмент.

2. Опитувальник S-EMBU (Swedish EMBU) — методика, призначена для оцінки суб'єктивного сприйняття стилів батьківського виховання [25; 49]. У межах даного дослідження опитувальник було модифіковано шляхом адаптації інструкції: респондентам пропонувалося відповідати на запитання з позиції власного досвіду підліткового віку, рефлексуючи щодо стосунків із матір'ю та батьком у той період життя. Такий підхід дозволяє дослідити психологічно значущий досвід батьківсько-дитячих взаємин у контексті формування особистісних і поведінкових особливостей. Повноцінна лінгвістична та психометрична адаптація опитувальника S-EMBU українською мовою планується у подальших наукових дослідженнях.

Вибір зазначених методик зумовлений їх теоретичною відповідністю меті дослідження, а також можливістю комплексно охопити як поведінкові прояви порушеної харчової поведінки, так і психологічні характеристики сімейного середовища, що розглядаються як потенційні чинники ризику її формування.

Обробка отриманих емпіричних даних здійснювалася з використанням методів математичної статистики за допомогою програми Jamovi, що дозволяють оцінити характер і силу взаємозв'язків між досліджуваними змінними.

2.2. Опис результатів дослідження та їх обговорення

Перший етап математико-статистичної обробки даних полягав у аналізі соціально-демографічних характеристик вибірки з метою кращого розуміння її структури та контексту, в якому формуються особливості харчової поведінки й сприйняття батьківського ставлення. Таким чином було окреслено загальний портрет учасників дослідження з метою подальшого врахування можливих обмежень під час інтерпретації результатів.

У дослідженні взяли участь 204 респонденти. Після первинного відсіву досліджуваних, які не досягли 18-річного віку, остаточну вибірку склали 194 респондентів, серед яких переважали жінки – 168 осіб (86,6%), тоді як чоловіків було 26 (13,4%). Слід зазначити, що такий розподіл є доволі типовим для психологічних досліджень, оскільки жінки зазвичай демонструють вищу готовність долучатися до опитувань на психологічну тематику.

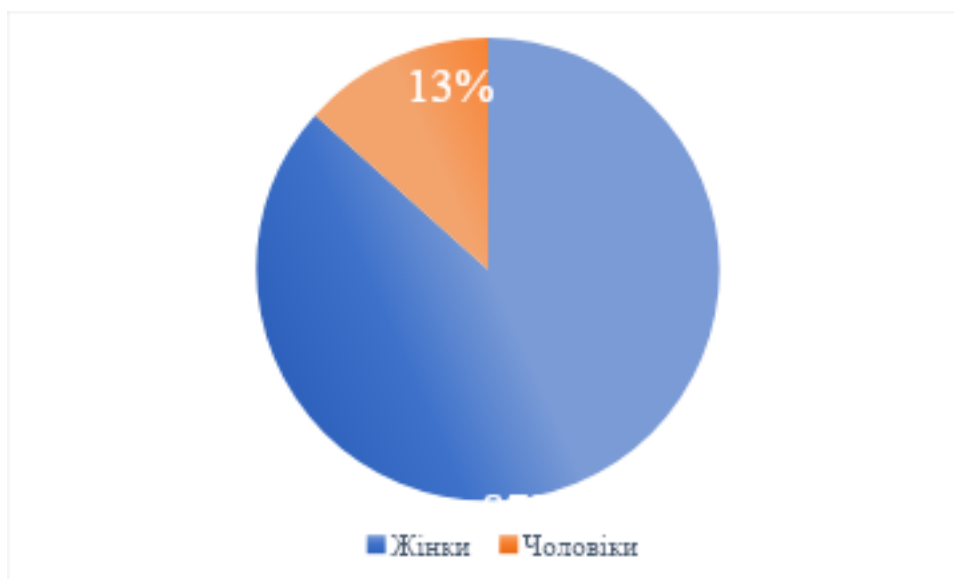


Рис. 1. Кількісний розподіл досліджуваних за статтю

Середній вік респондентів становив 26,6 року, при цьому медіана дорівнювала 23,5, а стандартне відхилення – 7,71. Віковий діапазон вибірки був досить широким – від 18 до 56 років, що свідчить про участь у дослідженні осіб різних етапів дорослого життя. Водночас співвідношення середнього значення та медіани вказує на те, що більшість респондентів належать до групи молодих дорослих, тоді як старші учасники представлені меншою кількістю.

Таблиця 1

Описові статистики за показником віку					
	M	Me	SD	Min	Max
Вік	26.6	23.5	7.71	18	56

У контексті нашого дослідження важливе значення мають також антропометричні показники, представлені зростом і вагою досліджуваних. Описові статистики за вказаними показниками наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Описові статистики за основними антропометричними показниками

	M	Me	SD	Min	Max
Зріст (см)	169.0	168.0	7.92	144	195
Вага (кг)	69.8	64.0	17.56	38.0	137

Як видно з таблиці, середній зріст досліджуваних склав 169,0 см (Me = 168,0; SD = 7,92), а середній показник маси тіла – 69,8 кг (Me = 64,0; SD = 17,56). Слід зазначити, що для показника ваги спостерігається помітна варіативність, що відображає індивідуальні відмінності учасників. Така різноманітність є очікуваною та логічною в контексті дослідження харчової поведінки, оскільки саме ці індивідуальні особливості можуть бути пов'язані з різними особливостями ставлення до їжі.

Крім цього, були враховані такі контекстуальні показники, як статус зайнятості, місце проживання (в Україні чи за кордоном), а також тип населеного пункту.

Аналіз статусу зайнятості показав (рис. 2), що більшість респондентів працюють (63,4%), майже чверть є студентами (24,7%), тоді як невелика частина не працює або перебуває у декретній відпустці (8% і 4% відповідно). Такий розподіл додатково підкреслює, що значну частку вибірки складають особи раннього дорослого віку.



Рис. 2. Кількісний розподіл досліджуваних зайнятістю

Територіально більшість учасників дослідження на момент опитування проживали в Україні (78,9%), тоді як 21,1% респондентів перебували за кордоном. Така особливість вибірки є важливою з огляду на сучасні соціальні умови, адже проживання за межами країни може супроводжуватися змінами способу життя, харчових звичок та рівня стресу, що потенційно відображається і на харчовій поведінці.



Рис. 3. Кількісний розподіл досліджуваних за місцем проживання

За типом населеного пункту (рис. 4) більшість респондентів мешкають у містах (89,2%), тоді як жителі селищ міського типу та сільської місцевості представлені значно меншою мірою. Це свідчить про виражену урбанізованість вибірки, що, ймовірно, пов'язано зі способом збору даних та доступністю онлайн-опитування. Водночас така структура вибірки потребує врахування під час аналізу можливих відмінностей, пов'язаних із умовами проживання.

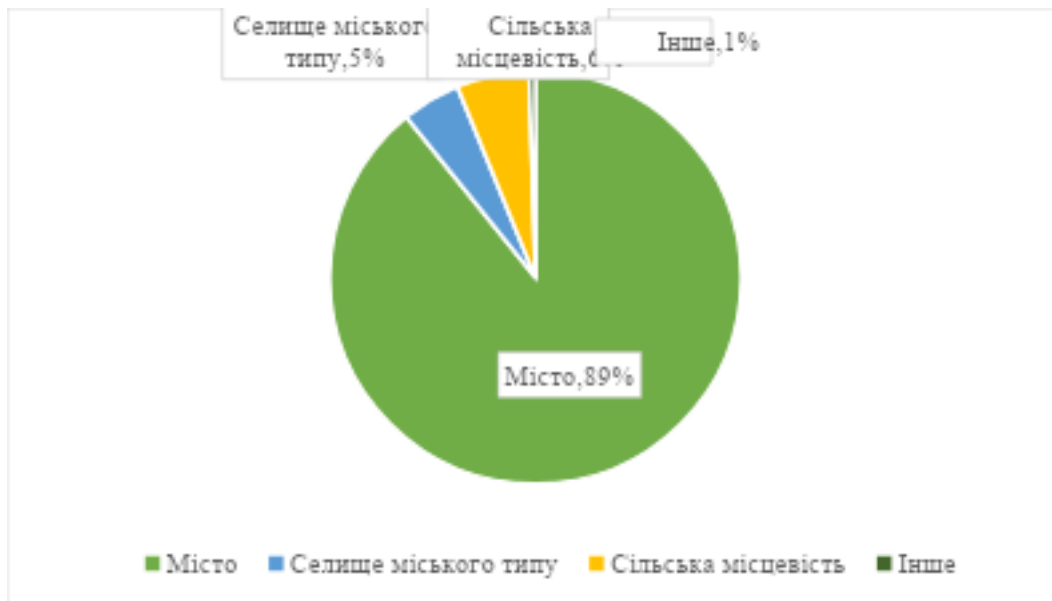


Рис. 4. Кількісний розподіл досліджуваних за типом населеного пункту

Таким чином, узагальнюючи викладене вище, можемо сказати, що вибірка дослідження характеризується переважанням жінок, домінуванням молодих дорослих, високою часткою працюючих респондентів та мешканців міської місцевості, а також наявністю помітної групи осіб, які проживають за кордоном. Зазначені особливості створюють релевантний контекст для вивчення харчової поведінки та сприйняття батьківського ставлення у дорослому віці.

На наступному етапі аналізу було розглянуто описові статистики за основними психодіагностичними методиками, використаними в дослідженні, а саме, опитувальником ЕАТ-26, спрямованим на виявлення особливостей та ризиків порушень харчової поведінки, а також методикою s-EMBU, яка дозволяє оцінити суб'єктивне сприйняття батьківського ставлення в дитинстві. Аналіз середніх значень, варіативності та діапазону показників дає змогу окреслити загальні тенденції у вибірці та створити підґрунтя для подальшого ґрунтовного аналізу.

Таблиця 3

Описові статистики за Опитувальником вподобань харчової поведінки EAT-26 і Опитувальником сприйманого батьківського ставлення s-EMBU

	M	Me	SD	Min	Max
EAT-26	12.8	9.00	12.2	1	66
Емоційне відторгнення	11.0	10.0	4.23	6	24
Емоційне тепло	15.7	15.0	4.33	6	24
Надконтроль	17.9	17.0	4.38	9	30

Як можна побачити з отриманих результатів, середнє значення за шкалою EAT-26 у досліджуваній вибірці становило $M = 12,8$ при медіані $Me = 9,0$ та стандартному відхиленні $SD = 12,2$. Розмах значень ($Max-Min$) становить 65 балів ($R = 66 - 1 = 65$), що свідчить про дуже широкий діапазон індивідуальних показників харчової поведінки серед дорослих респондентів.

Розбіжності середнього значення і медіани вказують на певну асиметрію розподілу. Іншими словами, у більшості респондентів показники харчової поведінки перебувають у зоні низької або помірної вираженості, однак у вибірці присутня певна кількість осіб із високими балами за EAT-26, які суттєво підвищують середнє значення. Враховуючи, що в класичній інтерпретації методики показник 20 балів і вище розглядається як індикатор ризику порушень харчової поведінки, отримані результати свідчать про загалом невисокий середній рівень ризику у вибірці, водночас із наявністю групи респондентів, для яких проблеми харчової поведінки можуть бути актуальними.

Описові статистики за методикою s-EMBU дозволяють оцінити, як респонденти суб'єктивно сприймають стиль батьківського ставлення, з яким вони стикалися в дитинстві. Важливо зазначити, що шкали цієї методики не є рівноцінними за кількістю пунктів, у зв'язку з чим наша

інтерпретація результатів ґрунтується не на прямому порівнянні сум балів між шкалами, а на аналізі рівня вираженості кожного виміру окремо.

Як видно з таблиці 3, середній показник за шкалою емоційного відторгнення становив $M = 11,0$ при медіані $Me = 10,0$ та стандартному відхиленні $SD = 4,23$. Мінімальні та максимальні значення (від 6 до 24) свідчать про наявність як респондентів із мінімальним досвідом емоційного дистанціювання з боку батьків, так і осіб, для яких переживання відкидання було значно вираженим. Загалом отримані результати дозволяють говорити про помірний середній рівень емоційного відторгнення у вибірці з певною індивідуальною варіативністю.

За шкалою емоційного тепла середнє значення склало $M = 15,7$, медіана – $Me = 15,0$, стандартне відхилення – $SD = 4,36$. Близькість середнього значення до медіани свідчить про відносно симетричний розподіл, що вказує на більш однорідне сприйняття емоційної підтримки з боку батьків у дитинстві. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що для більшості респондентів досвід батьківського виховання асоціюється з достатнім рівнем емоційного тепла, що є важливим психологічним ресурсом у дорослому віці.

За шкалою надконтролю були зафіксовані такі значення: середнє $M = 17,9$, медіана $Me = 17,0$, стандартне відхилення $SD = 4,38$. Враховуючи більшу кількість пунктів у цій шкалі, такі значення відображають досить поширений досвід контролюючої або гіперопікуючої поведінки з боку батьків. Помірна варіативність показників свідчить про те, що рівень надконтролю суттєво відрізнявся між респондентами, що робить цю шкалу особливо перспективною для подальшого аналізу її зв'язку з особливостями харчової поведінки.

Отже, результати описових статистик засвідчили, що в досліджуваній вибірці загалом спостерігається невисокий середній рівень ризику порушень харчової поведінки, однак із вираженою індивідуальною

варіативністю. Сприйняття батьківського ставлення характеризується поєднанням достатнього емоційного тепла, помірного рівня емоційного відторгнення та відносно вираженого надконтролю, що відображає складний і неоднорідний досвід виховання.

Описане вище поєднання показників створює змістовне підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між особливостями харчової поведінки у дорослому віці та тим, як респонденти суб'єктивно переживають стиль батьківського ставлення, з яким вони стикалися в дитинстві.

З огляду на вищезазначене, наступний етап дослідження було зосереджено на аналізі взаємозв'язків між показниками харчової поведінки та особливостями сприйняття емоційного тепла, емоційного відторгнення й надконтролю з боку батьків. Таким чином, кореляційний аналіз дозволив потенційно виявити ті аспекти батьківського ставлення, які можуть бути пов'язані з формуванням особливостей харчової поведінки у дорослому віці. Попередньо нами було здійснено перевірку нормальності емпіричних розподілів (додаток А), на основі чого при подальшому аналізі вибір був зроблений на користь непараметричних методів.

Таблиця 4

Результати кореляційного аналізу
показників опитувальників EAT-26 і s-EMBU

	EAT-26	Емоційне відторгнення	Емоційне тепло	Надконтроль
EAT-26	—			
Емоційне відторгнення	0.314***	—		
Емоційне тепло	-0.170*	-0.574***	—	
Надконтроль	0.297***	0.609***	-0.101	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

У результаті здійсненого кореляційного аналізу (таблиця 4; додаток Б) було виявлено помірний позитивний кореляційний зв'язок між показниками харчової поведінки за шкалою EAT-26 та усіма параметрами методики s-EMBU, а саме: рівнем емоційного відторгнення з боку батьків ($r = 0,314$; $p < 0,001$); емоційним теплом ($r = -0,170$; $p < 0,05$); надконтролем ($r = 0,30$; $p < 0,001$). Розглянемо детальніше у зазначеному порядку.

З психологічної точки зору зв'язок харчової поведінки і емоційного відторгнення може свідчити про те, що дефіцит емоційної підтримки, прийняття та тепла з боку батьків формує внутрішню напругу, з якою людина згодом може намагатися впоратися через контроль харчування, обмеження або інші дезадаптивні стратегії взаємодії з їжею. Відтак, у цьому контексті харчова поведінка може виконувати компенсаторну або регуляторну функцію, стаючи способом управління емоційними переживаннями.

Між показниками EAT-26 та емоційним теплом було зафіксовано обернений кореляційний зв'язок слабкої сили. Це свідчить про те, що вищий рівень емоційного тепла, підтримки й прийняття з боку батьків асоціюється з менш вираженими порушеннями харчової поведінки. Хоча сила цього зв'язку є невисокою, він має важливе змістове значення, яке полягає у тому, що досвід емоційно підтримуючого виховання може виступати захисним чинником, який знижує ймовірність формування дисфункціонального ставлення до їжі. Інакше кажучи, коли базові емоційні потреби дитини задовольняються, потреба в зовнішніх формах саморегуляції (зокрема через їжу) у дорослому віці може бути менш вираженою.

Також було виявлено помірний позитивний зв'язок між показниками EAT-26 та рівнем надконтролю, який може пояснюватись тенденцією, яка полягає у тому, що чим більше респонденти сприймали батьківське

виховання як надмірно контролююче або гіперопікуюче, тим вищими є показники проблемної харчової поведінки у дорослому віці. Слід зазначити, що такий результат є психологічно закономірним, оскільки надконтроль у дитинстві може обмежувати формування автономії, довіри до власних відчуттів і здатності самостійно регулювати потреби. У цьому випадку харчова поведінка в дорослому віці може ставати однією з небагатьох сфер, де людина намагається відновити відчуття контролю, що інколи набуває крайніх або дезадаптивних форм.

На окрему увагу заслуговують кореляції між самими шкалами методики s-EMBU. Було зафіксовано обернений зв'язок між емоційним теплом та емоційним відторгненням ($r = -0,574$; $p < 0,001$), що свідчить про їхню змістову протилежність і підтверджує внутрішню логіку методики. Крім того, емоційне відторгнення демонструє позитивний зв'язок з надконтролем ($r = 0,609$; $p < 0,001$), що може вказувати на те, що холодне, дистанційоване ставлення з боку батьків часто поєднується з контролюючими або директивними стилями виховання.

Водночас відсутність статистично значущого зв'язку між емоційним теплом та надконтролем ($r = -0,101$) може свідчити про те, що надконтроль не завжди сприймається респондентами як протилежність тепла, а інколи може переживатися як «турбота», навіть за наявності обмеження автономії.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують висунуте нами робоче припущення про наявність зв'язку між особливостями харчової поведінки у дорослих та суб'єктивним сприйняттям батьківського ставлення. Найбільш виражені зв'язки спостерігаються з такими аспектами виховання, як емоційне відторгнення та надконтроль, тоді як емоційне тепло виконує радше захисну функцію.

Отримані дані підкреслюють важливість раннього емоційного досвіду як одного з психологічних чинників, що може бути пов'язаний із формуванням ставлення до їжі в дорослому віці.

Виходячи з теми нашого дослідження і з метою більш поглибленого аналізу чинників, пов'язаних з особливостями харчової поведінки у дорослому віці, на наступному етапі дослідження було нами було застосовано ієрархічну множинну лінійну регресію. У якості залежної змінної було використано показник за опитувальником EAT-26, який відображає рівень вираженості проблемних аспектів харчової поведінки та ризику розладів харчової поведінки. Зважаючи на те, що харчова поведінка формується під впливом як психологічних, так і фізичних чинників, у регресійну модель було послідовно включено кілька блоків предикторів.

На першому кроці до моделі було введено демографічні характеристики респондентів (вік, стать і місце проживання), що дозволило врахувати базові соціально-демографічні відмінності та зменшити вплив можливих супутніх чинників. На другому кроці до аналізу було додано індекс маси тіла (ІМТ) як інтегральний показник тілесних характеристик. Включення ІМТ дало змогу врахувати фізичний контекст харчової поведінки та перевірити, чи зберігається вплив психологічних чинників незалежно від параметрів зросту і ваги. Індекс маси тіла було обчислено на основі самозвітних даних про зріст і масу тіла респондентів за загальноприйнятою формулою: $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / (\text{зріст (м)})^2$. Отриманий показник використовувався як неперервна змінна, що дозволило зберегти індивідуальну різноманітність показників та уникнути жорсткого поділу респондентів на умовні категорії (вага, зріст).

На третьому кроці до регресійної моделі було включено показники сприйманого батьківського ставлення за методикою s-EMBU (емоційне відторгнення, емоційне тепло та надконтроль). Така послідовність введення змінних дозволила перевірити, чи справді досвід взаємодії з батьками має значення для харчової поведінки в дорослому віці, а також з'ясувати, які його аспекти відіграють ключову роль. Таким чином, регресійна модель забезпечила цілісне дослідження предикторів харчової

поведінки, поєднуючи в межах однієї моделі біологічні, соціальні та психологічні чинники. Деталізовані результати за описаною процедурою містяться у додатку В.

Таблиця 5

Показники якості ієрархічної регресійної моделі прогнозування харчової поведінки (EAT-26)

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.184	0.0340	0.0188	2.23	3	190	0.086
2	0.224	0.0503	0.0302	2.50	4	189	0.044
3	0.461	0.2127	0.1831	7.18	7	186	<.001

Як видно з результатів вище, демографічний блок має невисоку пояснювальну здатність: модель пояснювала близько 3,4% варіативності показника EAT-26 ($R^2 = 0,034$) і загалом не досягла статистичної значущості ($F(3,190) = 2,23$; $p = 0,086$). Тобто, можемо стверджувати, що лише демографічні характеристики не дають достатніх підстав для прогнозування особливостей харчової поведінки в межах даної вибірки. Водночас, як видно з деталізованих результатів (додаток В) у цьому блоці вік виявився статистично значущим предиктором: зі збільшенням віку показники EAT-26 мали тенденцію до зниження ($b = -0,235$; $p = 0,040$; $\beta = -0,149$). Практично це означає, що старші респонденти в середньому демонструють менш виражені проблемні прояви харчової поведінки, що може відображати поступове формування більш зрілих стратегій саморегуляції та стабільнішого ставлення до харчування.

На другому кроці до моделі було додано індекс маси тіла, що, як видно з таблиці 5, дещо підвищило пояснювальну здатність моделі ($R^2 = 0,050$), а загальний тест моделі став статистично значущим ($F = 2,50$; $p = 0,044$). Проте приріст поясненої дисперсії порівняно з попереднім кроком

був незначним ($\Delta R^2 = 0,016$; $p = 0,073$). На рівні окремих коефіцієнтів ІМТ також продемонстрував недостатню статистичну значущість ($b = 0,307$; $p = 0,073$; $\beta = 0,137$), що може свідчити: тілесні характеристики мають певний зв'язок із проявами харчової поведінки, однак самі по собі не є основним пояснювальним чинником у цій вибірці. Вік на цьому кроці залишався значущим предиктором і зберігав негативний напрям зв'язку ($b = -0,312$; $p = 0,011$; $\beta = -0,198$), що підтверджує стійкість вікового ефекту.

На третьому кроці до регресійної моделі було включено показники сприйманого батьківського ставлення за методикою s-EMBU. Саме цей блок забезпечив найбільш суттєвий приріст пояснювальної здатності: після додавання психологічних предикторів модель стала значно інформативнішою та статистично значущою ($R^2 = 0,212$; Adjusted $R^2 = 0,18$; $F = 7,18$; $p < 0,001$). Порівняння другої та третьої моделей показало істотний приріст поясненої дисперсії, отже, саме характеристики сприйманого батьківського ставлення додають помітний внесок у пояснення особливостей харчової поведінки у дорослих понад вплив демографічних і тілесних змінних.

Таблиця 6

Коефіцієнти фінальної регресійної моделі прогнозування показників харчової поведінки (EAT-26)

Model Coefficients - EAT-26					
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept ^a	8.2995	7.120	1.166	0.245	
Вік	-0.2996	0.113	-2.640	0.009	-0.1901
Стать:					
Чоловіча – Жіноча	-4.4682	2.368	-1.887	0.061	-0.3676
Де ви зараз проживаєте?:					
За кордоном – В Україні	-0.6704	1.964	-0.341	0.733	-0.0552
ІМТ	0.0658	0.161	0.407	0.684	0.0294

Model Coefficients - EAT-26

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Емоційне відторгнення	0.5111	0.323	1.580	0.116	0.1778
Емоційне тепло	-0.3129	0.248	-1.263	0.208	-0.1115
Надконтроль	0.6104	0.254	2.406	0.017	0.2201

^a Represents reference level

Єдиним значущим предиктором став показник надконтролю ($b = 0,610$; $p = 0,017$; $\beta = 0,220$). Таким чином, вищий рівень сприйманого надмірного контролю з боку батьків асоціюється з більш вираженими проблемними проявами харчової поведінки. Змістово це може відображати те, що при досвіді виховання, де автономія обмежувалась, а поведінка й рішення часто контролювалися «ззовні», у дорослому віці сфера харчування стає одним із небагатьох напрямів, де людина намагається відновити відчуття керованості та контролю, проте інколи у надмірній або напруженій формі.

Емоційне відторгнення не виявилось статистично значущим предиктором EAT-26 ($b = 0,511$; $p = 0,116$; $\beta = 0,177$), так само як і показник емоційного тепла у фінальній моделі не продемонстрував статистично значущого самостійного внеску ($b = -0,312$; $p = 0,208$; $\beta = -0,112$). Водночас важливо підкреслити, що відсутність значущості в регресійній моделі не означає відсутності психологічного змісту цього чинника. Імовіріше, емоційне тепло частково “перекривається” з іншими аспектами батьківського ставлення, насамперед з емоційним відторгненням, тому у фінальній моделі провідну роль відіграють ті предиктори, які пояснюють унікальну частину варіативності EAT-26.

Серед контрольних змінних у третій моделі вік залишився статистично значущим предиктором і зберіг негативний напрям впливу ($b = -0,2996$; $p = 0,009$; $\beta = -0,190$), підтверджуючи тенденцію до зниження

проблемних проявів харчової поведінки зі збільшенням віку. Натомість ІМТ після введення психологічних предикторів втратив значущість ($b = 0,066$; $p = 0,684$; $\beta = 0,029$). Це дозволяє зробити важливий висновок: у даній вибірці вплив тілесних характеристик на показники ЕАТ-26 не є самостійним, а на перший план виходять саме психологічні чинники, пов'язані з досвідом взаємодії з батьками. Стать та місце проживання також не набули статистичної значущості у фінальній моделі ($p > 0,05$), що може свідчити про те, що за наявності врахування психологічних змінних ці соціально-демографічні параметри не виступають ключовими факторами варіативності харчової поведінки.

Таким чином, можна підсумувати, що результати ієрархічного регресійного аналізу підтвердили, що особливості сприйманого батьківського ставлення роблять суттєвий внесок у пояснення харчової поведінки у дорослих, навіть після контролю віку, статі, місця проживання та індексу маси тіла. Найбільш вагомими психологічними предикторами виявилися емоційне відторгнення та надконтроль, що підкреслює значення раннього емоційного досвіду та стилю виховання для формування ставлення до їжі й способів саморегуляції у дорослому віці. Водночас, отримані результати дають змогу побачити загальні закономірності і не дозволяють зрозуміти, як отримані зв'язки проявляються у людей з різним рівнем ризику порушень харчової поведінки.

З огляду на це, наступним кроком аналізу стало порівняння респондентів залежно від рівня ризику порушень харчової поведінки за опитувальником ЕАТ-26. Такий підхід дає можливість побачити, чи відрізняються між собою люди з різним рівнем ризику за показниками сприйманого батьківського ставлення і, відповідно, уточнити, які саме аспекти сімейного досвіду можуть бути більш характерними для осіб з підвищеною схильністю до проблемної харчової поведінки.

Як видно з рис. 5, що переважна більшість респондентів (78,9%) належать до групи з низьким рівнем ризику порушень харчової поведінки за опитувальником EAT-26. Водночас у 21,1% опитаних було виявлено підвищений рівень ризику, що вказує на наявність помітної частки осіб із потенційно проблемними патернами ставлення до їжі та харчування.

Відтак, виявлення кожного п'ятого респондента з підвищеним ризиком порушень харчової поведінки підкреслює актуальність дослідження цієї проблематики та доцільність поглибленого аналізу психологічних чинників, пов'язаних із формуванням проблемного ставлення до їжі в дорослому віці. Саме тому подальший порівняльний аналіз між групами з різним рівнем ризику є методично обґрунтованим і має важливе прикладне значення.

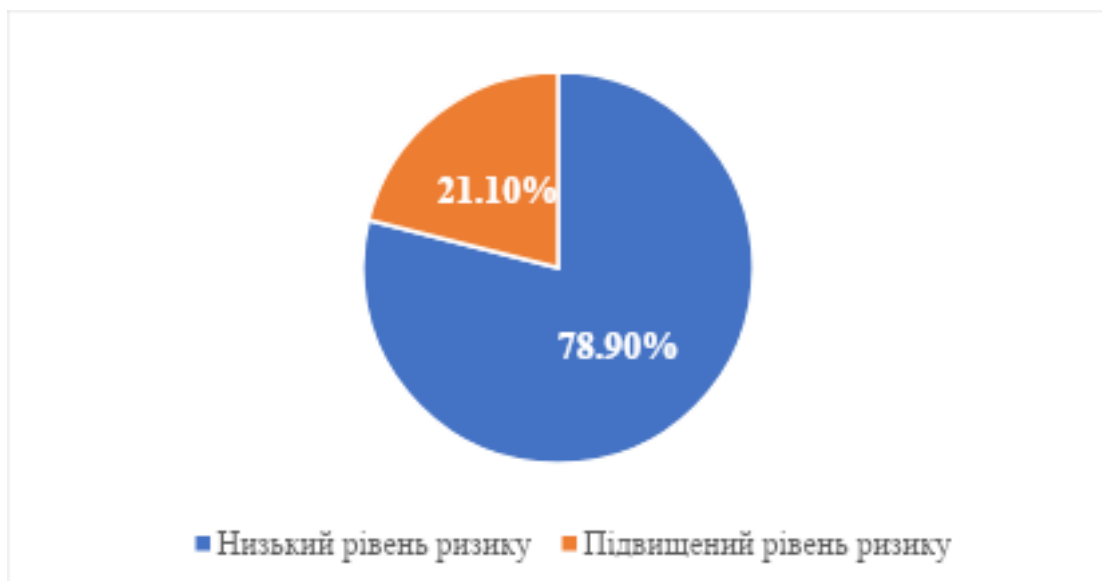


Рис. 5. Кількісний розподіл досліджуваних за ризиком розладу харчової поведінки

Отримані результати показали статистично значущі відмінності між групами за всіма шкалами методики s-EMBU, що свідчить про системні відмінності у сприйнятті батьківського ставлення залежно від рівня ризику порушень харчової поведінки.

Таблиця 7

Результати порівняння вибірок, виділених на основі ризику РХП

		Statistic	p
Емоційне відторгнення	Mann-Whitney U	2089	<.001
Емоційне тепло	Mann-Whitney U	2434	0.027
Надконтроль	Mann-Whitney U	2192	0.003

Як можемо побачити з таблиці 7 і рис. 6, по-перше, виражені відмінності між групами було зафіксовано за показником емоційного відторгнення ($U = 2089$; $p < 0,001$), що свідчить про те, що респонденти з підвищеним рівнем ризику порушень харчової поведінки мали вищі значення цього показника порівняно з особами з низьким рівнем ризику ($M = 13,4$ і $M = 10,3$ відповідно). Це вказує на те, що для осіб із підвищеним ризиком РХП більш характерним є переживання батьківських стосунків як емоційно холодних і недостатньо підтримувальних.

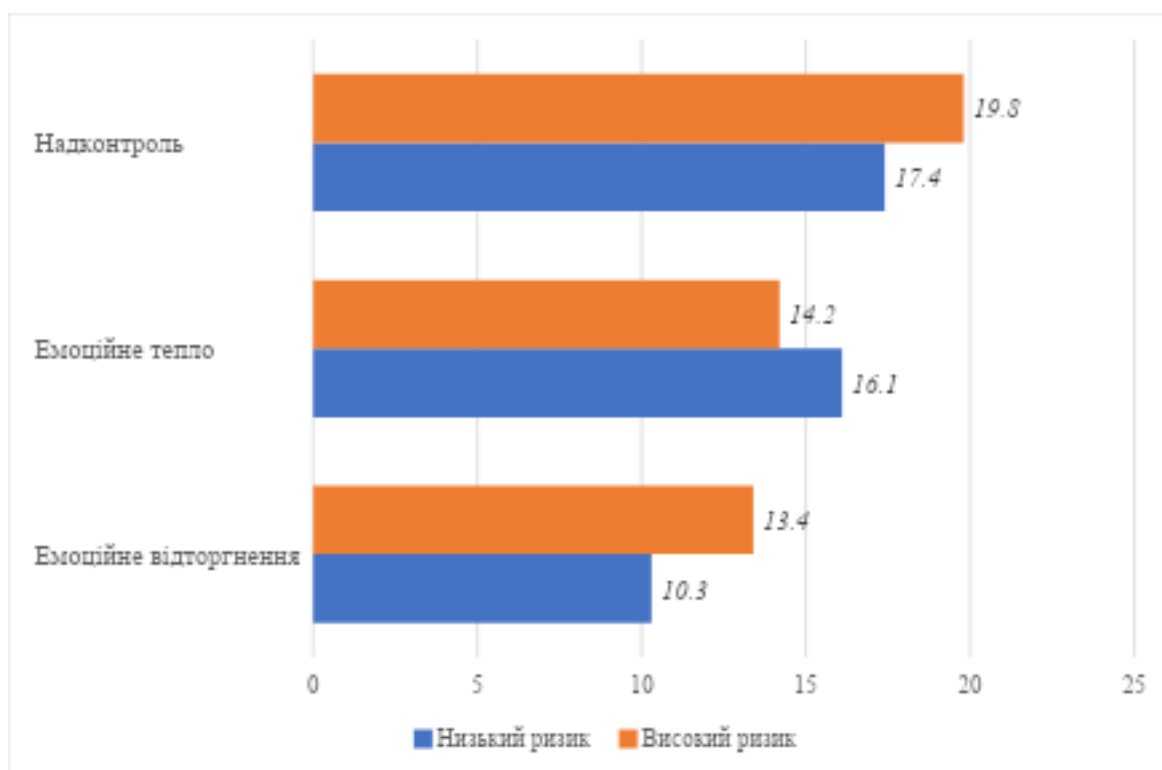


Рис. 6. Вираженість аспектів сприйняття батьківського ставлення у групах досліджуваних з різним рівнем ризику РХП. показників методики

Також було виявлено статистично значущі відмінності за шкалами емоційного тепла ($U = 2434$; $p = 0,027$) та надконтролю ($U = 2192$; $p = 0,003$). Зокрема, респонденти з підвищеним ризиком порушень харчової поведінки продемонстрували нижчий рівень емоційного тепла з боку батьків ($M = 14,2$ і $M = 16,1$ відповідно) та вищий рівень надконтролю ($M = 19,8$ і $M = 17,4$ відповідно). Отримані результати свідчать про те, що для цієї групи характерним є поєднання дефіциту емоційної підтримки з надмірним контролем, що може створювати несприятливий психологічний контекст для формування адаптивних стратегій саморегуляції у дорослому віці.

Таким чином, отримані результати показали, що респонденти з підвищеним рівнем ризику порушень харчової поведінки відрізняються більш несприятливим емоційним контекстом батьківських взаємин, який поєднує в собі вищий рівень емоційного відторгнення, нижчий рівень емоційного тепла та підвищений надконтроль.

Таблиця 8

Експлораторний факторний аналіз

	Factor			Uniqueness
	1	2	3	
1		0.544		0.485
2	0.744			0.400
3			0.446	0.743
4		0.611		0.550
5			0.706	0.444
6	0.607			0.669

	Factor			Uniqueness
	1	2	3	
7		0.596		0.382
8			0.778	0.317
9			0.16	0.677
10	0.044		0.831	0.369
11	0.728			0.410
12		0.611		0.512
13	0.696			0.476
14		0.489		0.419
15			-0.62 9	0.632
16			0.519	0.480
17	0.731			0.331
18			0.433	0.405
19		0.835		0.344
20			0.377	0.560
21	0.747			0.372

Експлораторний факторний аналіз (метод мінімальних залишків, oblimin-обертання) загалом підтвердив очікувану трифакторну структуру методики. Більшість пунктів продемонстрували задовільні факторні навантаження (переважно понад 0.40) та логічне групування відповідно до теоретично передбачених шкал.

Разом із тим виявлено окремі проблемні позиції. Зокрема, пункт 9 мав дуже низьке факторне навантаження (0.16), а пункт 10 також продемонстрував недостатній внесок у факторну структуру. Крім того, для пункту 3 зафіксовано підвищене значення унікальності (0.743), що свідчить про слабе пояснення його варіації факторами моделі. Частина пунктів (наприклад, 18 і 20) показали помірні навантаження на межі прийнятних значень.

У цілому результати ЕФА свідчать про відтворення трифакторної структури опитувальника у перекладеній версії, однак наявність пунктів зі

слабкими навантаженнями зумовила необхідність подальшого уточнення моделі на етапі конфірматорного факторного аналізу.

Таблиця 9

Конфірматорний факторний аналіз

Model Fit

Test for Exact Fit

χ^2	df	p
293	149	<.001

Fit Measures

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC	BIC
				Lower	Upper		
0.923	0.912	0.0624	0.0688	0.0571	0.0804	8874	9073

Factor Loadings

Factor	Indicator	Estimate	SE	Z	p
Factor 1	1	0.623	0.0535	11.66	<.001
	4	0.598	0.0576	10.39	<.001
	7	0.778	0.0596	13.04	<.001
	12	0.604	0.0560	10.78	<.001
	14 (2)	0.736	0.0581	12.66	<.001
	19	0.572	0.0495	11.54	<.001
Factor 2	2	0.605	0.0479	12.63	<.001
	6	0.531	0.0697	7.62	<.001
	11	0.762	0.0586	12.99	<.001
	13	0.721	0.0608	11.87	<.001
	17	0.767	0.0568	13.51	<.001
	21	0.744	0.0582	12.78	<.001
Factor 3	3	0.449	0.0721	6.22	<.001

Factor Loadings

Factor	Indicator	Estimate	SE	Z	p
	5	0.700	0.065 3	10.71	<.001
	8	0.805	0.063 5	12.67	<.001
	15	-0.458	0.066 6	-6.87	<.001
	16	0.716	0.062 5	11.47	<.001
	18	0.728	0.059 2	12.28	<.001
	20	0.653	0.0631	10.34	<.001

Конфірматорний факторний аналіз було проведено для перевірки відповідності емпіричних даних теоретично заданій трифакторній моделі. До фінальної моделі включено пункти, які продемонстрували задовільні показники на етапі експлораторного аналізу; пункти 9 та 10 були виключені у зв'язку з низькими факторними навантаженнями та недостатнім внеском у факторну структуру.

Отримані індекси відповідності свідчать про прийнятну якість моделі: CFI = 0.923 та TLI = 0.912 перевищують рекомендований поріг 0.90, значення RMSEA = 0.069 (90% ДІ: 0.057–0.080) перебуває в межах прийнятного діапазону, а SRMR = 0.062 відповідає критерію хорошої відповідності. Значущість χ^2 є очікуваною з огляду на чутливість критерію до обсягу вибірки.

Факторні навантаження всіх включених пунктів є статистично значущими ($p < .001$) та переважно знаходяться на задовільному рівні (≈ 0.53 – 0.81). Найнижче навантаження спостерігається для пункту 3 (0.449), що перебуває на межі прийнятних значень, однак не порушує загальної структури моделі. Негативне навантаження пункту 15 відповідає його реверсивному формулюванню.

У цілому результати CFA підтверджують адекватність трифакторної структури перекладеної версії опитувальника та свідчать про задовільні психометричні властивості шкал.

Таблиця 10

Перевірка показника узгодженості питань в шкалах

Reliability Analysis

Шкала 1

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	0.872	0.874

Item Reliability Statistics

	If item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
1	0.852	0.854
4	0.857	0.859
7	0.842	0.844
12	0.857	0.860
14 (2)	0.847	0.850
19	0.847	0.848

Шкала 2

Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	0.872	0.878

Item Reliability Statistics

	If item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
2	0.846	0.852
6	0.882	0.885
11	0.841	0.850
13	0.847	0.856
17	0.838	0.848
21	0.843	0.852

Шкала 3

Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	0.839	0.844

Item Reliability Statistics

	If item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
3	0.845	0.848
5	0.804	0.812
8	0.792	0.800
15 ^a	0.838	0.842
16	0.807	0.814
18	0.807	0.813
20	0.818	0.825

^a reverse scaled item

Внутрішню узгодженість шкал перекладеної версії опитувальника було оцінено за допомогою коефіцієнтів Cronbach's α та McDonald's ω . Усі три шкали продемонстрували добрі показники надійності.

Для шкали «rejection» отримано $\alpha = 0.872$ та $\omega = 0.874$, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. Аналіз «якщо пункт вилучено» показав, що видалення жодного пункту не підвищує надійність шкали, отже всі пункти роблять змістовний внесок у вимірювання конструкта.

Для шкали «Emotional Warmth» показники також є високими ($\alpha = 0.872$; $\omega = 0.878$). Більшість пунктів функціонують стабільно. Водночас для пункту 6 спостерігається незначне підвищення надійності у разі його вилучення ($\alpha = 0.882$), що може свідчити про дещо слабшу узгодженість цього пункту зі шкалою, однак різниця є незначною і не потребує обов'язкового виключення.

Шкала «Overprotection» продемонструвала добру внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.839$; $\omega = 0.844$). Видалення окремих пунктів не призводить до суттєвого покращення показників надійності. Реверсивний пункт 15 функціонує коректно та не погіршує узгодженість шкали.

У цілому результати аналізу надійності свідчать про достатню внутрішню узгодженість усіх трьох шкал перекладеної версії опитувальника та підтверджують їхню психометричну придатність для подальшого використання у дослідженні.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз показав, що в цілому для більшості респондентів характерний низький рівень ризику порушень харчової поведінки. Водночас результати засвідчили помітну індивідуальну варіативність, зокрема наявність групи осіб із підвищеним рівнем ризику, що підтверджує актуальність подальшого детального аналізу психологічних чинників, пов'язаних із харчовою поведінкою у дорослому віці.

Кореляційний аналіз виявив, що особливості харчової поведінки пов'язані зі сприйняттям батьківського ставлення. Зокрема, більш виражені проблемні прояви харчової поведінки поєднуються з вищим рівнем емоційного відторгнення та надконтролю з боку батьків, тоді як емоційне тепло має протилежну, захисну спрямованість.

Результати регресійного аналізу підтвердили, що демографічні та фізіологічні характеристики (вага, зріст) відіграють другорядну роль у поясненні харчової поведінки. Натомість ключове значення мають

психологічні чинники, пов'язані з досвідом взаємодії з батьками, передусім з надмірним контролем.

Порівняння респондентів з різним рівнем ризику порушень харчової поведінки дало змогу побачити ці зв'язки більш наочно. Особи з підвищеним рівнем ризику характеризуються менш сприятливим емоційним контекстом батьківських взаємин, що проявляється у поєднанні дефіциту емоційної підтримки та підвищеного контролю.

У цілому отримані результати дозволяють зробити висновок, що сприймане батьківське ставлення є важливим психологічним чинником, пов'язаним із формуванням особливостей харчової поведінки у дорослому віці, і має враховуватися як у науковому аналізі, так і в практичній психологічній роботі.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Структура, модель та теоретичне підґрунтя запропонованої інтервенції

Результати теоретичного аналізу, представлені у першому розділі, а також дані емпіричного дослідження, викладені у другому розділі магістерської роботи, підтверджують складний багатофакторний характер формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці, що включає емоційні, когнітивні та міжособистісні чинники [16; 1; 50]. Зокрема, отримані результати вказують на наявність статистично значущих зв'язків між особливостями сімейних взаємин, зокрема стилями батьківського виховання та емоційним кліматом у сім'ї, та проявами дезадаптивної харчової поведінки [27; 39; 38]. Це обумовлює необхідність розробки та впровадження цілеспрямованих психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітків.

Підлітковий вік розглядається в сучасній психології та медицині як сенситивний період розвитку, протягом якого відбувається активне формування образу тіла та навичок емоційної регуляції [57; 37; 44], [45]. Саме у цей період підвищується вразливість до формування різноманітних психічних порушень, у тому числі розладів харчової поведінки, що можуть мати тривалі негативні наслідки для здоров'я в дорослому житті [45], [52]. Враховуючи це, профілактичні заходи, спрямовані на раннє виявлення ризиків та корекцію несприятливих чинників, набувають особливої актуальності.

Значна кількість наукових досліджень свідчить про ключову роль сімейного середовища у формуванні ставлення підлітків до їжі, тіла та саморегуляції харчової поведінки [6; 8; 4; 41]. Батьківські установки, правила та очікування щодо їжі, а також стиль емоційного реагування батьків можуть як знижувати, так і підвищувати ризик розвитку дезадаптивних харчових патернів. Зокрема, жорсткий контроль, використання їжі як засобу заохочення або покарання, а також емоційна холодність чи надмірна критичність з боку батьків пов'язані з формуванням порушених моделей харчової поведінки в подальшому житті [41]. Таким чином, робота з батьками розглядається як один із ключових напрямів профілактики розладів харчової поведінки.

Сучасні міжнародні рекомендації у сфері охорони психічного здоров'я підлітків підкреслюють важливість профілактичних інтервенцій, орієнтованих не лише на самих підлітків, але й на їх найближче соціальне оточення, зокрема батьків та освітнє середовище [52], [53]. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що ефективна профілактика психічних розладів передбачає підвищення обізнаності, формування навичок раннього розпізнавання симптомів та розвиток адаптивних стратегій реагування в сімейному контексті [53].

Окрему увагу у наукових дослідженнях приділено можливостям реалізації психологічних інтервенцій у межах освітніх закладів. Школа розглядається як оптимальне середовище для впровадження профілактичних програм завдяки систематичному контакту з підлітками та їхніми батьками, а також наявності фахівців психологічної служби. Дослідження підтверджують, що шкільні психоосвітні та профілактичні програми можуть бути ефективним інструментом зниження ризику розвитку психічних порушень у підлітків за умови їх наукового обґрунтування та належної організації [18], [51].

З огляду на наведені теоретичні положення та результати власного емпіричного дослідження, доцільною видається розробка психологічної інтервенції у форматі офлайн-тренінгу для батьків підлітків, який може реалізовуватися шкільним психологом. Така інтервенція спрямована на підвищення батьківської обізнаності щодо механізмів формування розладів харчової поведінки, навчання розпізнаванню ранніх симптомів та формування конструктивних алгоритмів дій у разі виникнення перших тривожних ознак. Запропонований підхід відповідає сучасним уявленням про профілактику психічних розладів у підлітковому віці та ґрунтується на поєднанні психоосвітніх і превентивних стратегій [56, 43].

Розробка психологічної інтервенції, спрямованої на зниження ризику розладів харчової поведінки у підлітків, ґрунтується на інтеграції сучасних теоретичних підходів, що пояснюють роль емоційної регуляції, сімейних взаємин та когнітивних схем у формуванні харчової поведінки [54; 3; 33]. Такий інтегративний підхід дозволяє розглядати розлади харчової поведінки не як ізольований симптом, а як результат взаємодії індивідуальних, сімейних та соціальних чинників.

Одним із ключових теоретичних підґрунтів запропонованої інтервенції є системний сімейний підхід, відповідно до якого порушення харчової поведінки розглядаються як відображення дисфункцій у сімейній взаємодії [24; 29; 46]. У межах цього підходу розлади харчової поведінки можуть виконувати регулятивну або комунікативну функцію в сім'ї, відображаючи порушення емоційної взаємодії, надмірний контроль, емоційну дистанцію або суперечливі батьківські повідомлення. Емпіричні дослідження підтверджують, що батьківські стилі виховання, зокрема поєднання відкидання та гіперопіки, пов'язані з підвищеним ризиком формування психічних і поведінкових порушень у дітей та підлітків [41], [11].

Важливе місце у теоретичному обґрунтуванні інтервенції посідає психоосвітній підхід, який розглядається як ефективний інструмент профілактики та раннього втручання при поведінкових і емоційних порушеннях [14; 20], [53]. Психоосвіта розглядається як ефективний інструмент профілактики, оскільки дозволяє знизити рівень стигматизації, тривоги та неадекватних реакцій з боку дорослих, а також сприяє формуванню більш усвідомленого та підтримувального стилю батьківської поведінки. Дослідження показують, що батьківські уявлення про їжу, тіло та контроль мають довготривалий вплив на харчову поведінку дітей у підлітковому та дорослому віці [41].

Крім того, інтервенція спирається на положення біопсихосоціальної моделі психічного здоров'я, відповідно до якої розлади харчової поведінки формуються під впливом взаємодії індивідуальних і соціальних чинників [9; 13; 10], [45]. У межах цієї моделі підкреслюється роль підліткового віку як критичного періоду розвитку, протягом якого відбувається інтенсивна перебудова емоційної регуляції, образу тіла та самооцінки. Саме в цей період несприятливі сімейні фактори можуть мати особливо виражений вплив на психічне здоров'я [45], [52].

Окремим теоретичним підґрунтям запропонованої інтервенції є моделі профілактики психічних розладів, розроблені в рамках громадського та шкільного психічного здоров'я. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, ефективні профілактичні програми мають бути спрямовані на ранні етапи розвитку проблеми, включати роботу з сім'єю та реалізовуватися в доступних соціальних інституціях, зокрема в освітньому середовищі [53]. Профілактичні інтервенції, що реалізуються в школах, демонструють найбільшу ефективність за умови активного залучення батьків та міждисциплінарної співпраці фахівців [18], [51].

У межах запропонованої моделі психологічної інтервенції тренінг для батьків розглядається як первинна та вторинна профілактика розладів харчової поведінки. Первинна профілактика полягає у формуванні адекватних батьківських уявлень про харчову поведінку, розвиток навичок підтримувальної комунікації та зниження ризикованих виховних практик. Вторинна профілактика спрямована на раннє виявлення перших симптомів та навчання алгоритмам дій у разі їх появи, що відповідає сучасним рекомендаціям щодо запобігання прогресуванню психічних розладів у підлітковому віці [56], [43].

Таким чином, теоретична модель запропонованої психологічної інтервенції базується на поєднанні системного сімейного, психоосвітнього та профілактичного підходів, а також на положеннях біопсихосоціальної моделі психічного здоров'я. Це забезпечує комплексний характер інтервенції та її відповідність сучасним науковим уявленням про механізми формування і профілактики розладів харчової поведінки у підлітків.

Запропонована психологічна інтервенція реалізується у формі офлайн-тренінгу для батьків підлітків та має профілактичний і просвітницький характер. Необхідність розробки саме такого формату зумовлена результатами емпіричного дослідження, представленого у другому розділі роботи, які засвідчили наявність зв'язку між особливостями батьківських взаємин і ризиком формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Отримані дані узгоджуються з сучасними науковими уявленнями про ключову роль сімейного середовища у становленні харчової поведінки та образу тіла в підлітків [41], [45].

Метою запропонованої психологічної інтервенції є зменшення ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітків шляхом підвищення психологічної компетентності батьків, формування у них

усвідомленого, підтримувального стилю взаємодії з дитиною, а також розвитку навичок раннього виявлення симптомів і своєчасного реагування на них.

Для досягнення поставленої мети у межах тренінгу передбачається реалізація таких завдань:

- підвищити рівень обізнаності батьків щодо сутності, видів та механізмів формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці;
- сформувати уявлення про роль батьківських установок, стилів виховання та комунікативних патернів у розвитку харчової поведінки дитини [41], [11];
- навчити батьків розпізнавати ранні психологічні, поведінкові та емоційні маркери ризику розладів харчової поведінки;
- ознайомити учасників з алгоритмами дій у разі виявлення перших симптомів, включно з межами відповідальності батьків та роллю фахівців;
- сприяти формуванню підтримувального сімейного середовища, що знижує рівень стигматизації та тривоги, пов'язаних з темою їжі, тіла та зовнішності [52], [56].

Цільовою аудиторією запропонованої інтервенції є батьки або законні представники підлітків 8–11 класів закладів загальної середньої освіти. Саме цей віковий період характеризується підвищеною вразливістю до формування негативного образу тіла, порушень харчової поведінки та емоційної дезадаптації, що підтверджується численними дослідженнями [45], [52].

Тренінг також може бути рекомендований для батьків підлітків, які вже демонструють окремі тривожні симптоми, проте не мають встановленого клінічного діагнозу. У такому випадку інтервенція виконує функцію вторинної профілактики та спрямована на запобігання поглибленню проблеми [53], [43].

Запропонований тренінг розрахований на офлайн-формат і може реалізовуватися на базі закладів освіти за участі шкільного психолога. Вибір саме цього формату обґрунтований сучасними підходами до організації шкільних програм психічного здоров'я, які наголошують на доступності, регулярності та інтегрованості інтервенцій у освітнє середовище [18], [51].

Тренінг передбачає групову форму роботи з батьками (10–15 осіб у групі), що дозволяє поєднати психоосвітній компонент з елементами обговорення, рефлексії та обміну досвідом. Такий формат сприяє зниженню рівня тривоги, нормалізації переживань та підвищенню мотивації до змін [56].

Запропонована психологічна інтервенція реалізується у формі одноразового психоосвітнього тренінгу для батьків підлітків, який може бути проведений у межах закладу загальної середньої освіти за участі шкільного психолога. Обрання саме такого формату зумовлене необхідністю поєднання науково обґрунтованого змісту з реалістичними умовами впровадження, зокрема обмеженими часовими ресурсами батьків та можливостями шкільної психологічної служби. Профілактичні заходи короткотривалого формату розглядаються в сучасних рекомендаціях як ефективний інструмент підвищення обізнаності та раннього реагування у сфері психічного здоров'я підлітків [52].

Загальна тривалість тренінгу становить 2–2,5 години, що дозволяє охопити ключові аспекти проблеми без надмірного навантаження на учасників. Формат передбачає поєднання інформаційних блоків, обговорення типових ситуацій та практичних рекомендацій для батьків. Така структура сприяє не лише засвоєнню знань, але й формуванню більш усвідомленого ставлення до власної ролі у профілактиці психологічних труднощів підлітків.

Зміст тренінгу побудовано за принципом послідовного переходу від загального розуміння проблеми до конкретних дій, які можуть бути застосовані в повсякденному сімейному житті. У першій частині тренінгу увага зосереджується на психоосвіті щодо розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Батькам надається стислий, науково обґрунтований огляд основних видів порушень харчової поведінки, факторів ризику та психологічних механізмів їх формування. Окремо підкреслюється роль підліткового віку як періоду підвищеної вразливості, пов'язаної з формуванням образу тіла, самооцінки та емоційної регуляції [45].

Друга частина тренінгу присвячена аналізу впливу батьківських установок і стилів взаємодії на харчову поведінку підлітка. У межах цього блоку розглядаються типові виховні практики, пов'язані з їжею та зовнішністю, а також їх можливі психологічні наслідки. Особлива увага приділяється таким аспектам, як надмірний контроль, критичні зауваження щодо зовнішності, використання їжі як засобу заохочення або покарання. Наукові дані свідчать, що подібні установки можуть мати довготривалий вплив на формування дезадаптивної харчової поведінки, що обґрунтовує доцільність роботи з батьками в профілактичному форматі [41].

У третій частині тренінгу розглядаються ранні психологічні та поведінкові ознаки, які можуть свідчити про підвищений ризик розвитку розладів харчової поведінки. Батькам пропонується звернути увагу на зміни в емоційному стані, ставленні до їжі, власного тіла та соціальної взаємодії підлітка. Акцент робиться на важливості своєчасного розпізнавання таких змін як умови запобігання поглибленню проблеми та переходу її у більш тяжкі форми [53].

Завершальний блок тренінгу має практичну спрямованість і присвячений формуванню чітких та реалістичних алгоритмів дій для батьків у разі виявлення перших тривожних ознак. У цьому контексті обговорюються конструктивні стратегії взаємодії з підлітком, зокрема

підтримувальна комунікація, емоційна валідація та звернення по професійну допомогу. Також окреслюються дії, яких доцільно уникати, зокрема посилення контролю, тиск або ігнорування проблеми. Окремо підкреслюється роль шкільного психолога як фахівця первинної ланки підтримки та посередника між сім'єю і системою допомоги [51], [43].

Таким чином, запропонований психоосвітній тренінг для батьків має чітку, логічно вибудовану структуру та спрямований на підвищення психологічної компетентності дорослих у питаннях профілактики розладів харчової поведінки у підлітків. Його зміст узгоджується з сучасними науковими уявленнями про механізми формування харчової поведінки та відповідає рекомендаціям щодо профілактичних інтервенцій у шкільному середовищі [52], [43].

Запропонована структура тренінгу має модельний характер та може бути адаптована залежно від умов освітнього середовища.

Структура психоосвітнього тренінгу для батьків підлітків

Етап тренінгу	Зміст етапу	Психологічна мета	Орієнтовна тривалість
Вступний етап	Ознайомлення учасників із метою тренінгу, окреслення правил взаємодії та формату роботи	Формування безпечного простору	10–15 хв
Психоосвітній блок	Інформація про розлади харчової поведінки, фактори ризику та особливості підліткового віку	Підвищення рівня обізнаності батьків	30–40 хв
Рефлексивно-аналітичний блок	Обговорення ролі батьківських установок, стилів виховання та комунікації	Усвідомлення власного впливу на поведінку підлітка	25–30 хв
Практичний блок	Розгляд типових ситуацій та алгоритмів дій у разі появи тривожних симптомів	Формування навичок конструктивного реагування	30–40 хв
Підсумковий етап	Узагальнення ключових положень, відповіді на запитання, надання інформації про ресурси допомоги	Інтеграція отриманих знань і зниження тривоги	15–20 хв

3.2. Аналіз потенційної ефективності психологічної інтервенції

У межах даної магістерської роботи ефективність запропонованої психологічної інтервенції аналізується не як емпірично вимірний

результат, а як логічно та теоретично обґрунтований ефект, що впливає зі структури тренінгу, його змістового наповнення та спрямованості на конкретні психологічні чинники ризику. Такий підхід є доцільним для профілактичних програм, реалізація яких не передбачає клінічного втручання та безпосереднього вимірювання симптоматики.

Ефективність запропонованого тренінгу ґрунтується на принципі цільового впливу на фактори ризику, виявлені у другому розділі дослідження. Зокрема, емпіричні результати засвідчили значущість таких чинників, як особливості батьківських взаємин, рівень контролю, емоційна підтримка та характер комунікації в сім'ї. Відповідно, кожен структурний елемент тренінгу спрямований на роботу з одним або кількома з цих чинників.

Психоосвітній блок тренінгу виконує функцію когнітивної корекції, оскільки спрямований на усунення помилкових уявлень про харчову поведінку, тіло та підлітковий вік. У наукових дослідженнях підкреслюється, що саме хибні інтерпретації та спрощені уявлення про причини розладів харчової поведінки часто призводять до неадекватних батьківських реакцій, які можуть посилювати ризик проблемної поведінки підлітка [41]. Таким чином, ефект цього блоку полягає не в зміні поведінки безпосередньо, а у створенні передумов для її перегляду.

Аналітичний блок, присвячений розгляду батьківських установок і стилів взаємодії, спрямований на формування рефлексивної позиції батьків. Його ефективність полягає в тому, що батьки отримують можливість співвіднести власні виховні практики з їх можливими психологічними наслідками. Усвідомлення власного впливу на емоційний стан та поведінку підлітка розглядається як ключова умова зміни дезадаптивних моделей взаємодії [56].

Практичний блок тренінгу орієнтований на зниження хаотичності та тривожності батьківських дій у ситуаціях, коли з'являються перші

тривожні ознаки порушень харчової поведінки. Чітке окреслення допустимих і небажаних стратегій реагування дозволяє уникнути крайнощів — надмірного контролю, ігнорування або тиску — які, згідно з науковими даними, можуть посилювати проблему [53].

Ключовим механізмом ефективності інтервенції є опосередкований вплив на сімейне середовище, а не пряме втручання у поведінку підлітка. Зміни у батьківській позиції — зменшення контролю, підвищення емоційної чутливості, готовність до діалогу — створюють умови, за яких ризик розвитку розладів харчової поведінки знижується.

Другим важливим механізмом є раннє реагування. Інтервенція не ставить за мету лікування, однак підвищує ймовірність того, що перші симптоми будуть помічені та інтерпретовані як сигнал до звернення по допомогу, а не як «тимчасові труднощі» або «підліткові примхи» [52].

Слід зазначити, що у межах даного дослідження ефективність інтервенції аналізується на рівні концептуальної моделі, без практичної апробації. Це обмежує можливість робити висновки про фактичні зміни поведінки батьків або підлітків. Водночас така форма аналізу є методологічно виправданою для магістерської роботи та створює основу для подальших емпіричних досліджень, спрямованих на практичну перевірку запропонованої моделі.

З метою практичної перевірки ефективності запропонованої психологічної інтервенції доцільним є включення післятренінгового опитування батьків, яке може бути реалізоване у разі впровадження програми в освітньому середовищі. Таке опитування не має діагностичного характеру та спрямоване насамперед на оцінку суб'єктивних змін у поінформованості, усвідомленні батьківської ролі та готовності до конструктивних дій у разі появи тривожних ознак у підлітка.

Опитування може проводитися у формі короткої анонімної анкети та включати запитання рефлексивного характеру, спрямовані на з'ясування того, наскільки участь у тренінгу сприяла кращому розумінню психологічних аспектів розладів харчової поведінки, зміні ставлення до окремих виховних практик та підвищенню впевненості батьків у власних діях. Збір таких даних дозволить отримати якісну зворотну інформацію щодо сприйняття та практичної цінності інтервенції без використання спеціалізованих психодіагностичних методик.

Доцільним також є проведення відкладеного опитування через певний проміжок часу після тренінгу з метою аналізу того, чи були отримані знання та рекомендації інтегровані у повсякденну взаємодію батьків із підлітками. Таким чином, післятренінгове опитування може розглядатися як допоміжний інструмент оцінювання ефективності програми та як основа для її подальшого вдосконалення.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи було розроблено та теоретично обґрунтовано психологічну інтервенцію, спрямовану на зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітків шляхом впливу на сімейні чинники. Інтервенцію подано у форматі одноразового психоосвітнього тренінгу для батьків, який може бути реалізований у межах освітнього середовища за участі шкільного психолога.

Обґрунтовано доцільність вибору саме батьків як цільової аудиторії інтервенції, що базується на результатах емпіричного дослідження та

сучасних наукових уявленнях про роль сімейних взаємин, батьківських установок і стилів виховання у формуванні харчової поведінки підлітків. Встановлено, що вплив на ці чинники в межах профілактичної роботи є логічно та теоретично виправданим.

Запропоновано структурну модель психоосвітнього тренінгу, яка включає послідовні етапи інформування, рефлексії батьківської позиції, аналізу ранніх ознак ризику та формування алгоритмів дій. Показано, що така структура забезпечує цілісність інтервенції та орієнтацію на ключові психологічні механізми профілактики розладів харчової поведінки.

Здійснено аналіз потенційної ефективності інтервенції на рівні концептуальної моделі без застосування психодіагностичних методик. Обґрунтовано, що ефективність тренінгу проявляється через когнітивні та поведінкові зміни у батьківській позиції, зокрема підвищення усвідомленості, зниження дезадаптивних виховних практик, формування готовності до раннього реагування та звернення по професійну допомогу.

Визначено межі запропонованої інтервенції, зокрема її профілактичний характер і відсутність практичної апробації в межах даного дослідження. Водночас окреслено перспективи подальшої перевірки ефективності програми шляхом проведення післятренінгового опитування батьків та емпіричного впровадження інтервенції в освітньому середовищі.

Таким чином, у третьому розділі сформовано завершену, теоретично обґрунтовану модель психологічної інтервенції, яка логічно поєднує результати теоретичного й емпіричного аналізу та може слугувати основою для подальших наукових і практичних розробок у сфері профілактики розладів харчової поведінки у підлітків.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження проблеми впливу стосунків із батьками на ризик розвитку розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Проведене дослідження дозволило сформулювати такі загальні висновки.

1. На основі аналізу наукових джерел встановлено, що розлади харчової поведінки мають багатофакторну природу та формуються під впливом поєднання індивідуально-психологічних, соціальних і сімейних чинників. Підлітковий вік визначено як сенситивний період, у межах якого особливого значення набувають процеси формування образу тіла, самооцінки та емоційної регуляції, що підвищує вразливість до розвитку дезадаптивної харчової поведінки.

2. Обґрунтовано ключову роль сімейного середовища, зокрема батьківських установок, стилів виховання та характеру емоційної взаємодії, у формуванні ставлення підлітків до їжі та власного тіла. Показано, що надмірний контроль, критика, недостатня емоційна підтримка та неадекватні правила щодо харчування можуть виступати чинниками підвищеного ризику розвитку розладів харчової поведінки.

3. У ході емпіричного дослідження виявлено, що показники ризику розладів харчової поведінки пов'язані з особливостями сприйняття батьківських взаємин. Отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження про наявність зв'язку між характеристиками сімейної взаємодії та схильністю до дезадаптивної харчової поведінки у підлітковому віці.

4. Доведено доцільність залучення батьків як цільової групи профілактичних втручань, оскільки саме батьківська позиція та стиль

взаємодії з дитиною можуть виступати як чинниками ризику, так і захисними факторами у контексті розвитку розладів харчової поведінки.

5. Розроблено та теоретично обґрунтовано модель психологічної інтервенції у форматі одноразового психоосвітнього тренінгу для батьків підлітків, який може бути реалізований у межах шкільного середовища. Запропонована інтервенція має чітку структуру та спрямована на підвищення обізнаності батьків, формування рефлексивної батьківської позиції, розвиток здатності до раннього розпізнавання тривожних ознак і конструктивного реагування.

6. Здійснено аналіз ефективності інтервенції на концептуальному рівні, що дозволило обґрунтувати її потенційну результативність без застосування психодіагностичних методик. Показано, що ефективність запропонованої програми ґрунтується на цільовому впливі на виявлені фактори ризику та опосередкованому впливі на сімейне середовище.

7. Визначено межі проведеного дослідження, пов'язані з відсутністю практичної апробації інтервенції, а також окреслено перспективи подальших наукових розвідок, які можуть бути спрямовані на емпіричну перевірку ефективності запропонованого тренінгу та його адаптацію до різних освітніх контекстів.

Таким чином, результати магістерської роботи підтверджують значущість сімейних чинників у формуванні ризику розладів харчової поведінки у підлітків та демонструють можливості профілактичної психологічної роботи з батьками як одного з перспективних напрямів зниження цього ризику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ainsworth, M. D. S. (1978). Patterns of attachment. <https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2021/01/Ainsworth-Patterns-of-Attachment.pdf>
2. American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
3. Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. https://psychology.psy.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins%20DP1992.pdf
4. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, Friederich H-C. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>.
5. Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*. 2013;10(1):1–7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.001>.
6. Cassidy, J. (2013). Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000692>
7. Chardon ML, Janicke DM, Carmody JK, Dumont-Driscoll MC. Youth internalizing symptoms, sleep-related problems, and disordered eating attitudes and behaviors: a moderated mediation analysis. *Eat Behav*. 2016;21:99–103. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.01.007>.

8. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research [Review]. *Child Dev.* 2004;75(2):317–33. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>.
9. Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2019). Emotion regulation and attachment: Unpacking two constructs and their association. *Developmental Psychology*, 55(7), 1411–1427. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9163-z>
10. Cooper JL, O’Shea AE, Atkinson MJ, Wade TD. Examination of the difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young female sample. *Int J Eat Disord.* 2014. <https://doi.org/10.1002/eat.22278>.
11. Diedrichs P. C., Halliwell E. School-based interventions to promote positive body image and acceptance of diversity in appearance. *Oxford Handbook of the Psychology of Appearance.* <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199580521.013.0038>
12. Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) : навчально-методичний посібник / за ред. В. В. Погоренко. Дніпро : Дніпровський державний медичний університет МОЗ України, [2023].
13. Ebrahimi, M., Kazemi, Y., & Moradi, A. (2023). Relationship between parental behavior, depression, anxiety, body satisfaction and eating disorder in the period of adolescence. *Medical Research Archives*, 11(8). <https://doi.org/10.18103/mra.v13i1.6215>
14. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: Sharpening the definition [Editorial Material]. *Child Dev.* 2004;75(2):334–9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>.
15. Esbenschade, J., & Venegas, J. (2024). Biopsychosocial Review of Eating Disorders. *Open Journal of Psychiatry*, 14(1), 1–15. <http://doi.org/10.4236/ojpsych.2024.142007>

16. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)12378-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)12378-1/fulltext)
17. Favieri F, Marini A, Casagrande M. Emotional regulation and overeating behaviors in children and adolescents: a systematic review [Review]. *Behavioral Sci.* 2021. <https://doi.org/10.3390/bs11010011>.
18. Fazel M., Hoagwood K., Stephan S., Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry.* 2014;1(5):377–387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)
19. Gattario KH, Frisén A. From negative to positive body image: Men’s and women’s journeys from early adolescence to emerging adulthood. *Body Image.* 2019;28:53–65. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.002>.
20. Gnepp J, Hess DLR. Childrens understanding of verbal and facial display rules [article]. *Dev Psychol.* 1986;22(1):103–8. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.1.103>.
21. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, Flament MF. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord.* 2007. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.023>.
22. Haedt-Matt AA, Keel PK. Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment [Article]. *Psychol Bull.* 2011;137(4):660–81. <https://doi.org/10.1037/a0023660>.
23. Hayward C, Sanborn K. Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *J Adolesc Health.* 2002;30(4 Suppl):49–58. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(02\)00336-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00336-1).
24. Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2023). Attachment in individuals with eating disorders

compared to community controls: A systematic review and meta-analysis.
<https://doi.org/10.1002/eat.23922>

25. Jiang J., Lu Z., Jiang B., Xu Y. Revision of the Short-form Egna Minnen av Barndoms Uppfostran for Chinese (s-EMBU-C). *Psychological Development and Education*. 2010;26(1):94–99.
<https://devpsy.bnu.edu.cn/EN/Y2010/V26/I1/94>

26. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):433–9. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>.

27. Kelley, M. (2021). Attachment and disordered eating: The mediating impact of body dissatisfaction. Master's thesis, St. Cloud State University.
https://repository.stcloudstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=pcf_etds

28. Kelly NR, Kosty D, Guericabeitia L, Guidinger C, Williamson G. Evaluating components of existing theories for loss of control eating in a sample of young racially/ethnically diverse men [Article]. *Body Image*. 2020;35:63–70.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.005>.

29. Koch SBJ, Mars RB, Toni I, Roelofs K. Emotional control, reappraised. *Neurosci Biobehavioral Rev*. 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.003>.

30. Kwan MY, Dodd D (2024) Social cognition and bulimic symptoms in male undergraduate students: The conditional effect of emotion dysregulation. *Eur Eat Disord Rev*. 2024;32(6):1220–1226.
<https://doi.org/10.1002/erv.3120>.

31. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):352–7. <https://doi.org/10.1002/eat.20705>.

32. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic

review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;49:125–34.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>.

33. Lev-Ari, L., & Weller, A. (2024). Attachment and emotional eating: A scoping review uncovering relational roots to inform preventive healthcare. *Nutrients*, 16(3), 412.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12692234/>

34. Li, Y., Zhao, J., & Li, X. (2024). The effects of parent–child attachment style and parenting style on children’s emotional competence. *Frontiers in Psychology*, 15, 1–12. <https://doi.org/10.54097/4bc2zt07>

35. Lin SC, Kehoe C, Pozzi E, Lontos D, Whittle S. Research Review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in children and adolescents - a meta-analysis [Review]. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13894>.

36. Mitchell, J. E., & Peterson, C. B. (2008). Models of eating disorders: A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 10(2), 5–18. DOI: 10.12740/APP/68422.
<https://www.archivespp.pl/pdf-68422-80176?filename=Models+of+eating.pdf>

37. Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., et al. (2025). Emotion regulation difficulties and disordered eating in adolescents and young adults: A meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 13, Article 27. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-025-01197-y>

38. Munguía L, Jiménez-Murcia S, Granero R, Baenas I, Agüera Z, Sánchez I, Codina E, del Pino-Gutiérrez A, Testa G, Treasure J, Fernández-Aranda F. Emotional regulation in eating disorders and gambling disorder: a transdiagnostic approach. *J Behavioral Addict*. 2021. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00017>.

39. Nolen-Hoeksema S. Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. In S. NolenHoeksema (Ed.), *Annual Review of Clinical*

Psychology,

2012;8:161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>

40. Public Health England. Promoting children and young people's emotional health and wellbeing. London: Public Health England; 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-children-and-young-peoples-emotional-health-and-wellbeing>

41. Puhl R. M., Schwartz M. B. If you are good you can have a cookie: How memories of food rules relate to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*. 2003;4(3):283–293. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00024-2](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00024-2)

42. Rodrigues TF, Ramos R, Vaz AR, Brandão IM, Fernandez-Aranda F, Machado PPP. The mediating role of self-criticism, experiential avoidance and negative urgency on the relationship between ed-related symptoms and difficulties in emotion regulation. *Eur Eat Disorde Rev*. 2022. <https://doi.org/10.1002/erv.2914>.

43. Rosa S. Wong, Bianca N. K. Chan, Sok Ian Lai, Keith T. S. Tung School-based eating disorder prevention programmes and their impact on adolescent mental health: systematic review. *BJPsych Open*. 2024;10(6):e196. doi: 10.1192/bjo.2024.795 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11698218/>

44. Sahi RS, Eisenberger NI, Silvers JA. Peer facilitation of emotion regulation in adolescence. *Developmental Cognitive Neurosci*. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101262>.

45. Sawyer S. M., Afifi R. A., Bearinger L. H., Blakemore S.-J., Dick B., Ezeh A. C., Patton G. C. Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*. 2012;379(9826):1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)

46. Sim L, Zeman J. Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *J Early Adolesc*. 2005;25(4):478–96. <https://doi.org/10.1177/0272431605279838>.

47. Solmi, F., Radua, J., Olivola, M., et al. (2021). Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 219(3), 1–11. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>
48. Valledor V, Lawler J, Jefferson S, Chow CM. Attachment style to body dissatisfaction, restrained eating, and disordered eating in adolescent girls: Differential weight communication mediators. *Appetite*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107321>.
49. Wang Z., Wang H., Saeed S. Bridging parental rejection and overprotection: implications of their co-occurrence for family-based interventions in children. *Translational Pediatrics*. 2025;14(11):3073–3085. doi: 10.21037/tp-2025-462 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12683416/>
50. Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B., & Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA Network Open*, 2(10), e1912925. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6802241/>
51. Weist M. D., Lever N. A., Stephan S. H., Youngstrom E. A., Moore E. School mental health services: A research review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2014;27(2):84–95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237077/>
52. World Health Organization (WHO). Adolescent mental health. WHO Fact Sheet. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
53. World Health Organization (WHO). Preventing mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization; 2004. <https://www.who.int/publications/i/item/924159215X>

54. World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). <https://icd.who.int/en>

55. Wyssen A, Bryjova J, Meyer AH, Munsch S. A model of disturbed eating behavior in men: The role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions [Article]. *Psychiatry Res.* 2016;246:9–15. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.010>.

56. Yager Z., O’Dea J. A. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: an experimental approach in adolescent schoolgirls. *European Eating Disorders Review.* 2001;9(6):357–372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11589326/>

57. Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Is parent–child attachment a correlate of children’s emotion regulation and coping? *International Journal of Behavioral Development,* 38(6), 553–563. <https://doi.org/10.1177/0165025415618276>

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати перевірки нормальності емпіричних розподілів

	<u>Descriptives</u>		<u>Shapiro-Wilk</u>	
	<u>Mean</u>	<u>SD</u>	<u>W</u>	<u>p</u>
EAT-26	12.8	12.16	0.790	<.001
Емоційне відторгнення	12.6	4.79	0.901	<.001
Емоційне тепло	15.6	4.36	0.974	0.001
<u>Надконтроль</u>	23.6	5.86	0.981	0.010

Додаток Б

Матриця результатів кореляційного аналізу

		<u>Correlation Matrix</u>			
		<u>EAT-26</u>	<u>Емоційне відторгнення</u>	<u>Емоційне тепло</u>	<u>Надконтроль</u>
EAT-26	<u>Spearman's rho</u>	—			
	<u>df</u>	—			
	<u>p-value</u>	—			
Емоційне відторгнення	<u>Spearman's rho</u>	0.314***	—		
	<u>df</u>	192	—		
	<u>p-value</u>	<.001	—		
Емоційне тепло	<u>Spearman's rho</u>	-0.170*	-0.574***	—	
	<u>df</u>	192	192	—	
	<u>p-value</u>	0.018	<.001	—	
<u>Надконтроль</u>	<u>Spearman's rho</u>	0.297***	0.609***	-0.101	—
	<u>df</u>	192	192	192	—
	<u>p-value</u>	<.001	<.001	0.161	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток В

Регресійні моделі для прогнозування харчової поведінки на основі соціально-демографічних, фізіологічних і психологічних характеристик

Linear Regression

Model Fit Measures							
Model	R	R ²	Adjusted R ²	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.184	0.0340	0.0188	2.23	3	190	0.086
2	0.224	0.0503	0.0302	2.50	4	189	0.044
3	0.461	0.2127	0.1831	7.18	7	186	<.001

Note. Models estimated using sample size of N=194

Model Comparisons							
Comparison		ΔR ²	F	df1	df2	p	
Model	Model						
1	- 2	0.0163	3.24	1	189	0.073	
2	- 3	0.1624	12.79	3	186	<.001	

Змістові результати Моделі 1

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept ^a	19.757	3.269	6.045	<.001	
Вік	-0.235	0.114	-2.064	0.040	-0.1490
Стать:					
Чоловіча – Жіноча	-4.142	2.550	-1.624	0.106	-0.3407
Місце проживання:					
За кордоном – В Україні	-0.672	2.150	-0.313	0.755	-0.0553

^a Represents reference level

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Вік	1.02	0.976
Стать	1.01	0.990
Місце проживання	1.03	0.970

Змістові результати Моделі 2

<u>Predictor</u>	<u>Estimate</u>	<u>SE</u>	<u>t</u>	<u>p</u>	<u>Stand. Estimate</u>
<u>Intercept</u> ^a	14.396	4.406	3.267	0.001	
Вік	-0.312	0.121	-2.579	0.011	-0.1978
Стать:					
Чоловіча – Жіноча	-4.680	2.553	-1.834	0.068	-0.3851
Де ви зараз проживаєте?:					
За кордоном – В Україні	-0.617	2.138	-0.289	0.773	-0.0508
ІМТ	0.307	0.170	1.801	0.073	0.1374

^a Represents reference level

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Вік	1.17	0.854
Стать	1.02	0.977
Місце проживання	1.03	0.969
ІМТ	1.16	0.864

Змістові результати Моделі 3

<u>Predictor</u>	<u>Estimate</u>	SE	t	p	<u>Stand. Estimate</u>
<u>Intercept^a</u>	6.9479	7.144	0.973	0.332	
Вік	-0.2839	0.113	-2.521	0.013	-0.1801
Стать:					
Чоловіча – Жіноча	8.2995	7.120	1.166	0.245	
Місце проживання:					
За кордоном – В Україні	-0.2996	0.113	-2.640	0.009	-0.1901
ІМТ	-4.4682	2.368	-1.887	0.061	-0.3676
Емоційне відторгнення					
Емоційне тепло	-0.6704	1.964	-0.341	0.733	-0.0552
<u>Надконтроль</u>	0.0658	0.161	0.407	0.684	0.0294

^a Represents reference level

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Вік	1.22	0.817
Стать	1.05	0.956
Місце проживання	1.03	0.967
ІМТ	1.23	0.811
Емоційне відторгнення	2.99	0.334
Емоційне тепло	1.84	0.543
<u>Надконтроль</u>	1.98	0.506