

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
магістра
на тему
“ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ
ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ”

Виконала: магістрантка групи ПЗ-2405
напряму підготовки 053 «Психологія»
освітньої програми «Клінічна психологія»
Матвієнко Наталія Олександрівна

Керівник : Півень Л. В., асист. кафедри психології

Рецензент: Клименко І. С., д.психол.н.,
професор, завідувач кафедри психології
ТОВ «Зігмунд Фройд Університет Україна»

Київ 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (РХП) ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	9
1.1. Теоретичні засади дослідження проблеми розладів харчової поведінки у сучасній психології	9
1.2. Соціально-психологічні чинники вибору харчової поведінки як особистісної потреби підлітка	14
1.3. Класифікація типових розладів харчової поведінки в підлітковому віці	19
Висновки до першого розділу	26
2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	28
2.1. Методи та організація емпіричного дослідження	28
2.2. Результати емпіричного дослідження	32
Висновки до другого розділу	44
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	46
3.1. Теоретичні засади надання психологічної допомоги підліткам із розладами харчової поведінки	46
3.2. Психологічні методи, прийоми та техніки корекції РХП у підлітковому віці	49
3.3. Структура та зміст програми психологічної корекції РХП у підлітковому віці	55
Висновки до третього розділу	59
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні ідеали краси, сформовані під дирекцією різних чинників, як от вплив заможних і впливових людей, свідоме чи несвідоме бажання задати один єдиний правильний шлях розвитку особистості у проєкції бачення блогерів та інфлюенсерів, дуже часто не співпадають з реальним, та кидають виклик на шляху життя як жінкам, так і чоловікам. В гонитві за ідеальним страждає мінливе та природне - світогляд, навчання новому, фізіологічний розвиток, одним з основ якого є звично збалансоване та регулярне харчування.

Особлива увага у таких реаліях надається дітям підліткового віку, чиє бачення світу, довіри та сепараційних процесів у різних аспектах життя багато в чому залежить від оточення, батьків та однолітків. Підлітки активно освоюють соціальні норми та цінності, наслідуючи дорослих через зовнішність і поведінку, що на описаному етапі життя є цілком нормальним процесом. Стандарти зовнішнього вигляду мотивують до зусиль будь якого характеру, серед яких найчастіше обирають схуднення шляхом дієт. Проте самостійне використання дієт та обмежень у їжі без рекомендацій лікаря несе значні ризики для здоров'я.

Проблематика впливу психологічних чинників на формування розладів харчової поведінки у підлітків є надзвичайно актуальною та вартою уваги внаслідок інтенсивних змін, що постійно переслідують намагання дітей цього віку жити нормально, але в постійних конфліктах з собою та зовнішнім світом. Підлітковий вік відзначається активним процесом становлення особистості та визначенням соціальної ролі, що є чудовим каталізатором сприятливе для виникнення харчових порушень.

Дослідження демонструють наявні у підлітків із групи ризику емоційну нестійкість, часті самозвинувачення за невідповідність критеріям соціуму, інтровертність, селф-газлайтинг. Харчова поведінка та її форми, пристосовані до відповідей підлітків на умовні стрес та труднощі в таких

випадках виконують функцію психологічної допомоги. При цьому, на думку Скрипченко та Долинської [12], стиль взаємодії у сім'ї, зокрема диктаторські або ворожі установки батьків, суттєво впливають на розвиток деструктивних харчових звичок. Емоційна нестабільність у сімейних відносинах, наприклад, надмірний контроль матері чи відсутність уваги з боку батька, може спричиняти виникнення розладів харчової поведінки як спосіб впоратись з напругою, або ж врегулювати конфлікт з зовнішніми обставинами.

Вивченню психологічних особливостей харчової поведінки, її розладів і порушень присвячено чимало досліджень. Серед українських авторів варто згадати роботи Абсалямової Л. М, Аврамчука О., Шебанової В., Вірної Ж. П., Косяка В. А., Богучарової О. І., Бурлачука Л.Ф та ін. Роботи іноземних дослідників також демонструють високу зацікавленість у вивченні розладів харчової поведінки, як важливої проблеми ХХІ століття.

Термін «харчова поведінка» використовується для опису комплексних процесів, що включають дії, пов'язані з прийомом їжі, а також особливості якості та кількості споживаних продуктів. Також, згідно думки дослідниці Абсалямової [1], поняття «харчова поведінка» охоплює всі дії та активності, що здійснюються індивідом під час прийому їжі, а також включає зміни в харчовому раціоні, що стосуються якості та кількості споживаних продуктів. До найпоширеніших розладів харчової поведінки, згідно DSM-5 [23], належать: розлад обмеженого/утриманого харчування 307.59 (F50.8), анорексія нервова 307.1 (F50.0), булімія нервова 307.51 (F50.2), розлад переїдання 307.51 (F50.8). Термін “нервова анорексія” пояснювали Goh K. H та Lee E. L. [48], Marumoto H. [64] як важкий психічний розлад, який виявляється у порушенні нормального харчування, коли людина свідомо зменшує кількість споживаних калорій, прагнучи схуднути за допомогою різних методів, часто через спотворене

уявлення про свою вагу. Крім того, термін "нервова булімія" визначається як розлад, при якому переїдання супроводжується самоіндукованою блювотою, частими спробами знизити вагу шляхом суворого обмеження їжі, зловживанням проносними або діуретичними препаратами, а також різкими коливаннями ваги через цикли голодування і переїдання. Людина часто відчуває страх втратити контроль над своєю поведінкою щодо їжі та очищення організму, що сприймається як ненормальне і викликає незадоволеність своїм зовнішнім виглядом.

Отже, актуальність цього дослідження зумовлена необхідністю розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі розладів харчової поведінки у підлітків, а також аналіз підходів, які сприятимуть збереженню їхнього фізичного та психологічного здоров'я.

Об'єктом дослідження є розлади харчової поведінки.

Предметом дослідження є психологічні чинники, які впливають на розвиток розладів харчової поведінки у підлітків.

Мета дослідження у відповідності з темою полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних чинників, які впливають на розвиток розладів харчової поведінки у підлітків.

Досягнення мети зумовлює вирішення таких **завдань**:

- 1) розкрити теоретичні засади психологічних чинників розвитку розладів харчової поведінки у підлітків;
- 2) проаналізувати вплив сімейних взаємин та соціального середовища на формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці;
- 3) емпірично дослідити вплив медіа на харчову поведінку та самооцінку підлітків;
- 4) визначити ефективність сучасних підходів до профілактики та корекції розладів харчової поведінки у підлітків.

Методи дослідження. Для досягнення цілей дослідження було

використано такі методи: теоретичні – аналіз проблеми, порівняння та узагальнення теоретичних і емпіричних даних; емпіричні – анкетування, тестування, спостереження та постдіагностичні інтерв'ю.

В емпіричному дослідженні було застосовано такі психодіагностичні методики:

- 1) **SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) Questionnaire** – широко використовуваний інструмент скринінгу наявності розладів харчової поведінки, зокрема анорексії та булімії.
- 2) **Attachment Style Questionnaire (ASQ)** – методика для визначення стилю прив'язаності у сім'ї.
- 3) Скринінгова шкала на виявлення тривоги і депресії **HADS**.

Базою дослідження виступили заклади загальної середньої освіти та онлайн-середовище, у межах яких здійснювалося дистанційне опитування підлітків віком від 11 до 17 років. Емпіричне дослідження проводилося з дотриманням етичних норм психологічної науки, принципів добровільності та конфіденційності участі. Загальний обсяг вибірки становив 36 респондентів, серед яких були представлені підлітки різної статі. Участь неповнолітніх респондентів здійснювалася за наявності поінформованої згоди батьків або законних представників.

Теоретичне значення магістерського дослідження полягає в уточненні психологічного змісту поняття «розлади харчової поведінки у підлітковому віці» та визначенні провідних чинників їх появи, зокрема соціально-психологічних, особистісних і медійних впливів. У систему психологічних знань включено результати емпіричного дослідження, що розкривають зв'язок між рівнем самооцінки, перфекціонізмом і ризиком виникнення розладів харчової поведінки серед підлітків.

Практична значущість одержаних результатів полягає у можливості застосування отриманих даних у діяльності психологів, педагогів і фахівців із профілактики психічного здоров'я. Опрацьовані

рекомендації і виявлення їх ефективності можуть бути використані для раннього виявлення підлітків із групи ризику та розробки профілактичних програм, спрямованих на формування здорових харчових звичок, зміцнення самооцінки та корекцію негативного впливу соціальних мереж на образ тіла. Отримані результати можуть також слугувати основою для розробки психокорекційних методик, спрямованих на запобігання розвитку розладів харчової поведінки у підлітків.

Наукова новизна дослідження. Наукова новизна магістерської роботи полягає у комплексному аналізі психологічних чинників розладів харчової поведінки у підлітковому віці з урахуванням особистісних, сімейних та медійних впливів. Уперше в межах вітчизняного психологічного дослідження здійснено поєднання показників стилів прив'язаності, емоційного стану, самооцінки та впливу соціальних медіа як взаємопов'язаних детермінант формування розладів харчової поведінки у підлітків. Подальшого розвитку набули уявлення про роль соціально-психологічних факторів у виникненні та підтриманні патологічних моделей харчової поведінки, а також обґрунтовано можливості їх психологічної корекції у підлітковому віці.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати магістерського дослідження були апробовані у формі публікації тез доповіді у фаховому науковому виданні. Зокрема, результати теоретичного аналізу проблеми розладів харчової поведінки у підлітковому віці викладено у тезах «Теоретичний аналіз проблеми розладів харчової поведінки у підлітковому віці», опублікованих у збірнику матеріалів міжнародної науково-практичної конференції *Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique* (DOI: 10.36074/logos-31.10.2025.037).

Структура роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку

використаних джерел (113 найменувань), додатків.

1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (РХП) ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

1.1. Теоретичні засади дослідження проблеми розладів харчової поведінки у сучасній психології

Розлади харчової поведінки (РХП) становлять справжню комплексну проблему, що об'єднує грані клінічної психології, психіатрії, нейронаук та соціології. До них належать різноманітні порушення, такі як нервова анорексія (AN), нервова булімія (BN), розлад неконтрольованого переїдання (BED) та інші відхилення від адекватного ставлення до їжі у харчовій поведінці. Найбільш поширеними формами РХП є нервова анорексія, що характеризується навмисним обмеженням споживання їжі та страхом набрати вагу, булімія, яка проявляється періодами неконтрольованого переїдання, що супроводжуються компенсаторною поведінкою (наприклад, самоспровокованим актом блювоти чи надмірними фізичними навантаженнями), а також розлади, пов'язані з компульсивним переїданням, коли особа втрачає контроль над обсягами спожитої їжі, але не вдається до компенсаторних заходів [23].

Іншими словами в наукових працях зазначається, що харчова поведінка являє собою комплекс стереотипних дій, спрямованих на задоволення потреби у їжі. Вона охоплює кілька взаємопов'язаних аспектів: психофізіологічний (забезпечення організму необхідними поживними речовинами), когнітивно-поведінковий (формування харчових звичок, ритуалів і вибору продуктів), емоційний (отримання задоволення від споживання їжі) та духовно-культурний (вплив традицій і заборон на харчову поведінку) [8].

Значний відсоток осіб, які страждають на ці розлади, становлять саме підлітки, що пояснюється особливостями цього вікового періоду, пов'язаними зі становленням особистості, гормональними змінами та

підвищеною чутливістю до соціального схвалення. Дослідження показують, що приблизно до 7,4% підлітків мають високий ризик розвитку РХП, а пік їхнього формування припадає на вік 14 років [32]. Цей показник викликає особливе занепокоєння, оскільки розлади харчової поведінки характеризуються одним із найвищих рівнів смертності серед психічних захворювань, що пов'язано як із фізичним виснаженням організму, так і з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки у осіб, які страждають на РХП [61].

Причини розвитку РХП є багатофакторними та включають фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Серед індивідуальних чинників можна виділити перфекціонізм, схильність до тривожності та депресивних станів [26], а також викривлене сприйняття власного тіла, коли людина, маючи загалом нормальну вагу, вважає себе надмірно повною або непривабливою. Сімейне оточення відіграє ключову роль серед соціальних факторів: якщо в родині приділяється надмірна увага дієтам та цінується правильна соціокультурна приналежність до зовнішнього світу лише згідно цього показника, присутня критика зовнішності, що може бути спрямована підліткам як вразливій віковій групі неусвідомлено чи, навпаки, у наказовій формі, або є випадки розладів харчової поведінки, ризик їхнього розвитку у підлітка суттєво підвищується [69].

Окрім соціальних факторів, значний вплив на харчову поведінку мають психологічні чинники, зокрема рівень самооцінки та психологічний дистрес [18]. Молодь, зокрема дівчата-підлітки, нерідко стикаються з почуттям незадоволеності власним тілом, що може значно посилювати ймовірність виникнення порушень у харчовій поведінці, таких як розлади апетиту чи нездорові дієти [75, 46]. Цей стан часто зумовлений суспільними очікуваннями та ідеалами краси, які впливають на сприйняття себе. Дослідження показали, що недостатня самооцінка разом із

психологічним напруженням часто стають факторами, які провокують розвиток шкідливих харчових звичок [16]. У таких випадках їжа іноді сприймається як механізм подолання емоційного напруження, виконуючи роль своєрідного компенсаторного інструменту.

Крім того, сучасні медіа та соціальні мережі також чинять значний тиск, нав'язуючи нереалістичні стандарти краси, що сприяє розвитку незадоволеності власною зовнішністю та підвищує ризик виникнення розладів харчової поведінки [74, 58]. На ранніх етапах розвитку розладу важливо звертати увагу на певні поведінкові зміни, наявність яких може вказувати на порушення харчової поведінки. До яскравих проявів розладів харчової поведінки можуть належати різкі коливання ваги, постійне невдоволення власною зовнішністю, відмова від їжі в компанії, аргументована серйозним ставленням до свого харчування та режимом, надмірна тривожність щодо харчування, постійне занепокоєння виглядом свого тіла у дзеркалі, а також занадто інтенсивна фізична активність, спрямована на швидке зниження ваги [80]. Однак слід зауважити, що РХП можуть спостерігатися і в осіб з нормальною масою тіла, що ускладнює їхню діагностику.

Внесення цих порушень у DSM-5 та ICD-11 підтверджує їхню важливість у сучасній клінічній психології та психіатрії [49]. В останні роки спостерігається посилений науковий інтерес до цих явищ, що зумовлено їхньою значною поширеністю та серйозними наслідками для фізичного та психічного здоров'я. Кількість факторів, що безпосередньо чи опосередковано впливає на виникнення і розповсюдження розладів харчової поведінки викликає неприховане занепокоєння як фахівців, не залучених безпосередньо до проблематики, так і власне тих, хто має прямий вплив на обізнаність щодо таких розладів.

Розлади харчової поведінки мають значний вплив на фізичне здоров'я підлітків, оскільки порушують нормальне функціонування

організму. Зневоднення виникає через недостатнє споживання рідини або надмірне її виведення, наприклад, при блюванні. Гормональні порушення можуть проявлятися в збоях менструального циклу чи проблемах із метаболізмом. Анемія розвивається через дефіцит заліза, що погіршує транспортування кисню в організмі. Остеопороз, спричинений нестачею кальцію, підвищує крихкість кісток. Ці та інші наслідки, як зазначають Costa et al., створюють довгострокові ризики для здоров'я [36].

Вивчення цих розладів базується на кількох ключових наукових підходах. Біопсихосоціальна модель пояснює їх як результат взаємодії спадкових, нейрофізіологічних та соціальних чинників. Когнітивно-поведінковий підхід наголошує на ролі негативних переконань щодо ваги й форми тіла, що призводять до патологічних харчових стратегій [112]. Психодинамічні концепції трактують розлади харчової поведінки як результат внутрішніх конфліктів, що кореняться у ранньому дитячому досвіді. Сучасні дослідження приділяють особливу увагу нейробиологічним механізмам цих розладів, зокрема ролі дофамінергічної системи у формуванні імпульсивної поведінки та реакції на винагороду у пацієнтів із нервовою булімією та розладом BED [49].

Епідеміологічні дослідження демонструють зростання поширеності розладів харчової поведінки серед різних вікових і соціально-демографічних груп [51]. Нервова анорексія, яка зазвичай розвивається в підлітковому віці, має найвищий рівень летальності серед усіх психічних розладів. У той час як BN і BED частіше зустрічаються у молодих дорослих і характеризуються рецидивуючим перебігом [85, 56].

Генетичний вплив закономірно часто випускається з уваги у дискусіях чи безпосередніх діях контексту розладів харчової поведінки, що на думку різнопланових спеціалістів є грубою помилкою ще на етапах діагностики чи виявлення схильності людини до одного з перелічених раніше розладів, адже сучасне розуміння речей та прогрес у технологіях

дає підґрунтя усвідомленого та невід'ємного ставлення до генетики, як більш ніж часткового вирішення різнопланових проблем [28].

Генетичні дослідження підтверджують високий рівень спадковості розладів харчової поведінки, який становить від 28% до 74% для AN, 55–62% для булімії та 39–45% для BED. Геномні дослідження (GWAS) виявили зв'язок AN із генами CADM1, MGMT, FOXP1 і PTBP2, що беруть участь у регуляції нейропластичності та метаболічних процесів [49]. Полігенні ризикові оцінки (PGS) використовуються для прогнозування ймовірності розвитку AN і BN. Крім того, нейровізуалізаційні дослідження виявили зміни у фронтальній корі та лімбічній системі, які впливають на контроль харчової поведінки та обробку емоційної інформації.

Окремий напрям досліджень стосується ролі імпульсивності у BED. Встановлено, що пацієнти з BED, які мають високий рівень загальної імпульсивності, частіше демонструють коморбідні розлади, зокрема депресію, тривожність та межовий розлад особистості. Крім того, така група пацієнтів має важчу клінічну картину та потребує спеціалізованих підходів до лікування [49].

Найбільш ефективним підходом до лікування підлітків із розладами харчової поведінки є мультидисциплінарний підхід, що передбачає співпрацю психолога, психіатра, дієтолога та сімейного лікаря. Особливе значення має сімейна терапія (Family-Based Treatment, FBT), оскільки активне залучення батьків до процесу лікування значно підвищує його ефективність та сприяє кращим довгостроковим результатам [62]. Також, в сучасному світі широкого та підтвердженого застосування набула когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає підліткам переосмислити свої переконання щодо харчування, зовнішності та самоконтролю. Додатково використовуються методи психоедукації, що допомагають і підлітку, і його сім'ї краще розуміти природу цього розладу, а також розвивати навички здорового харчування [33].

В українській науковій спільноті відсутній уніфікований підхід до трактування феномену харчової поведінки, що спричиняє різноманітність поглядів на чинники її формування, механізми розвитку та потенційні методи корекції [8]. Відповідно, науковці зосереджуються на різних аспектах цього феномена: одні досліджують його з позицій психофізіологічних процесів, інші – аналізують вплив соціальних норм і культурних традицій, а ще інші вивчають взаємозв'язок між емоційним станом особистості та її харчовими звичками. Така різноплановість підходів сприяє всебічному розгляду харчової поведінки, проте водночас ускладнює формування єдиної наукової концепції щодо її вивчення та методів корекції.

Отже, сучасна психологія розглядає РХП як складне явище, що формується під впливом біологічних, психологічних і соціокультурних чинників. Подальші дослідження спрямовані на вдосконалення методів ранньої діагностики, вивчення нейробиологічних механізмів та розробку ефективних терапевтичних стратегій для різних підтипів РХП.

1.2. Соціально-психологічні чинники вибору харчової поведінки як особистісної потреби підлітка

Соціально-психологічні чинники відіграють чи не одну з ключових ролей у виборі харчової поведінки підлітків, оскільки цей вік характеризується підвищеною соціальною взаємодією, яка пов'язана з потребою у визнанні та становленні як соціально важливого рольового суб'єкта, формуванням особистісної автономії та схильністю до зовнішнього впливу. Зміни у формуванні Я-образу мають визначальний вплив на вибір харчової поведінки. У процесі підліткового розвитку, коли тіло зазнає значних трансформацій, змінюється і самосприйняття особистості. Це нерідко зумовлює підвищену чутливість до зовнішніх чинників, зокрема до критичних зауважень з боку однолітків, соціальних

ідеалів краси та впливу медіа [5, 15]. Важливим аспектом є соціоекологічна модель поведінки, згідно з якою вибір продуктів харчування відбувається у складному середовищі під впливом різноманітних факторів, зокрема сім'ї, друзів, медіа та соціально-економічного статусу. Негативне сприйняття власного тіла може стати поштовхом для підлітків до ризикованих форм харчової поведінки, зокрема до необґрунтованого обмеження споживання їжі або, навпаки, надмірного вживання нездорових продуктів [15]. Такі зміни часто є спробою відповідати соціальним стандартам або впоратися з емоційним дискомфортом.

Наукові дослідження свідчать, що в підлітковому віці формування харчових звичок відбувається більш автономно, і при цьому соціальне оточення починає відігравати вагомішу роль, ніж вплив батьків. Водночас у сім'ях, де зберігаються стійкі харчові традиції, спостерігається суворий контроль за прийомом їжі або є випадки розладів харчової поведінки, ризик формування нездорових харчових звичок суттєво зростає. Контроль за прийомом їжі може виявлятися у примусі дитини ігнорувати власні емоції та рівень насичення через споживання усієї, наданої батьками, порції, попри те, що її об'єм може перевищувати фізіологічно потрібний. Таке виховання закладає підвалини неправильної та зруйнованої харчової поведінки підлітка ще з його раннього шкільного віку, і впродовж життя змушує підпорядковуватися не власним уподобанням і споживчим бажанням, а нав'язаною інструкцією харчування, не кажучи вже про те, що вона є шкідливою та спаплюженою психологічними травмами чи негативним досвідом членів родини [87]. У сім'ях, де є звичка дотримуватися принципів здорового харчування, діти менш схильні до розвитку порушень харчової поведінки [4].

Крім того, значний руйнівний вплив на вибір харчування підлітків має використання медіа та соціальних мереж - сучасних комунікаційних

платформ, де поширюються ідеали краси та певні харчові тенденції, що в більшості випадків жодним чином не корелюють з екологічним та здоровим ставленням до самопочуття і здоров'я споживачів. Зокрема, експозиція до контенту, що пропагує дієти або культуру «чистого харчування», який у сучасних дослідженнях описується як орторексія, може сприяти розвитку нездорових харчових патернів, включаючи обмежувальні дієти або компульсивне переїдання. Важливо зазначити, що останнє десятиліття - межа піку інфлюенсерного впливу соціальних мереж та їх розвитку, і тому не підтвердити той факт, що соціально-психологічні чинники великою мірою впливають на вибір харчової поведінки підлітків саме через засоби масової інформації буде методологічно помилковим.

Дослідження підтверджують, що тяжіння до образів худорлявих моделей у медіа призводить до підвищеної незадоволеності власним тілом, що, своєю чергою, може впливати на обмежувальну або дезадаптивну харчову поведінку. Підлітки, які дотримуються суворих дієтичних обмежень (рестриктивні їдці), зазвичай сильніше піддаються негативному впливу ідеалізованих образів у медіа. Водночас ті, хто менш контролює свій раціон, можуть реагувати по-різному: у них може спостерігатися як зниження самооцінки, так і зміна харчових звичок внаслідок образу, який захопив їхню увагу.

Ще одним важливим соціальним фактором є гендерні відмінності у харчовій поведінці: дівчатка частіше схильні до обмежувальних дієт, тоді як хлопці демонструють більшу схильність до висококалорійного харчування. Одна з робіт показує, що дівчата більш сприйнятливі до соціального тиску щодо відповідності зовнішнім стандартам краси, що може призводити до розвитку незадоволеності тілом та формування нездорових харчових звичок [87]. Дослідження вказують, що жіноча стать виступає фактором, який підвищує ймовірність незадоволеності власним тілом у підлітковому віці, що, своєю чергою, збільшує ризик розвитку

розладів харчової поведінки [47, 60].

Дослідження свідчать, що контакт із медійними образами, що пропагують культ худорлявості, здатний спричинити як переїдання, так і втрату апетиту, залежно від рівня самоконтролю підлітка та його схильності орієнтуватися на соціальні стандарти краси [24].

Також, згідно багатьох робіт, вплив медіа може бути посилений через механізми ідентифікації та соціального порівняння. Підлітки, які більше ідентифікують себе з медійними персонажами, схильні до глибшого засвоєння нав'язаних стандартів зовнішності, що може формувати негативний образ власного тіла та провокувати нездорові стратегії харчування. Негативно спрямоване ставлення до власного тіла, низька самооцінка та постійний стрес є важливими чинниками, які сприяють формуванню нездорових харчових звичок, серед яких виділяються суворі дієти, епізоди переїдання, очищення організму та інші радикальні методи контролю ваги. Дослідження підтверджують наявність чіткої кореляції між негативним сприйняттям тіла та схильністю до харчових розладів, що пояснюється прагненням підлітків відповідати нереалістичним стандартам краси, які пропагуються в медіа [63].

Одним із найбільш значущих соціальних факторів є вплив родини та оточення, адже ставлення батьків, друзів і вчителів до зовнішності підлітка може як знижувати, так і підвищувати ризики виникнення харчових розладів. Ключову роль у цьому відіграють критичні зауваження щодо ваги, особливо серед найбільш близьких членів родини, порівняння з іншими людьми за зовнішнім виглядом, а також надмірна увага дорослих до харчування підлітка попри його бажання чи особистих кордонів. Наукові дослідження свідчать, що підлітки з заниженою самооцінкою частіше відчують вимушене почуття прислуховуватись до критики дорослих як до істинної правди, що спонукає їх вдаватися до екстремальних дієтичних обмежень [82]. Такі практики можуть

підвищувати ризик розвитку стійких порушень харчової поведінки.

Крім того, постійний стрес, зумовлений соціальним тиском або високими навчальними вимогами, додатково сприяє закріпленню нездорових харчових звичок. Негативні психологічні наслідки таких порушень включають підвищений ризик розвитку депресивних і тривожних розладів, соціальної відчуженості, що з часом може суттєво впливати на психоемоційний стан підлітка [63].

Також, дослідження показують, що при розладах харчової поведінки (РХП) гіпертимність зустрічається рідше, натомість частіше проявляються нейротизм, тривожність, емоційна нестабільність, підвищена чутливість і демонстративність у поведінці. Невпевненість у собі часто переноситься на сприйняття власного тіла («Образ-Я»), породжуючи сильне бажання компенсувати уявні фізичні недоліки. Отримані дані дозволяють припустити, що таке самосприйняття здатне запустити розвиток РХП як неадаптивної стратегії пошуку та прагнення до соціального успіху. Такі дівчата нерідко переконані, що оточуючі помічають вади їхньої зовнішності, не приймають себе такими, якими є, і намагаються змінити ситуацію. Якщо увага зосереджується на фізичному «Образі-Я», харчування та тіло стають основним полем для таких змін [13].

Важливим є також взаємозв'язок між сприйняттям власного тіла та рівнем самооцінки: невідповідність соціальним стандартам краси може спричиняти зниження самоповаги, що, своєю чергою, підвищує ймовірність виникнення розладів харчової поведінки. Підлітки часто використовують харчові обмеження як спосіб змінити свою зовнішність, оскільки в моменті це здається найлегшим рішенням задля власного порятунку. Прагнення досягти «ідеальної» ваги може перерости в нав'язливу ідею, що негативно позначається як на фізичному здоров'ї, так і на психологічному благополуччі. Життя підлітка перестає бути просто звичайним життям з усіма його звичними та тривіальними процесами:

воно перетворюється у щоденну подію компульсивного характеру, що може бути контрольована багатьма процесами та ідеями, спрямованими на “архітектуру” свого тіла згідно найкращих стандартів краси. Ритуальність буденних подій превтворює підлітка у зациклену на зовнішності людину, що втрачає зв’язок з іншими сферами життя: будь що, що стосується їжі виходить на перший план та заповнює пріоритетні ланки. Тому є закономірним те, що розлади харчової поведінки можуть корелювати з іншими розладами та ідентифікуватись в коморбідному стані.

Культурні чинники також є вагомим чинником впливу. Дослідження показують, що усталені традиції харчування не лише визначають харчові звички підлітків, а й впливають на їхнє ставлення до споживання певних продуктів, формуючи уявлення про корисну та небажану їжу [1]. У різних культурах сформувалися унікальні уявлення про здорове харчування, які впливають на вибір продуктів та режим харчування підлітків [9]. Ці відмінності визначають не лише доступність і споживання певних продуктів, а й формують харчові звички, що передаються з покоління в покоління.

Виходячи з цього, варто розуміти, що вибір харчової поведінки підлітків формується під впливом комплексу соціально-психологічних чинників, серед яких важливу роль відіграють медіавплив, сімейне середовище, рівень самооцінки та стресові фактори. Усвідомлюючи їхню значущість, необхідно акцентувати увагу на профілактичних заходах, спрямованих на підвищення обізнаності про вплив суспільних стандартів, розвиток здорового ставлення до власного тіла та формування адекватного самосприйняття в підлітковому віці.

1.3. Класифікація типових розладів харчової поведінки в підлітковому віці

Розлади харчової поведінки (РХП) являють собою групу складних

психічних порушень, що проявляються стійкими аномаліями в харчових звичках, супроводжуваними когнітивними та емоційними дисфункціями.

Підлітковий вік, період активного формування ідентичності, самооцінки та соціальних взаємодій, є особливо критичним для їх виникнення через підвищену чутливість до біологічних, психологічних і соціокультурних факторів. Сучасні дані вказують на зростання поширеності РХП серед підлітків, що пояснюється як тиском суспільних стандартів краси, так і впливом стресових та емоційних тригерів, які сприяють формуванню патологічних моделей харчування [20]. Класифікація таких розладів, зокрема за критеріями DSM-5, дозволяє систематизувати їх для подальшого аналізу та розробки ефективних інтервенцій.

Відповідно до п'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), розробленого Американською психіатричною асоціацією, ключовими типами розладів харчової поведінки (РХП) визначено нервову анорексію (anorexia nervosa), нервову булімію (bulimia nervosa) та розлад компульсивного переїдання (binge-eating disorder). Кожна з цих категорій характеризується унікальними діагностичними ознаками, що дозволяють їх ідентифікувати, але спільним для всіх є суттєве порушення сприйняття їжі, власної ваги та образу тіла. Такі патологічні зміни у ставленні до харчування й зовнішності нерідко призводять до значних фізичних ускладнень, включаючи проблеми з серцево-судинною системою чи обміном речовин, а також до глибоких психологічних наслідків, таких як депресія чи тривожність [20]. Ці стани відображають складну взаємодію біологічних, соціальних і емоційних факторів, що особливо загострюються в період підліткового розвитку.

Нервова анорексія (AN) є одним із найсерйозніших розладів харчової поведінки, що характеризується свідомим і стійким обмеженням

споживання їжі, спричиненим переконаністю у надмірній масі тіла, навіть за її значного дефіциту. Основною ознакою цього стану є нав'язливе прагнення до схуднення, що може досягати рівня вираженої кахексії, а в тяжких випадках — навіть мати летальні наслідки [20, 93].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), діагноз нервової анорексії (F50.0) встановлюється при наявності наступних критеріїв: 1) індекс маси тіла (ІМТ) $\leq 17,5$ або значна втрата маси тіла, що становить щонайменше 15% від нормальної ваги; 2) навмисне обмеження харчування, що супроводжується уникненням продуктів, які вважаються «шкідливими» або «калорійними», та компенсаторною поведінкою у вигляді самоіндукованого блювання, надмірних фізичних навантажень, зловживання проносними або діуретичними препаратами; 3) спотворене сприйняття власного тіла, при якому страх набрати вагу набуває форми надцінної або нав'язливої ідеї, що визначає поведінку людини; 4) ендокринні порушення, які проявляються дисфункцією осі «гіпоталамус-гіпофіз-гонади» та можуть спричиняти аменорею у жінок і зниження лібідо у чоловіків; 5) затримка або порушення пубертатного розвитку у разі початку хвороби в препубертатному віці, що може супроводжуватися відсутністю вторинних статевих ознак [103].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, поширеність нервової анорексії у загальній популяції становить 0,2–1,3%, причому спостерігається тенденція до збільшення частоти захворюваності протягом останніх десятиліть [52]. AN є розладом, що найчастіше починається у підлітковому віці, особливо у віці 12–15 років, а пік захворюваності припадає на 15–16 років. Однією з гіпотез щодо етіології розладу є припущення, що тригерами анорексії можуть бути гормональні та психологічні зміни, які супроводжують статеве дозрівання, що може спричиняти порушення сприйняття власного тіла та формування

патологічних стратегій контролю ваги [95].

Таким чином, нервова анорексія є багатфакторним розладом, який має біологічні, психологічні та соціокультурні передумови. Вона вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування, оскільки супроводжується не лише значним фізичним виснаженням, але й глибокими психопатологічними змінами, що можуть мати хронічний або рецидивуючий перебіг [20].

Нервова булімія (BN) є розладом харчової поведінки, для якого характерні регулярні епізоди переїдання, коли людина швидко споживає значну кількість їжі, а потім вдається до різних методів «очищення» організму, таких як викликання блювоти, прийом проносних чи сечогінних засобів або надмірні фізичні навантаження. Цей стан переважно діагностується у молодих жінок і дівчат, які мають підвищену тривогу щодо своєї ваги. На відміну від нервової анорексії, булімія трапляється частіше, але її складніше виявити. Якщо при анорексії значна втрата ваги зазвичай помітна оточенню, то люди з булімією часто зберігають нормальну масу тіла, що дозволяє їм приховувати проблему протягом багатьох років [20].

Поширеність BN серед школярів та студентів коливається в межах 4–9% (точніші оцінки відсутні), початок захворювання припадає на вік від 12 до 35 років, із найвищим ризиком у 18 років — трохи пізніше, ніж при анорексії. Перебіг розладу зазвичай хронічний і може тривати понад 30 років [74].

Відповідно до МКБ-10 (F-50.2), діагностика BN базується на таких критеріях: 1) періодичні напади переїдання з швидким поглинанням великої кількості їжі; 2) втрата контролю під час таких епізодів; 3) регулярне використання компенсаторних дій (блювота, медикаменти, голодування, фізичні вправи) для уникнення набору ваги; 4) частота нападів — щонайменше два рази на тиждень протягом трьох місяців; 5)

надмірна фіксація на формі тіла та масі.

Конкретні причини виникнення BN не встановлені [89]. Серед факторів ризику виділяють надмірне харчування в період до початку розладу та суспільний тиск на підтримання струнності. Також простежується зв'язок із психотравмуючими подіями, такими як сімейні конфлікти, сексуальні проблеми чи адаптація до нового соціального середовища, які можуть виступати тригерами захворювання [43].

Сучасна когнітивна модель булімії, запропонована Соорег та її колегами описує цей розлад як циклічний процес, що базується на взаємозв'язку між когнітивними переконаннями, емоційними реакціями та харчовою поведінкою [35]. Ключовим тригером переїдання є негативні переконання про себе, які активуються у відповідь на стресові ситуації. Джерело стресу може бути як пов'язаним із їжею, масою тіла чи зовнішнім виглядом (наприклад, критичні зауваження щодо харчових звичок), так і незалежним від цих факторів (конфліктні ситуації, професійні невдачі тощо).

Активація негативних автоматичних думок, заснованих на уявленнях про власну неспроможність або низьку значущість, спричиняє зростання тривоги, депресивних станів і почуття провини. У відповідь на ці негативні емоції людина вдається до харчової поведінки як способу регуляції свого стану, що призводить до компульсивного переїдання. Однак цей механізм не змінює основних переконань, а лише тимчасово полегшує емоційний дистрес [2, 10]. Після епізоду переїдання виникає відчуття провини, що лише посилює негативні уявлення про себе, занурюючи людину у когнітивний конфлікт, де їжа сприймається одночасно як засіб емоційного полегшення і як причина самозвинувачення. Таким чином формується замкнене коло, в якому кожен етап підтримує наступний, що сприяє закріпленню та поглибленню розладу харчової поведінки [2, 42].

Ожиріння класифікують за етіопатогенетичними ознаками на первинні та вторинні типи. У МКХ-10 ожиріння класифікується в розділі E66. Первинне ожиріння, що становить 90–95% усіх випадків, поділяють на аліментарно-конституціональну та нейроендокринну (гіпоталамічну) форми. У цій роботі розглядається аліментарно-конституціональна форма, генез якої є багатofакторним. Основною причиною набору надмірної ваги в цьому випадку є надмірне споживання їжі, що часто пов'язане з розладами харчової поведінки (РХП) [2, 10].

Для багатьох людей із ожирінням, особливо тих, хто мав розлади дозрівання в препубертатний чи пубертатний період, їжа стає механізмом психологічного захисту від почуття втрати, зокрема на тлі депресивних станів. Цікавим фактом є те, що люди з ожирінням нерідко заперечують як факт підвищеного апетиту, так і об'єктивність своєї надлишкової ваги чи порушень пропорцій тіла [25]. Нездатність впоратися з емоційною втратою призводить до заміщення втраченого об'єкта їжею, яка приносить тимчасове полегшення та заспокоєння. Пацієнт може відчувати душевну рівновагу, а іноді навіть ейфорію [96].

Компульсивне переїдання, відоме як розлад переїдання (Binge-Eating Disorder, BED), у DSM-5 (F50.8) визнано окремим діагнозом [20]. Це стан, що характеризується регулярними епізодами надмірного споживання їжі за короткий час із втратою контролю над собою. Початок захворювання зазвичай припадає на пізній підлітковий або ранній дорослий вік [95]. Воно супроводжується психологічними проблемами, зокрема низькою самооцінкою, і потребує диференціації від звичайного переїдання. Епізоди можуть тривати годинами або повторюватися протягом дня, проявляючись у підлітків як регулярні "напади" неконтрольованого споживання їжі без інших ознак нервової булімії.

У МКБ-10 порушення харчової поведінки, пов'язані з переїданням на тлі психологічних розладів, класифікуються під кодом F50.4. Сюди

входить переїдання як реакція на емоційний дистрес, що може спричинити ожиріння. Так звана "реактивна огрядність" часто виникає після травматичних подій, таких як втрата близьких або розрив важливих стосунків, особливо в осіб із схильністю до набору ваги. Гіперфагічна реакція на стрес (ГФРС) відрізняється від булімії відсутністю компенсаторних дій, таких як викликання блювоти. Згідно з одним з досліджень, у стресових ситуаціях переїдання виконує роль психологічного захисту, водночас будучи ключовим фактором збільшення ваги [92]. ГФРС вважається примітивною, дезадаптивною та соціально прийнятною стратегією подолання стресу. Пацієнти з ГФРС нерідко мають в анамнезі сформовану в дитинстві звичку реагувати на стресові ситуації надмірним споживанням їжі [66].

Слід підкреслити, що DSM-5 виділяє також інші специфічні та неспецифічні розлади харчової поведінки, які не цілком відповідають критеріям основних категорій, але зберігають клінічну значущість.

Пікацизм (розлад Піса) визначається як регулярне вживання нехарчових матеріалів, наприклад, землі, крейди чи паперу, що триває щонайменше один місяць. Цей стан може спричинити значні медичні проблеми, такі як отруєння, ураження травної системи або нестача поживних речовин. Для встановлення діагнозу необхідно відрізнити таку поведінку від культурних чи соціальних звичаїв [23]. У DSM-5 також зазначається, що для діагнозу Піса необхідно, щоб споживання нехарчових речовин тривало принаймні один місяць.

Румінаційний розлад (Rumination Disorder) характеризується регулярним поверненням їжі зі шлунка до ротової порожнини після її споживання, не зумовленим захворюваннями травної системи. Зригнута їжа може повторно пережовуватися, ковтатися або випускатися. Цей стан здатен спричиняти зменшення маси тіла, нестачі необхідних поживних речовин і соціального відсторонення через боязнь їсти у присутності

інших. Для постановки діагнозу важливо відкинути інші медичні причини, що можуть спричиняти схожі прояви [23, 57].

Розлад уникнення/обмеження споживання їжі (ARFID) проявляється у свідомому уникненні або скороченні вживання певних продуктів, що не пов'язано з бажанням контролювати вагу чи зовнішній вигляд. Люди з ARFID можуть нехтувати їжею через брак апетиту, підвищену чутливість до її текстури, аромату чи смаку, або внаслідок травматичного досвіду, наприклад, страху задихнутися чи нудоти. Таке обмеження може спричинити серйозний дефіцит поживних речовин, зниження маси тіла або недостатній її набір, а також необхідність використання спеціального харчування чи добавок. На відміну від анорексії або булімії, ARFID не асоціюється зі страхом потовстіти чи викривленим образом тіла [23, 91].

Розуміння та ідентифікація цих розладів є критично важливими для своєчасного втручання та надання відповідної допомоги пацієнтам.

Висновки до першого розділу

У межах першого розділу було здійснено комплексний теоретичний аналіз досліджуваної проблеми, що дозволило не лише підтвердити її актуальність для сучасної психологічної науки та практики, а й сформуванню надійний методологічний фундамент роботи. Систематизація опрацьованих літературних джерел сприяла чіткому розмежуванню основних понять і категорій, що використовуються в дослідженні, та дала змогу структурувати ключові концепції для подальшого емпіричного аналізу.

Особливу увагу було приділено порівнянню провідних підходів до вивчення обраної проблематики. Такий розгляд забезпечив формування цілісного уявлення про предмет дослідження та допоміг окреслити перспективні напрями його розвитку. Крім того, аналіз сучасного стану наукових напрацювань у цій галузі дозволив виокремити найбільш значущі

аспекти, які досі залишаються дискусійними або потребують глибшого вивчення.

Підсумовуючи теоретичний огляд, було визначено концептуальну основу дослідження, що охоплює фундаментальні методологічні підходи та змістовні характеристики об'єкта. Таким чином, результати першого розділу створили необхідне теоретичне підґрунтя для переходу до практичної частини роботи та реалізації наступних етапів наукового пошуку.

2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Основна мета емпіричного дослідження полягає у виявленні кореляційних зв'язків між сукупністю психологічних чинників та ризиком формування розладів харчової поведінки (РХП) у вибірці підлітків, які погодилися пройти надані для дослідження опитувальники.

Зокрема, науковий інтерес був скерований на з'ясуванні впливу індивідуальних психологічних особливостей, що можуть впливати на потенційну схильність підлітка до розладів харчової поведінки і якою мірою. До найважливіших факторів, які досліджувалися як предиктори схильності до розладів харчової поведінки, належали:

- 1) самооцінка (як компонент самоставлення);
- 2) рівень тривожності (як прояв емоційної нестабільності);
- 3) сімейні взаємовідносини (як чинник, пов'язаний зі стилем прив'язаності та сімейними стосунками);
- 4) загальний емоційний стан (як відображення афективної сфери).

Отже, завдання дослідження полягало у системному аналізі можливого взаємозв'язку цих психологічних параметрів та ступеня схильності дітей до розвитку патологічних моделей харчової поведінки в активній фазі підліткового віку.

Дослідження було реалізовано в дистанційному (онлайн) форматі, охоплюючи підліткову вікову групу — осіб від 11 до 17 років. Загальний обсяг вибірки склав 36 респондентів, у якому спостерігався такий розподіл кількості учасників за статтю: 21 дівчинка та 13 хлопчиків, двоє з респондентів вказали стать “Інша”.

Нормативне регулювання дослідження здійснювалося відповідно до положень Етичного кодексу психологів [14]. Основними принципами

організації діагностичного процесу були добровільність та конфіденційність отриманих емпіричних даних. Процедура тестування була повністю прозорою: всі етапи роботи були заздалегідь регламентовані та зафіксовані в письмовій формі. З огляду на вік респондентів, необхідною умовою для їх участі в вибірці була документально зафіксована згода батьків або законних представників.

Наукова робота структурувалась та здійснювалась послідовно в чотири ключові фази:

1) Концептуально-організаційна фаза (Підготовчий етап): вона охоплювала чітке формулювання мети, відбір найбільш релевантних та валідизованих психодіагностичних методик і завершувалася формуванням репрезентативної вибірки.

2) Збір емпіричних даних (Діагностичний етап): на цій стадії проводилося масове опитування учасників із застосуванням обраного комплексу стандартизованих інструментів.

3) Обробка та систематизація (Аналітичний етап): включала статистичну обробку отриманих даних. Основними методами аналізу були описова статистика та кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків.

4) Узагальнення результатів (Інтерпретаційний етап): фінальна фаза, присвячена науковому осмисленню здобутих статистичних даних та формулюванню висновків щодо встановлених кореляційних зв'язків між психологічними змінними та схильністю до РХП.

Досягнення мети та вирішення завдань ґрунтувалося на застосуванні перевірених та надійних психодіагностичних методів, які не завдавали емоційної шкоди учасникам процесу. Цей інструментарій, адаптований для підліткового віку, схвалений у клінічній психології для дослідження проблем харчової поведінки, що підтверджується доказовою базою та безліччю досліджень. Про кожен з них йтиметься нижче.

Опитувальник SCOFF

Методика використовується для первинної оцінки ймовірності наявності розладів харчової поведінки (зокрема, нервової анорексії, булімії та компульсивного переїдання). Вона містить п'ять запитань, що охоплюють головні прояви: самоіндуковане блювання, неконтрольоване споживання їжі, значне схуднення за короткий час, викривлене уявлення про своє тіло та домінування теми їжі у свідомості.

Опитувальник довів свою надійність у роботі з підлітками: дослідження показали 95% чутливості та 87% специфічності за показниками [68]. Українська версія доступна на сайті Національної асоціації лікарів та психологів за авторством В'ячеслава Гончаренка [6]. Зазначене дозволяє припустити факт схильності до розладів харчової поведінки, якщо респондент дає дві або більше відповідей «так».

Шкала тривоги та депресії HADS

Методика розроблена для вимірювання рівня емоційного дистресу — стану, що може передувати розладам харчової поведінки або супроводжувати їх [110]. Вона включає 14 пунктів, які формують дві окремі субшкали для оцінки тривожності та депресивних проявів:

- 1) підшкала Т – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- 2) підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Шкалу HADS створили Zigmond A.S. і Snaith R.P. у 1983 році з метою оцінки тяжкості депресивних і тривожних симптомів у загальномедичній практиці. Її головні переваги — легкість застосування та швидка інтерпретація, що робить методику ідеальною для скринінгу.

Інтерпретація:

- 1) 0–7 балів — норма;
- 2) 8–10 — субклінічні прояви;
- 3) ≥ 11 — клінічно виражена тривога/депресія..

Attachment Style Questionnaire (ASQ) в адаптації Кучиної В.В.

Цей інструмент дозволяє визначити особливості прив'язаності до сім'ї, які опосередковано відображають характер стосунків із близькими. Стиль прив'язаності має значущу кореляцію із самоставленням, почуттям самоцінності та реакціями підлітка на стрес. Дає змогу оцінити рівень довіри, потребу в схваленні, дискомфорт із близькістю, страх відторгнення та емоційну залежність. Використовується для виявлення зв'язку стилів прив'язаності з ризиком розвитку розладів харчової поведінки у підлітків [54].

Інтерпретація результатів здійснюється за п'ятьма шкалами у 22 твердженнях згідно української інтерпретації опитувальника, які відображають різні аспекти міжособистісної прив'язаності. Результати аналізуються за середніми балами кожної шкали. Далі формується домінуючий стиль прив'язаності, який може бути співвіднесений з ризиком виникнення певних розладів харчової поведінки. Статистичний аналіз даних включав визначення середніх значень і стандартних відхилень.

Відповідно до рекомендацій В. М. Руденка для порівняння середніх значень у незалежних групах (дівчата та хлопці) було використано критерій Стюдента, а для визначення та оцінки взаємозв'язку між самооцінкою, емоційним станом та ризиком розвитку РХП було використано кореляційний аналіз Пірсона [11, 7]. Кінцеві результати дослідження представлені у вигляді таблиць та кореляційних плеяд.

Проведення дослідження відповідає етичним стандартам Гельсінської декларації. Учасникам було надано повну інформацію щодо мети дослідження, умов анонімності та права на добровільну відмову. Особливий наголос робився на збереженні конфіденційності отриманих результатів та забезпеченні психологічного комфорту підлітків під час діагностики.

2.2. Результати емпіричного дослідження

У даному розділі роботи здійснюється детальний аналіз результатів статистичної обробки масиву емпіричних даних, що були отримані в ході проведення дослідження. Основний фокус уваги зосереджено на вивченні та деталізації специфічних психологічних чинників, які мають безпосередній вплив на ризик виникнення та формування розладів харчової поведінки серед представників підліткової вікової групи.

Аналітична процедура була реалізована у суворій відповідності до алгоритмів обраного комплексу психодіагностичних методик, а саме: скринінгового інструментарію SCOFF, Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), а також Опитувальника стилів прив'язаності ОСП-22 (ASQ). Структурна організація цього розділу передбачає послідовне представлення матеріалу, починаючи з наведення показників описової статистики, що характеризують вибірку загалом. Надалі здійснюється порівняльний аналіз групових відмінностей, проводиться кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між змінними, і, як підсумок, пропонується розгорнута змістовна психологічна інтерпретація всіх виявлених емпіричних закономірностей та тенденцій.

2.2.1. Рівень ризику розладів харчової поведінки за методикою SCOFF

Для первинного виявлення схильності до розладів харчової поведінки у підлітків було використано опитувальник SCOFF, який дозволяє оцінити наявність ключових симптомів нервової анорексії, булімії та компульсивного переїдання. Кожна позитивна відповідь («так») оцінювалася в 1 бал, максимально можливий підсумковий показник становив 5 балів.

Аналіз результатів показав, що середній показник за шкалою SCOFF у вибірці склав $M = 0,94$ бала ($SD = 0,92$), що загалом відображає невисоку вираженість симптоматики РХП у більшості підлітків. Водночас, частина

опитаних демонструє ознаки підвищеного ризику. Розподіл результатів представлено в Таблиці 1.

Найбільш чисельною виявилася група підлітків із нульовим показником (38,9%), що свідчить про відсутність скринінгових ознак РХП. Ще у 33,3% осіб зафіксовано лише один позитивний симптом. Водночас у 27,8% респондентів (10 із 36) кількість ствердних відповідей становила два та більше, що за критеріями методики інтерпретується як наявність підвищеного ризику формування розладів харчової поведінки.

Таким чином, попри відносно невелику вибірку, можна стверджувати, що кожен третій підліток у дослідженні демонструє певні проблемні прояви, пов'язані з образом тіла, контролем прийому їжі чи надмірною фіксацією на харчуванні. Цей показник є суттєвим для підліткової популяції та свідчить про необхідність звертати увагу на фактори, що можуть моделювати проблемне ставлення до харчування — такі як самооцінка, емоційна стабільність та якість сімейної взаємодії. Це підтверджує актуальність подальшого аналізу психологічних чинників, які можуть підсилювати або послаблювати схильність до РХП.

Бал за SCOFF	Кількість підлітків (n)	Відсоток (%)
0	14	38,9
1	12	33,3
2	8	22,2
3	2	5,6
Ризик РХП (≥ 2)	10	27,8

Таблиця 1. Розподіл результатів згідно зі шкалою SCOFF

2.2.2. Особливості емоційного стану підлітків за шкалою HADS

Для оцінки емоційної сфери було застосовано госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS, що складається з двох субшкал: тривоги (HADS-T) та депресії (HADS-D). Кожна з них містить по 7 пунктів, підсумкові бали інтерпретуються у трьох діапазонах: норма (0–7 балів), субклінічний рівень (8–10 балів), клінічно виражені симптоми (11 і вище).

Середній рівень тривоги у вибірці склав $M \approx 8,0$ бала ($SD \approx 4,50$; діапазон 0–17), що вказує на тенденцію до підвищеної емоційної напруги. Показник депресії був дещо нижчим — $M \approx 7,03$ бала ($SD \approx 3,33$; діапазон 0–13). Розподіл результатів згідно шкали подано в окремій таблиці (Табл. 2).

За категоріями шкали HADS було встановлено, що:

- 1) 50% підлітків мають нормальний рівень тривожності (0-7 балів),
- 2) 11,1% перебувають у субклінічній зоні (8-10 балів),

3) 38,9% демонструють клінічно виражену тривогу (≥ 11 балів).

Щодо депресивних проявів:

- 1) 50% респондентів — у межах норми,
- 2) 33,3% — мають субклінічно виражені симптоми депресії,
- 3) 16,7% — перебувають у клінічній зоні (≥ 11 балів).

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що щонайменше половина учасників дослідження має підвищену емоційну вразливість, а у частини підлітків емоційні порушення досягають клінічно значимого рівня. Описові статистики подано в окремій таблиці (Табл. 3).

Враховуючи відомі зв'язки між тривогою, депресією та ризиком РХП, ці результати задають важливий контекст для подальшого кореляційного аналізу.

Особливої уваги в контексті нашого дослідження вимагає детальний аналіз гендерної специфіки отриманих результатів. Статистична обробка даних дала змогу виявити суттєві розбіжності за статевою ознакою: група дівчат продемонструвала значно вищий рівень тривожності порівняно з групою хлопців. У кількісному вираженні ця різниця є досить показовою: середнє значення (М) для дівчат становить приблизно 9,05 бала, тоді як для хлопців цей показник зафіксовано на рівні 5,92 бала (статистична значущість відмінностей підтверджена, $p < 0,05$).

Така тенденція цілком узгоджується з існуючим масивом емпіричних даних, які вказують на підвищену емоційну вразливість та сенситивність дівчат у підлітковому віці. Це насамперед пов'язано з гостротою переживань щодо власної зовнішності (образу тіла), високою потребою в соціальному схваленні та значущістю сфери міжособистісних стосунків.

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення	Максимальне значення
Тривога	8	4,5	0	17
Депресія	7,03	3,33	0	13

Таблиця 2. Розподіл результатів згідно Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

Шкала	Категорія	Кількість (n)	Відсоток (%)
Тривога	Норма	18	50
Тривога	Субклінічний рівень	4	11,1
Тривога	Клінічно виражений	14	38,9
Депресія	Норма	18	50
Депресія	Субклінічний рівень	12	33,3
Депресія	Клінічно	6	16,7

	виражений		
--	-----------	--	--

Таблиця 3. Описові статистики результатів Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

2.2.3. Особливості стилів прив'язаності у підлітків за опитувальником ASQ (ОСП-22)

Для оцінки якості міжособистісних стосунків та внутрішніх моделей прив'язаності було використано опитувальник стилів прив'язаності ОСП-22 в українській адаптації В. Кучиної.

У ході аналізу даних за інструкцією до методики були обчислені відсоткові рівні вираженості для чотирьох досліджуваних стилів прив'язаності: безпечного, унікаючого, тривожного й дезорганізованого. Деталізований розподіл отриманих емпіричних даних, упорядкований згідно з відповідною шкалою, наочно систематизовано та представлено у Таблиці 4.

Аналіз середніх значень показав, що у досліджуваних підлітків:

- 1) безпечний стиль прив'язаності має середню вираженість близько 63,5% ($SD \approx 11,0$);
- 2) унікаючий стиль — близько 70,0% ($SD \approx 15,3$);
- 3) тривожний стиль — близько 68,1% ($SD \approx 16,2$);
- 4) дезорганізований стиль — близько 63,7% ($SD \approx 17,0$).

Виявлений психологічний профіль характеризується доволі специфічною та складною конфігурацією, де поряд із виразними ознаками надійної (безпечної) прив'язаності фіксуються високі показники за шкалами інсек'юрних стилів, передусім унікаючого та тривожного типів. Така картина, ймовірно, віддзеркалює глибоку амбівалентність, притаманну підлітковому досвіду міжособистісних взаємин. У цьому контексті ми спостерігаємо внутрішню суперечливість: з одного боку, респонденти

відчують наявність емоційної підтримки та прийняття, проте з іншого — їхній досвід обтяжений відчуттям нестабільності, базовою недовірою, страхом бути відкинутими, що часто призводить до спрацювання захисних механізмів у вигляді дистанціювання у стосунках.

Проведений аналіз емпіричних даних дозволив виявити стійкі закономірності у взаємозв'язках між типами прив'язаності та емоційним станом респондентів. Зокрема, було встановлено, що наявність сформованого безпечного стилю прив'язаності має статистично значущу позитивну кореляцію з кращим показником поточного настрою, виступаючи своєрідним буфером проти стресу. Натомість, діаметрально протилежна тенденція спостерігається при високих балах за шкалами тривожного та дезорганізованого стилів: такі показники виявляють тісний зв'язок зі зростанням рівня тривожності та маніфестацією депресивної симптоматики. Отримані результати переконливо підкреслюють визначальну роль якості сімейних і міжособистісних взаємин, які, залежно від свого характеру, можуть слугувати як потужним адаптаційним ресурсом, так і, навпаки, суттєвим фактором ризику в контексті забезпечення емоційного благополуччя підлітка.

Стиль прив'язаності	Середнє значення, % (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення, %	Максимальне значення, %
Безпечний	63,54	11,01	37,5	82,5
Унікаючий	70	15,31	45	100
Тривожний	68,06	16,23	35	100
Дезорганізований	63,7	17,05	33,33	90

Таблиця 4. Розподіл результатів згідно опитувальника ASQ (ОСП-22)

2.2.4. Порівняння результатів між групами

За статтю: порівняльний аналіз груп виявив, що дівчата схильні до вищого рівня тривожності ($p < 0.05$) та мають дещо вищий ризик розвитку РХП. У структурі їхніх стосунків переважають тривожний та дезорганізований стилі прив'язаності. Хлопці, навпаки, характеризуються нижчою емоційною напругою, проте частіше демонструють унікаючий тип прив'язаності.

За віком: аналіз вікової динаміки, попри обмеженість вибірки, вказує на певні тренди. Старші підлітки частіше виявляють вищий рівень тривоги та схильність до тривожної прив'язаності. Натомість молодша вікова група (11-13 років) демонструє меншу стурбованість образом тіла, що підтверджується переважанням відповідей «ні» у методиці SCOFF, вказуючи на відсутність виражених тілесних комплексів.

За емоційним станом: респонденти з низькою оцінкою поточного настрою (1-2 бали) вирізняються менш вираженою безпечною

прив'язаністю та домінуванням тривожного і дезорганізованого стилів. Цей стан супроводжується підвищеною симптоматикою тривоги та більшою кількістю маркерів, пов'язаних із порушеннями харчової поведінки.

2.2.5. Кореляційний аналіз

У межах даного етапу дослідження було побудовано та проаналізовано комплексну кореляційну матрицю. Її головною метою стало виявлення глибинних внутрішніх взаємозв'язків між ключовими досліджуваними змінними: рівнем ризику розвитку розладів харчової поведінки (за методикою SCOFF), показниками емоційного благополуччя — тривогою та депресією (згідно зі шкалою HADS), чотирма типами прив'язаності до батьків, а також суб'єктивною оцінку поточного настрою респондентів.

Детальний розгляд отриманих коефіцієнтів кореляції дозволив виявити низку показових тенденцій, що характеризують психологічний портрет сучасного підлітка.

По-перше, найбільш виражені прямі зв'язки було зафіксовано у сфері тривожності. Статистичні розрахунки підтверджують, що високий рівень тривоги тісно асоційований із наявністю інсек'юрних (ненадійних) стилів прив'язаності. Зокрема, кореляція між тривогою та тривожним стилем прив'язаності становить $r \approx 0,58$ ($p < 0,001$). Ще більш тісний зв'язок спостерігається між тривогою та дезорганізованим стилем: коефіцієнт кореляції сягає $r \approx 0,64$ при високому рівні значущості ($p < 0,001$). Це свідчить про те, що відсутність базового почуття безпеки у стосунках є потужним каталізатором тривожних переживань.

По-друге, виявлено специфіку впливу безпечної прив'язаності на емоційну сферу. Встановлено помірний, але статистично значущий обернений зв'язок між рівнем депресії та безпечним стилем прив'язаності ($r \approx -0,44$, $p < 0,01$). Цей результат можна інтерпретувати наступним чином:

чим більш надійною та безпечною сприймає підліток свою прив'язаність до близьких, тим нижчим є ризик виникнення депресивної симптоматики. Дзеркальним відображенням цієї тенденції є пряма кореляція між поточним настроєм та безпечним стилем ($r \approx 0,44$, $p < 0,01$), що підтверджує ресурсну роль позитивних сімейних стосунків.

Також варто відзначити наявність внутрішнього зв'язку між самими емоційними станами: тривога та депресія позитивно корелюють між собою ($r \approx 0,43$, $p < 0,01$), що вказує на коморбідність цих явищ у підлітковому віці.

Особливої уваги заслуговують дані щодо факторів ризику розладів харчової поведінки. Статистичний аналіз виявив достовірний обернений зв'язок між ризиком РХП та суб'єктивним настроєм ($r \approx -0,35$, $p \approx 0,036$). Це означає, що погіршення емоційного фону (поганий настрій) супроводжується зростанням кількості симптомів, характерних для харчових розладів.

Окрім того, простежуються виразні тенденції до зв'язку між ризиком РХП та проблемними стилями прив'язаності, які наближаються до рівня статистичної значущості. Так, кореляція з тривожним стилем становить $r \approx 0,32$, а з дезорганізованим – $r \approx 0,30$. Хоча ці показники є дещо нижчими, вони чітко вказують на вектор впливу порушень прив'язаності на харчову поведінку. Повна таблиця досліджуваних кореляційних зв'язків (матриця r) наведена у Таблиці 5.

На основі отриманих даних можна сформулювати наступні проміжні висновки:

- 1) Тривожний та дезорганізований стилі прив'язаності формують специфічний профіль емоційної вразливості. Підлітки з такими характеристиками знаходяться в зоні підвищеного ризику, оскільки ці стилі не лише провокують загальну тривожність, але й посилюють ймовірність розвитку розладів харчової поведінки.

2) Безпечна прив'язаність виконує функцію потужного протективного (захисного) фактора. Її наявність асоціюється з кращим емоційним самопочуттям, стабільнішим настроєм та нижчими показниками депресії і тривоги.

3) Результати переконливо доводять, що ризик виникнення РХП не є ізольованим явищем; він фундаментально пов'язаний із погіршенням загального психоемоційного стану ще до появи клінічно виражених симптомів хвороби.

	Ризик РХП (SCOFF)	Тривога (HADS)	Депресія (HADS)	Безпечний стиль	Унікаючий стиль	Тривожний стиль	Дезорганізо ваний стиль	Поточний настрій
Ризик РХП (SCOFF)	1	0,13	0,261	-0,106	-0,151	0,317	0,298	-0,35
Тривога (HADS)	0,13	1	0,429	-0,272	0,029	0,585	0,641	-0,389
Депресія (HADS)	0,261	0,429	1	-0,444	0,109	0,343	0,248	-0,475
Безпечний стиль	-0,106	-0,272	-0,444	1	0,235	-0,044	-0,187	0,44
Унікаючий стиль	-0,151	0,029	0,109	0,235	1	0,023	-0,077	-0,071
Тривожний стиль	0,317	0,585	0,343	-0,044	0,023	1	0,629	-0,444
Дезорганізо ваний	0,298	0,641	0,248	-0,187	-0,077	0,629	1	-0,14

стиль								
Поточний настрій	-0,35	-0,389	-0,475	0,44	-0,071	-0,444	-0,14	1

Таблиця 5. Кореляція (матриця r) між основними досліджуваними показниками

2.2.6. Психологічна інтерпретація результатів

Отримані результати підтверджують ключові положення сучасних теорій про роль психологічних чинників у формуванні розладів харчової поведінки.

1. Роль тривоги та депресії

Підвищений рівень тривоги, зафіксований у майже 40% підлітків, може виступати каталізатором проблемної харчової поведінки, оскільки підлітки часто використовують контроль над їжею як спосіб керування емоційною напругою, що узгоджується з моделями когнітивно-поведінкової терапії РХП.

2. Стиль прив'язаності як предиктор РХП

Високі показники тривожної і дезорганізованої прив'язаності свідчать про нестабільний емоційний зв'язок із близькими, що формує схильність до:

- 1) залежності від зовнішнього схвалення,
- 2) страху відторгнення,
- 3) самозвинувачення,
- 4) труднощів у регуляції емоцій.

Це може проявлятися у спробах контролювати їжу як спосіб компенсувати внутрішній хаос.

3. Гендерні особливості

Підвищений рівень тривоги у дівчат пояснюється соціальними чинниками: інтенсивною медіа-фіксацією на зовнішності, соціальним порівнянням, критичністю до тіла. Це підтверджує теоретичні положення про роль соціально-культурних стандартів у формуванні РХП.

4. Настрій як індикатор емоційного благополуччя

Зв'язок між низьким настроєм і вищими показниками SCOFF може свідчити про емоційну дезадаптацію: зниження настрою нерідко передуює або супроводжує формування порушених харчових патернів.

Висновки до другого розділу

Результати проведеного дослідження свідчать про суттєву поширеність проблемної харчової поведінки серед сучасних підлітків. Зокрема, згідно з опитувальником SCOFF, у 27,8% респондентів виявлено підвищений рівень ризику розладів харчової поведінки (РХП), що вказує на гостру потребу в превентивних заходах для цієї вікової групи. Ця тенденція супроводжується загальною нестабільністю емоційного стану підлітків: майже у 40% опитаних спостерігається клінічно виражена тривожність, а у 16,7% — депресивна симптоматика.

Важливим психологічним підґрунтям таких станів виступають стилі прив'язаності, які демонструють значущу кореляцію як із емоційним благополуччям, так і з ризиком виникнення РХП. Найбільш вразливими до деструктивних патернів поведінки виявилися підлітки з тривожним та дезорганізованим стилями прив'язаності. Водночас безпечна прив'язаність відіграє роль потужного захисного фактора, що сприяє підтримці стабільного настрою та мінімізації проявів тривоги й депресії.

Комплексний аналіз дозволяє стверджувати, що емоційні та міжособистісні чинники впливають на розвиток РХП не ізольовано, а через взаємопов'язані механізми. Ключову роль у цьому процесі відіграють

особливості емоційної регуляції, рівень самоствавлення підлітка та специфіка сімейної взаємодії, що в сукупності формують стійкість або схильність до харчових розладів.

Отже, результати дослідження підтверджують ключові положення про складну багатофакторну природу РХП у підлітків та підкреслюють важливість комплексної психологічної підтримки, спрямованої як на розвиток навичок емоційної регуляції, так і на покращення сімейної взаємодії та стосунків прив'язаності.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

3.1. Теоретичні засади надання психологічної допомоги підліткам із розладами харчової поведінки

Розлади харчової поведінки є явищем зі складною етіологією, що включає переплетення фізіологічних процесів і глибоких психологічних детермінант. Емпіричні дані, проаналізовані в попередньому розділі, засвідчили існування кореляційних зв'язків між емоційною лабільністю, моделями прихильності, рівнем самооцінки та ймовірністю розвитку розладів харчової поведінки в підлітковому віці. На основі цього фактичного матеріалу в цьому розділі представлено програму психокорекції. Програму розроблено з урахуванням вікових особливостей підлітків і спрямована на задоволення конкретних потреб тих, хто вже виявляє ознаки розладів харчової поведінки.

Корекційна робота з підлітками, які виявляють ознаки або мають ризик розвитку розладів харчової поведінки, повинна базуватися на комплексному та міждисциплінарному підході. Це пов'язано з тим, що розлади харчової поведінки не є суто поведінковими розладами, а відображають складну взаємодію емоційних, когнітивних, соціальних та сімейних факторів. Теоретична основа корекції базується на таких основних підходах:

1. Когнітивно-поведінковий підхід

На основі теоретичної моделі, розробленої К. Фейрберном [41] та його колегами, можна стверджувати, що етіологія розладів харчової поведінки значною мірою визначається наявністю специфічної системи дисфункціональних переконань. Ця когнітивна структура базується на спотвореному сприйнятті реальності і включає три ключові компоненти:

- 1) спотворене сприйняття власної конституції тіла і надмірна фіксація

на зовнішньому вигляді;

2) компульсивну потребу в суворому контролі над процесом харчування;

3) спотворення самооцінки, при якому самооцінка патологічно залежить від ваги і форми тіла

Корекція включає:

1) ідентифікацію та зміну деструктивних думок,

2) формування реалістичного образу тіла,

3) реконструкцію переконань щодо «ідеальної ваги».

2. Емоційно-фокусована терапія і робота з прив'язаністю

Результати емпіричного аналізу показали стабільний і статистично значущий зв'язок між деструктивними стилями прихильності (особливо тривожними і дезорганізованими) у підлітків та погіршенням їхнього психоемоційного стану. Цей негативний вплив проявляється у вигляді підвищеного рівня тривожності, схильності до депресивних реакцій, а також значно підвищеного ризику розвитку розладів харчової поведінки. З урахуванням виявлених закономірностей архітектура корекційної програми повинна бути побудована таким чином, щоб ці проблеми могли бути вирішені комплексно. В якості пріоритетних напрямків роботи були визначені:

1) впровадження технік, спрямованих на формування та зміцнення моделей безпечної прихильності;

2) психотерапевтична робота з метою зменшення інтенсивності страху відторгнення, який часто є основою соціальної дезадаптації;

3) розвиток навичок свідомого регулювання емоцій, що дозволяє підліткам конструктивно справлятися зі стресом, не вдаючись до деструктивних харчових звичок.

3. Гуманістичний підхід (К. Роджерс)

Основою всього процесу корекції є створення специфічного психологічного простору, заснованого на класичних гуманістичних принципах: атмосфері повного, безумовного прийняття, наданні глибокої емпатичної підтримки та дотриманні принципу щирості (конгруентності) у взаємодії [59].

Цей підхід є особливо важливим у роботі з підлітками, які виявляють ознаки відхилень у харчовій поведінці. Для цієї групи клієнтів надзвичайно важливо досягти таких терапевтичних цілей:

1) систематично зміцнювати та підтверджувати внутрішню цінність особистості, чітко відокремлюючи її від фізичних параметрів та естетики зовнішності;

2) сприяти кристалізації власної автентичності та допомогти підлітку знайти своє справжнє «я»;

3) працювати над істотним зменшенням патологічної самокритики та пом'якшенням суворої внутрішньої оцінки.

4. Системно-сімейний підхід

З огляду на незаперечний і фундаментальний вплив сімейної системи на формування механізмів прихильності, а також на формування та закріплення конкретних харчових звичок у підлітків, запропонована нами структура програми обов'язково включає ряд системних компонентів [34, 37].

Зокрема, стратегія втручання зосереджується на виконанні таких завдань:

1) якісна трансформація та оптимізація сімейної комунікації з метою відновлення втраченого діалогу;

2) ідентифікація та подальша корекція дисфункціональних моделей взаємодії, які часто можуть виступати проблемою (передусім йдеться про

усунення надмірного контролю з боку батьків, деструктивної критики або емоційної віддаленості);

3) пряме та активне залучення батьків до процесу корекції як партнерів, що забезпечує стійкість результатів терапії.

3.2. Психологічні методи, прийоми та техніки корекції РХП у підлітковому віці

Запропонована програма психологічної корекції базується на інтегративному підході та передбачає використання широкого спектру методичних інструментів. Така стратегія дозволяє комплексно впливати на всі рівні функціонування особистості: від реструктуризації когнітивних установок і гармонізації емоційних станів до модифікації деструктивних моделей поведінки та оптимізації системи сімейної взаємодії. У наступному розділі детально описано основні терапевтичні техніки, що входять до програми [84].

Процес відбору цих технік базувався на глибокому аналізі отриманих мною емпіричних даних, а також на сучасних міжнародних протоколах і стандартах надання допомоги особам з розладами харчової поведінки.

3.2.1. Методи когнітивно-поведінкової корекції

1. Когнітивна реструктуризація

Ключовий вектор терапевтичного втручання спрямований на виявлення та подальшу трансформацію системи дисфункціональних переконань, які є когнітивною основою для підтримання порушеної харчової поведінки [17].

Йдеться про роботу з ірраціональними ментальними установками, які суворо пов'язують самооцінку з фізичними параметрами, наприклад: «Я стану кращою версією себе тільки тоді, коли схудну», «Моя самооцінка відповідає моєму зовнішньому вигляду» або «Їжа — це єдина сфера, в якій я можу компенсувати втрату контроль над власним життям» [39].

У процесі корекції підліток набуває навичок когнітивної реструктуризації: він вчиться ставити під сумнів правильність цих догм, критично аналізувати їх причини (етіологію) та перевіряти їх відповідність об'єктивній реальності [35, 17].

2. Робота з образом тіла

Практична реалізація цього етапу вимагає використання широкого спектру терапевтичних інструментів. Зокрема, активно застосовуються техніки, засновані на філософії позитивного ставлення до свого тіла (body-positivity), які допомагають розвинути доброзичливе і неосудливе ставлення до власного тіла [27].

Особливе місце в програмі займає вправа «Моє тіло як ресурс», яка допомагає переосмислити фізичність: підліток вчиться розглядати своє тіло не як об'єкт зовнішньої оцінки, а як функціональний інструмент для життя і самореалізації. Цей комплекс доповнюється спеціальними практиками візуалізації, спрямованими на роботу з підсвідомістю для досягнення глибокої прийнятності власного зовнішнього вигляду [19].

3. Поведінкова інтервенція

Ця частина терапії зосереджена на зміні моделей поведінки і передбачає поступове відновлення регулярності та ритмічності харчування, а також систематичну деконструкцію ритуалів, пов'язаних із суворими обмеженнями в харчуванні [42, 38]. Реалізація цього завдання здійснюється шляхом впровадження конкретних інструментів самоконтролю:

1) систематичне ведення харчового щоденника, що дозволяє об'єктивізувати фактичну харчову поведінку;

2) розробка та впровадження індивідуального плану харчування, адаптованого до потреб конкретного підлітка;

3) моніторинг та ідентифікація тригерів (ситуацій, емоцій або думок), що призводять до епізодів компульсивного переїдання або, навпаки, до фаз

навмисного голодування.

3.2.2. Техніки емоційної регуляції

Емоційна регуляція займає центральну позицію у програмі корекції розладів харчової поведінки, оскільки дослідження послідовно демонструють тісний зв'язок між емоційним дистресом та патологічною харчовою поведінкою. Перший комплекс технік, що застосовується, стосується розвитку навичок усвідомленості (mindfulness), які дозволяють підліткам залишатися присутніми в поточному моменті без оціночного ставлення. Цей підхід передбачає систематичне навчання розпізнаванню фізіологічних сигналів організму, зокрема розрізненню фізичного голоду від емоційного потягу до їжі, що часто використовується як механізм компенсації психологічного дискомфорту. Така усвідомленість сприяє зменшенню випадків компульсивного переїдання, адже дозволяє підліткам піддати критичному аналізу свої автоматичні реакції на стресові ситуації.

Другим важливим напрямом роботи є оволодіння техніками зниження тривожності, які мають науково обґрунтовану ефективність у контексті психосоматичних розладів. До них належать спеціалізовані дихальні техніки, зокрема методика «4–7–8», яка ґрунтується на принципах регуляції вегетативної нервової системи через контрольоване подовження видиху. Паралельно застосовується прогресивна м'язова релаксація за методикою Джекобсона, що передбачає послідовне навмисне напруження та розслаблення різних груп м'язів для досягнення стану глибокого релаксу. Крім того, використовуються вправи на заземлення та сенсорну стабілізацію, які мобілізують природні механізми організму для виходу із стану гіперактивації та повернення до фізіологічної рівноваги. Ці техніки особливо цінні для підлітків, які схильні до гострих тривожних реакцій, оскільки забезпечують негайний та практичний спосіб регуляції фізіологічних проявів дистресу.

Третій напрям роботи сфокусований на розвитку емоційної грамотності як фундаментальної навички для здорового психологічного функціонування. Це включає навчання точному називанню та диференціюванню емоцій, що часто представляє складність для підлітків через недорозвиненість їхньої емоційної лексики. Особливо важливим є розвиток здатності розрізняти справжній емоційний голод від фізичного голоду, оскільки достовірно встановлено, що багато випадків дезадаптивної харчової поведінки виникає через неправильне інтерпретування психоемоційних станів як голоду та подальший спожиток їжі як спробу розв'язати психологічну проблему. Паралельно здійснюється навчання конструктивним стратегіям подолання стресу, які замінюють використання їжі як механізму копіngu на більш адаптивні способи розв'язання емоційних викликів.

3.2.3. Техніки, спрямовані на роботу з прив'язаністю

Робота з прив'язаністю базується на теорії прив'язаності та сучасному розумінні того, як якість ранніх стосунків формує нейробіологічні основи для емоційної регуляції та соціальної взаємодії. Перший компонент цієї роботи передбачає формування безпечної прив'язаності в контексті терапевтичних стосунків та групової взаємодії. Це досягається через послідовне встановлення терапевтичного альянсу, що характеризується автентичністю, емпатією та безумовним прийняттям з боку фахівця. Стабільність та передбачуваність правил, що встановлюються у групі, створюють безпечне середовище, у якому підліток може експериментувати з новими поведінковими моделями без страху засудження. Крім того, застосовуються групові вправи, спеціально розроблені для розвитку довіри між учасниками, що сприяє створенню середовища взаємної підтримки.

Другий напрям роботи стосується залучення сім'ї як значущого ресурсу у процесі терапії. Цей компонент ґрунтується на засадах

емоційно-фокусованої та системної терапії, які визнають центральну роль сімейної динаміки у виникненні та підтримуванні розладів харчової поведінки. Спеціальні сімейні сесії спрямовані на налагодження автентичної комунікації між членами сім'ї, де кожен має можливість висловити свої почуття та потреби без критики. Суттєвою складовою є активна корекція дисфункціональних взаємодій, зокрема зменшення критичних зауважень щодо ваги та зовнішності підлітка, а також припинення практик порівняння між дітьми, які заважають формуванню здорової самооцінки. Паралельно встановлюються нові правила взаємодії, спрямовані на створення атмосфери емоційної безпеки, де кожен член сім'ї відчуває свою цінність незалежно від фізичних параметрів.

Третій елемент цієї роботи фокусується на розв'язанні глибинних страхів, які часто ховаються за розладом харчової поведінки. Страх відторгнення та надмірна емоційна залежність часто формуються на ранніх етапах розвитку та виявляють себе у контексті стосунків у підлітковому та дорослому віці. Терапевтична робота передбачає проведення вправ, що сприяють розвитку автентичної самоцінності, яка не залежить від зовнішніх оцінок та схвалення. Застосовується техніка переатрибуції, що дозволяє переосмислити інтерпретацію подій та поведінки інших людей в контексті власних страхів та травм. Це забезпечує більш об'єктивне розуміння міжособистісних динамік та зменшує відповідь на сприйняту відмову як особистісну невдачу.

3.2.4. Групові форми корекції

Групова форма психологічної корекції володіє унікальними властивостями, що роблять її особливо ефективною при роботі з підлітками, які страждають на розлади харчової поведінки. Групові психологічні тренінги розробляються з широким спектром цілей, що в сукупності впливають на ключові психосоціальні чинники розвитку

розладу. Один із центральних аспектів передбачає розвиток конструктивних навичок самопрезентації та міжособистісної комунікації, що часто буває ослаблено у підлітків з нижчою самооцінкою. Через структуровані групові вправи та рольові ігри подібного характеру, підлітки вчаться розповідати про себе автентично, артикулювати свої потреби та встановлювати здорові кордони у взаємодії з іншими людьми.

Паралельно йде робота над розвитком прийняття різноманітності зовнішнього вигляду в контексту групи, де кожна людина має унікальні фізичні характеристики, що не роблять одного краще або гірше за іншого. Це набуває особливого значення в умовах, коли сучасні медіа та соціальні мережі безперервно нав'язують вузьке визначення краси та привабливості. У групі підлітки мають можливість спостерігати різноманітність тіл та зовнішностей своїх ровесників, що поступово переформатовує їхні уявлення про «нормальне» та «привабливе». Крім того, групові вправи спеціально спрямовані на подолання наслідків булінгу та соціального ostracizmu, які часто є тригерами або наслідками розладів харчової поведінки. Учасники вчаться розрізняти конструктивну критику від жорсткого засудження та розвивають резильєнтність щодо негативних коментарів.

Важливим аспектом групової роботи є також активне зниження схильності до соціального порівняння, особливо у контексті зовнішніх стандартів краси, що пропагуються культурою та медіа. Підлітки мають можливість обговорити та раціонально переосмислити нереалістичні ідеали краси, що часто призводять до незадоволення власним тілом та формування патологічних харчових патернів. Паралельно здійснюється розвиток емоційного інтелекту як комплексної здатності розпізнавати, розуміти та регулювати як власні емоції, так і емоції інших людей. Ця багатовимірна навичка є захисним чинником проти розвитку різних психічних розладів, включаючи розлади харчової поведінки.

Групова форма корекції виявляється особливо ефективною саме тому, що функціонує як мініатюрна соціальна система, в якій підлітки отримують багатший та автентичніший соціальний досвід, ніж у традиційній індивідуальній терапії. Присутність однолітків, які зіткнулися із подібними викликами та страхами, забезпечує потужний ефект нормалізації та взаємної підтримки. Ровесники стають джерелом емоційної валідації та розуміння, що часто сприймається як більш автентичне порівняно з підтримкою дорослого фахівця. Цей феномен суттєво зменшує рівень тривоги та саморитики, створюючи простір для експериментування з новими способами поведінки та безоціночного сприйняття.

3.3. Структура та зміст програми психологічної корекції РХП у підлітковому віці

На основі детального аналізу теоретичних засад та результатів емпіричного дослідження, що виявило ключові психологічні механізми розладів харчової поведінки у підлітків, була розроблена комплексна корекційна програма. Програма є структурованим курсом психологічних інтервенцій, спрямованих на комплексне поліпшення емоційного, когнітивного та поведінкового статусу учасників. Загальна структура програми налічує десять занять тривалістю по 60 хвилин кожне, організованих у п'ять послідовних модулів, кожен з яких має чітко визначені цілі та методи роботи.

Модуль 1: Знайомство та психоосвіта (заняття 1–2)

Перший модуль програми спрямований на встановлення емоційно безпечного простору та створення основи для подальшої роботи. На першому занятті здійснюється процес формування групи та встановлення довірливих стосунків між учасниками та фахівцем. Основною метою цього заняття є пояснення природи розладів харчової поведінки в контексті біопсихосоціального розуміння, що дозволяє зменшити почуття

стигматизації та вини, які часто супроводжують ці стани. Для досягнення цієї мети застосовуються психоосвітні бесіди, під час яких інформація подається доступною та науково обґрунтованою мовою. Встановлюються чіткі групові норми, що забезпечують конфіденційність, взаємну повагу та право на відсутність дискримінації. Завершується заняття практичною вправою «Мій шлях до змін», яка дозволяє кожному учаснику артикулювати свої особисті мотиви та цілі в контексті програми.

На другому занятті фокус переміщується на індивідуальну роботу кожного учасника щодо розпізнавання специфічних факторів, що впливають на його харчову поведінку. Основною метою є розвиток усвідомленості щодо особистого функціонального зв'язку між емоційними станами, зовнішніми подіями та подальшою харчовою поведінкою. Здійснюється систематична робота з виявлення індивідуальних тригерів, які активізують дезадаптивні харчові патерни конкретного підлітка. Методологія передбачає проведення групової міні-лекції про феномен емоційного голоду та його механізми, після чого учасники, користуючись новими знаннями, аналізують власні ситуації, в яких харчова поведінка була пов'язана з емоційним дискомфортом, а не з фізіологічною потребою.

Модуль 2: Емоційна регуляція (заняття 3–5)

Другий модуль програми фундаментально орієнтований на розвиток навичок емоційної регуляції, які наукові дослідження послідовно визнають критично важливими для редукції симптомів розладів харчової поведінки. На третьому занятті, присвяченому навичкам розпізнавання та називання емоцій, використовується методологічний підхід, що включає роботу з емоційним колесом — наочною моделлю, яка ілюструє спектр людських емоцій та їх взаємозв'язки. Через цей інструмент підлітки розширюють свою емоційну лексику та навчаються точніше розуміти своє внутрішнє стан. Паралельно проводяться вправи, спеціально розраховані на розвиток здатності розрізняти справжній емоційний голод від фізичного, що є

критично важливим для розрізнення справжніх потреб організму від психологічних спроб екранізувати негатив через їжу.

На четвертому занятті центральна увага приділяється розвитку практичних технік зниження тривожності, які мають науково доведену ефективність у редукції гіперактивації вегетативної нервової системи. Учасники детально вивчають та практикують дихальну техніку «4–7–8», яка базується на принципах регуляції серцевого ритму та активування парасимпатичної нервової системи. Крім того, вводиться метод прогресивної м'язової релаксації за системою Джекобсона, яка передбачає послідовне навмисне напруження та послаблення мускулатури для досягнення глибокого розслаблення. Завершується заняття практичними вправами на заземлення та сенсорну стабілізацію, які дозволяють підліткам вивести себе з гострого стану тривоги через залучення органів чуттів і переорієнтацію уваги на безпечні аспекти поточного середовища.

П'яте заняття спрямовано на розв'язання когнітивних компонентів депресивних станів через розвиток навичок когнітивної реструктуризації. Учасники навчаються розпізнавати автоматичні негативні думки та бікаузальні ланцюги, що зв'язують думки з емоціями та наступною поведінкою. За допомогою практичної роботи з таблицею «думка–емоція–поведінка», кожен учасник має можливість переосмислити свої негативні переконання та розробити альтернативні, більш раціональні та сприятливі інтерпретації складних ситуацій. Це надає їм інструменти для активного впливу на свій психічний стан через модифікацію мисленнєвих патернів.

Модуль 3: Образ тіла і самооцінка (заняття 6–7)

Третій модуль програми спрямований на трансформацію дисморфічних переживань та розвиток більш позитивного та адаптивного образу себе. На шостому занятті основна увага фокусується на розвитку прийняття власного тіла як функціонального та цінного організму, а не об'єкта

оцінювання та контролю. Ключовою вправою є «Мое тіло як ресурс», яка запрошує учасників переосмислити власне тіло не крізь естетичну призму, а крізь функціональну, визнаючи всі чудесні речі, які їхнє тіло здатне робити. Доповнюється це практичною вправою «5 речей, які я ціную у собі поза зовнішністю», яка систематично переводить фокус учасників з фізичних параметрів на внутрішні якості, таланти та досягнення, що конституують їхню справжню цінність як особистостей.

На сьомому занятті робота глибшає до рівня розвитку автентичної самооцінності та навичок самопідтримки. Учасники розробляють власний «лист підтримки собі» — персоналізований документ, у якому записують слова заохочення та підтримки, які вони могли б звернути до себе в моменти психологічного труднощів. Паралельно здійснюється активна робота зі так званим «внутрішнім критиком» — інтернальною голосом, що часто транслює суворі та безумовні судження про зовнішність та поведінку. Через техніки діалогу та переговорів учасники вчаться модифікувати цей внутрішній монолог, замінюючи критичні атаки на доброзичливе і конструктивне керівництво, розраховане на зростання, але не на саморуйнування.

Модуль 4: Формування безпечної прив'язаності та навичок взаємодії (заняття 8–9)

Четвертий модуль програми визнає центральну роль якості міжособистісних стосунків у психічному здоров'ї та розвитку резильєнтності. На восьмому занятті основна увага приділяється розвитку безпечної прив'язаності в контексті групової взаємодії. Практичні вправи спеціально розраховані на розвиток справжньої довіри та вразливості в міжособистісному спілкуванні, створюючи досвід безпечних людських зв'язків, які часто недостатні у біографіях підлітків з розладами харчової поведінки. Кожна вправа ґрунтується на принципах поступового розширення кола довіри та підтримки, що дозволяє учасникам, які можуть

мати травматичний досвід стосунків, практикувати нові моделі взаємодії у контрольованому середовищі.

На дев'ятому занятті фокус переміщується на розв'язання глибинного страху відторгнення та розвиток здорових кордонів у стосунках. Через техніку переатрибуції учасники вчаться переосмислювати поведінку інших людей, що вони раніше інтерпретували як відмову чи несхвалення, у контексті інших можливих пояснень, що не мають у своїй основі власної неспроможності. Рольові ігри на тему встановлення здорових кордонів надають практичного досвіду артикуляції своїх потреб та меж без почуття провини, що є критично важливо для формування здорових стосунків у дорослому житті.

Модуль 5: Закріплення результатів і план майбутнього (заняття 10)

Останній модуль програми спрямований на консолідацію всіх набутих навичок та створення структурованого плану для продовження розвитку після завершення програми. На десятому занятті учасники разом з фахівцем проводять детальне обговорення змін, які вони помітили в себе протягом програми — як у своєму мисленні, емоціях, так і в конкретній поведінці. Вони розробляють індивідуальну карту підтримки, яка включає список найбільш корисних для них технік, контакти осіб, на котрих вони можуть покластися, та плану самопідтримки для різних ситуацій. Заняття завершується символічним ритуалом «Мої кроки вперед», де кожен учасник має можливість поділитися своїм розумінням власних досягнень та визначити цілі на майбутнє, що слугує водночас закріпленням наявних змін та мотивацією для подальшого розвитку.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі представлено комплексну програму психологічної корекції розладів харчової поведінки на основі синтезу теоретичних основ

та результатів емпіричного дослідження. Програма складається з п'яти модулів, спрямованих на трансформацію ключових складових психологічного статусу підлітка.

Система інтервенцій впливає на багатофакторну природу розладів харчової поведінки. Психосвітній та емоційно-регулятивні модулі розглядають основні психологічні механізми розладів (тривожність, депресія, дисморфічні переживання), використовуючи техніки усвідомленості, релаксації та когнітивної реструктуризації. Модуль роботи з прив'язаністю та сімейною системою має особливе значення через виявлений взаємозв'язок стилів прив'язаності та ризику розвитку РХП, що підтверджує доцільність залучення батьків до терапії. Остаточний модуль консолідує навички та розробляє план профілактики рецидивів.

Практична реалізація вимагає від психолога високої компетентності. Модульна структура забезпечує як структурованість інтервенцій, так і гнучкість роботи з клієнтом. Програма є частиною мультидисциплінарної системи комплексної допомоги, що включає дієтолога, психіатра та медичний персонал.

Таким чином, третій розділ переводить теоретичне знання та емпіричні результати в практичне застосування з терапевтичним потенціалом для поліпшення психічного та фізичного благополуччя підлітків з розладами харчової поведінки.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційну роботу присвячено дослідженню психологічних чинників розладів харчової поведінки у підлітків та розробці програми психологічної корекції цього явища. Робота структурована у традиційній парадигмі наукового дослідження, що поєднує теоретичний аналіз, емпіричну верифікацію та практичну аплікацію отриманих результатів.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння розладів харчової поведінки в міжнародній психологічній науці. У роботі здійснено синтез положень біопсихосоціальної моделі, когнітивно-поведінкового та психодинамічного підходів, що дозволило окреслити полідерміновану природу досліджуваного феномену. Окрему увагу приділено аналізу ролі соціально-психологічних чинників, зокрема впливу медіа, сімейного середовища та гендерних норм, у формуванні дезадаптивних моделей харчової поведінки у вразливій віковій групі.

Емпіричне дослідження, реалізоване у другому розділі, характеризується строгістю методологічного дизайну та відповідністю етичним стандартам проведення психологічних досліджень з мінорами. Результати дослідження виявили значні кореляційні зв'язки між психологічними параметрами емоційної сфери (тривога, депресія), стилями прив'язаності та ризиком розвитку розладів харчової поведінки. Особливо показовою є знахідка щодо протективного ефекту безпечної прив'язаності та ризикогенного впливу тривожних та дезорганізованих стилів прив'язаності. Гендерні відмінності в емоційній вразливості, виявлені у дослідженні, узгоджуються з міжнародними даними та свідчать про необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги.

У третьому розділі запропоновано модульну корекційну програму, що комплексно впливає на різні виміри психічного здоров'я підлітків. Програма ґрунтується на положеннях сучасних підходів до психокорекції і практичних реаліях роботи з підлітками, що страждають на розлади

харчової поведінки.

Слід зазначити, що обмеженість вибірки емпіричного дослідження ($n=36$) закономірно впливає на узагальненість результатів, хоча якісна природа виявлених асоціацій залишається клінічно значущою. Майбутні дослідження мають розширити обсяг вибірки та включити лонгітюдні міри для оцінки стабільності та предиктивної валідності виявлених взаємозв'язків.

Незважаючи на зазначені обмеження, робота становить вагомий внесок у розвиток клінічної психології у вітчизняному контексті, пропонуючи науково обґрунтовану та практично операціоналізовану систему психологічної допомоги для однієї з найбільш проблемних психічних розладів молодого віку. Розлади харчової поведінки продовжують залишатися серйозною проблемою громадського здоров'я, характеризуючись високою захворюваністю, суттєвим впливом на якість життя та значними економічними витратами. У цьому контексті розроблені в роботі програми мають потенціал для впровадження у систему психологічного консультування загальноосвітніх закладів, психологічних служб та спеціалізованих центрів психічного здоров'я.

Робота ґрунтується на міждисциплінарному мультимодальному підході, що відповідає сучасним стандартам лікування розладів харчової поведінки. Укупі це дозволяє констатувати, що представлена кваліфікаційна робота відповідає науковим критеріям якісного магістерського дослідження та може бути рекомендована до захисту перед екзаменаційною комісією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсаямова, Л. М. (2017). Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, (3), 35–43.
2. Абсаямова, Л. М. (2019). Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція (дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук, Інститут психології імені Г. С. Костюка, Національна академія педагогічних наук України, Київ). URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/disertaciya_absalyamova_1576661218.pdf
3. Ананченко, В. М. (2009). Психологія харчової поведінки. *Психологічні науки*, (6). URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2009-6.%25p>
4. Буц, М. А. (2017). Формування культури здорового харчування школярів. *Молодий вчений*, (1), 13–16.
5. Ворошиліна, А. В. (2021). Особливості відношення до тіла у особистості з різним типом харчової поведінки. *Філософські та психолого-педагогічні засади формування гуманітарно-технічної еліти*. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/cb1354b3-72bb-4ad2-9e3b-2037dc2ec85b/content>
6. Гончаренко, В. (н.д.). Скринінг порушень харчової поведінки SCOFF. ED-UA. URL: <https://ed-ua.com/faq/skrining-narushenij-pishhevogo-povedeniya-scoff/>
7. Климчук, В. (2009). *Математичні методи у психології: Навчальний посібник*. Львів: Український католицький університет. URL: <https://www.researchgate.net/publication/281088252>
8. Кудла, Т. В., Антонова, З. О., & Ханецька, Н. В. (2021). Психологічні

- чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Випуск 7. URL: <https://doi.org/10.32843/2663->
9. Лимар, Л. (2018). Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.93-113>
 10. Мойзріст, О. М. (2009). Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). *Психологічні науки*. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2009-6.%25p>
 11. Руденко, В. М. (2012). *Математична статистика*. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 304 с.
 12. Скрипченко, О. В., Долинська, Л. В., & Огороднійчук, З. В. (2012). *Вікова та педагогічна психологія*. Київ: Каравела. URL: <https://www.scribd.com/document/669673654/%D0%92%D0%86%D0%9A%D0%9E%D0%92%D0%90-%D0%A2%D0%90-%D0%9F%D0%95%D0%94%D0%90%D0%93%D0%9E%D0%93%D0%86%D0%A7%D0%9D%D0%90-%D0%9F%D0%A1%D0%98%D0%A5%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%AB%D0%AF-%D0%A1%D0%9A%D0%A0%D0%98%D0%9F%D0%A7%D0%95%D0%9D%D0%9A%D0%9E>
 13. Терещенко, Л. А., & Мойзріст, О. М. (2024). Психологічні особливості дівчат підліткового віку з розладами харчової поведінки. Інститут психології імені Г. С. Костюка, Національна академія педагогічних наук України. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/17>
 14. Українська спілка психологів. (2017). *Етичний кодекс психолога*. Київ: Українська спілка психологів. URL: <http://usp.org.ua/etichnyj-kodeks-psykhologa/>
 15. Шебанова, В. (2014). Фізіологічний аспект харчової поведінки. *Педагогіка та психологія : науковий вісник Чернівецького університету*. Вип. 680. С. 187–196. URL:

<https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/cb1354b3-72bb-4ad2-9e3b-2037dc2ec85b/content>

16. Abuladze, L., Kunder, N., Lang, K., & Vaask, S. (2017). Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 7(6), e013257. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013257>
17. Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169–179. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
18. Alfoukha, M. M., Hamdan-Mansour, A. M., & Banihani, M. A. (2017). Social and psychological factors related to risk of eating disorders among high school girls. *Journal of School Nursing*, 35(3), 169–177. URL: <https://doi.org/10.1177/1059840517737140>
19. Alleva, J. M., Diedrichs, P. C., Halliwell, E., Martijn, C., Stuijtzand, B. G., Treneman-Evans, G., & Rumsey, N. (2018). A randomised-controlled trial investigating potential underlying mechanisms of a functionality-based approach to improving women's body image. *Body Image*, 26, 46–57. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.009>
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
21. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
22. American Psychiatric Association. (2022). DSM Library. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
23. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. URL:

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

24. Anschutz, D. J., Engels, R. C. M. E., Becker, E. S., & van Strien, T. (2008). The bold and the beautiful: Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake. *Appetite*, 51(3), 480–487. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.04.004>
25. Baker, J. H., & Runfola, C. D. (2016). Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder? *Maturitas*, 88, 53–58. URL: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.017>
26. Bills, E., Greene, D., Stackpole, R., & Egan, S. J. (2023). Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 182, 106586. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106586>
27. Braun, T., Rothermundt, M., & Munsch, S. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A systematic review. *Body Image*, 18, 1–12. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
28. Bulik, C. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 293–298. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.10140>
29. Bulik, C. M. (2013). The changing “face” of eating disorders: Implications for primary care. *The Lancet*, 381(9860), 1487–1489. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)
30. Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image. *British Journal of Psychology*, 96(3), 457–487. URL: <https://doi.org/10.1348/014466504772812931>
31. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Hospital Anxiety and Depression Scale. URL: <https://www.vz.kiev.ua/wp-content/uploads/2021/01/Gospitalna-shkala-tryvogy-i-depresiyi.docx>

32. Chew, C. S. E., Kelly, S., Baeg, A., Oh, J. Y., Rajasegaran, K., & Davis, C. (2021). First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian children. *International Journal of Eating Disorders*. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.23274>
33. Chew, C. S. E., Kelly, S., Tay, E. E., Baeg, A., Khaider, K. B., Oh, J. Y., Rajasegaran, K., Saffari, S. E., & Davis, C. (2021). Implementation of family-based treatment for Asian adolescents with anorexia nervosa: A consecutive cohort examination of outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1743–1753. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.23429>
34. Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren, M.-C. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 329–338. URL: <https://doi.org/10.1007/BF03327502>
35. Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 25–37. URL: <https://doi.org/10.1348/014466504772812931>
36. Costa, L. C., Vasconcelos, F. A., & Peres, K. G. (2010). Influence of biological, social and psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(2), 173–181.
37. Cripps, S., Serpell, L., & Pugh, M. (2024). Processes of change in family therapies for anorexia nervosa: A systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *Journal of Eating Disorders*, 12, Article 37. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01037-5>
38. Essayli, J. H., Forrest, L. N., Zickgraf, H. F., Stefano, E. C., Keller, K. L., & Lane-Loney, S. E. (2024). The impact of between-session habituation, within-session habituation, and weight gain on response to food exposure for adolescents with eating disorders. *International Journal of Eating*

- Disorders*, 57(1), 45–59. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.23894>
39. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
40. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
41. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
42. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D., Wales, J. A., & Palmer, R. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311–319. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
43. Fairchild, H., et al. (2024). Eating disorders: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 12, Article 1037. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01037-5>
44. First, M. B. (Ed.), & American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. URL: https://i-share-uiu.primo.exlibrisgroup.com/permalink/01CARLI_UIU/gp_josq/alma99955200052405899
45. Friedman, K. (2018). Body image dissatisfaction: Updated perspectives. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–6. URL: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.003>
46. Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2013). Sexism and eating disorders: Gender differences, changes with age, and relations between both constructs. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3),

- 183–192. URL: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12919>
47. Gitau, T. M., Micklesfield, L. K., Pettifor, J. M., & Norris, S. A. (2014). Changes in eating attitudes, body esteem and weight control behaviours during adolescence in a South African cohort. *PLoS ONE*, 9(10), e109709. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109709>
48. Goh, K. H. R., & Lee, E. L. (2015). Prevalence of abnormal liver function tests and comorbid psychiatric disorders among patients with anorexia nervosa and eating disorders not otherwise specified in the anorexia nervosa DSM-IV criteria. URL: <https://doi.org/10.11622/smedj.2015132>
49. Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 66–78. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
50. Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E., González-Chica, D., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 424–431. URL: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
51. Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394. URL: <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
52. Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. URL: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
53. Javaras, K. N., et al. (2012). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
54. Kuchyna, V. (2025). Attachment Style Questionnaire in Ukrainian Language. *World Science*, 1(87). URL: 10.31435/ws.1(87).2025.3169
55. Kurdak, H., Tiyekli, E., Özcan, S., Özer, Z. Y., & Topuz, A. N. (2023). Eating disorders, primary care, and stigma: An analysis of research trends

- and patterns. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1243922. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1243922>
56. Kurdak, H., Tiyeqli, E., Özcan, S., Özer, Z. Y., & Topuz, A. N. (2023). Eating disorders, primary care, and stigma: An analysis of research trends and patterns. *Primary Health Care Research & Development*. URL: <https://doi.org/10.1017/S1463423623000525>
57. Kusnik, A., & Vaqar, S. (2023). Rumination disorder. In *StatPearls*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576404/>
58. Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, muscles, and eating disorders: An overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Current Psychiatry Reports*, 19(10), 78. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>
59. Lawson, R. B., Graham, J. E., & Baker, K. M. (2007). *A history of psychology: Globalization, ideas, and applications* (1st ed.). New York, NY: Routledge. URL: <https://doi.org/10.4324/9781315665214>
60. Lázaro, L., Font, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpiñá, S., Canalda, G., Martínez, E., & Castro-Fornieles, J. (2014). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 207–214. URL: <https://doi.org/10.1002/erv.1054>
61. Le Grange, D., & Loeb, K. L. (2007). Early identification and treatment of eating disorders: Prodrome to syndrome. *European Eating Disorders Review*. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x>
62. Lock, J., & Le Grange, D. (2018). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 889–897. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
63. Mallaram, G. K., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., & Pavuluru, P.

- (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: A cross-sectional study among female medical students. *Research*, 11, Article 225. URL: <https://doi.org/10.3390/research111225>
64. Marumoto, H., Sasaki, T., Tsuboi, N., Ito, T., Ishikawa, M., Ogura, M., Ikeda, M., & Yokoo, T. (2020). Kidney disease associated with anorexia nervosa: A case series with kidney biopsies. URL: <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.03.007>
65. Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G., Simonoff, E., Treasure, J., Field, A. E. (2018). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. URL: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152371>
66. Michels, N., Sioen, I., Braet, C., Eiben, G., Hebestreit, A., Huybrechts, I., Vanaelst, B., Vyncke, K., & De Henauw, S. (2012). Stress, emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite*, 59(3), 762–769. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.010>
67. Mitchison, D., et al. (2017). The prevalence of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 378–387. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>
68. Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467–1468.
69. Mousa, T. Y., Al-Domi, H. A., Mashal, R. H., & Jibril, M. A.-K. (2010). Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. *Appetite*, 54(3), 600–603. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.10.008>
70. Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 532–536. URL: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a321>
71. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk

- factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- 72.Dziewa, M., Bańka, B., Herbet, M., & Piątkowska-Chmiel, I. (2023). Eating Disorders and Diabetes: Facing the Dual Challenge. *Nutrients*, 15(18), 3955. URL: <https://doi.org/10.3390/nu15183955>
- 73.Donofry, S. D., Stillman, C. M., & Erickson, K. I. (2020). A review of the relationship between eating behavior, obesity and functional brain network organization. *Social cognitive and affective neuroscience*, 15(10), 1157–1181. URL: <https://doi.org/10.1093/scan/nsz085>
- 74.Perrin, E. C., Ravi, H. L., Borra, G. S., & South, A. M. (2023). Prevalence and risk factors of disordered eating behavior in youth with hypertension disorders. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*, 38(11), 3779–3789. URL: <https://doi.org/10.1007/s00467-023-05921-1>
- 75.Espinosa, Pablo & Clemente, Miguel. (2011). Media effects on antisocial behavior in children and adolescents. *Bio-Psycho-Social Perspectives on Interpersonal Violence*. 233-257. URL: https://www.researchgate.net/publication/286838471_Media_effects_on_antisocial_behavior_in_children_and_adolescents
- 76.Puccio, Francis & Fuller-Tyszkiewicz, Matthew & Ong, Deborah & Krug, Isabel. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *The International journal of eating disorders*. 49. 10.1002/eat.22506. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.22506>
- 77.Rohde, P., Stice, E., Marti, N. C. (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- 78.Perrin, E.C., Ravi, H.L., Borra, G.S. *et al.* Prevalence and risk factors of disordered eating behavior in youth with hypertension disorders. *Pediatr*

- Nephrol* 38, 3779–3789 (2023). URL: <https://doi.org/10.1007/s00467-023-05921-1>
79. Sagar, R., Gupta, T. (2018). Psychological Aspects of Obesity in Children and Adolescents. URL: <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2>
80. Sawyer, S. M., Whitelaw, M., Le Grange, D., Yeo, M., & Hughes, E. K. (2016). Physical and psychological morbidity in adolescents with atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 137(6), e20154080. URL: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4080>
81. Hagger, M. S., Gucciardi, D. F., Turrell, A. S., & Hamilton, K. (2019). Self-control and health-related behaviour: The role of implicit self-control, trait self-control, and lay beliefs in self-control. *British journal of health psychology*, 24(4), 764–786. URL: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12378>
82. Şenay, O., & Yücel, B. (2023). Evaluation of insight, self-esteem, and body satisfaction in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(3), 233–237. URL: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001598>
83. Sharan, P., & Sundar, A. (2015). Eating disorders in India. *The Lancet*, 385(9981), 417–418. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
84. Sinkevych, I. (2025). Effectiveness of a personalized psychocorrection program for reducing maladaptation in individuals with binge eating disorder. *Psychiatry, Mental Health and General Practice*, 10(1). URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/592>
85. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
86. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of

- eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
87. Smith, J. L., Comeau, M. E., & Hess, J. M. (2025). The Social, Behavioral, and Psychological Predictors of Young Women's Food Choices: A Scoping Review. *Nutrients*, 17(6), 932. URL: <https://doi.org/10.3390/nu17060932>
88. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
89. Stice, E. (2003). Risk and maintenance factors for eating pathology. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
90. Roberts, M. E., Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*, 44(14), 964–970. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.03.001>
91. Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2018). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 83. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
92. Tomiyama, A. J. (2018). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 69, 703–718. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>
93. Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the

- evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, Article 13. URL: <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
94. Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2009). Eating disorders. *The Lancet*, 374(9697), 407–417. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
 95. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
 96. Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(10), 86. URL: <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
 97. Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 9–23. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
 98. Jaruga-Sękowska, S., Staśkiewicz-Bartecka, W., & Woźniak-Holecka, J. (2025). The Impact of Social Media on Eating Disorder Risk and Self-Esteem Among Adolescents and Young Adults: A Psychosocial Analysis in Individuals Aged 16–25. *Nutrients*, 17(2), 219. URL: <https://doi.org/10.3390/nu17020219>
 99. Burke, N. L., Hazzard, V. M., Schaefer, L. M., Simone, M., O'Flynn, J. L., & Rodgers, R. F. (2023). Socioeconomic status and eating disorder prevalence: at the intersections of gender identity, sexual orientation, and race/ethnicity. *Psychological medicine*, 53(9), 4255–4265. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001015>
 100. WHO & APA. (2023). Global classification systems for mental disorders. <https://www.who.inthttps://www.psychiatry.org>
 101. Wilkinson, L. L., Rowe, A. C., Robinson, E., & Hardman, C. A. (2018). Explaining the relationship between attachment anxiety, eating

- behaviour and BMI. *Appetite*, 123, 25–33. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.029>
102. Kallio, Sakari & Revonsuo, Antti. (2003). Hypnotic phenomena and altered states of consciousness: A multilevel framework of description and explanation. *Contemporary Hypnosis*. 20. 111 - 164. URL: <https://doi.org/10.1002/ch.273>
 103. World Health Organization. (1992). The ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
 104. World Health Organization. (2024). ICD-11 Classification of Diseases. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
 105. Tchanturia, Kate & Anderluh, Marija & Morris, Robin & Rabe-Hesketh, Sophia & Collier, David & Sanchez, Patricia & Treasure, Janet. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*. 10. 513-20. URL: doi:10.1017/S1355617704104086
 106. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022). Mental health aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 13, 953203. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.953203>
 107. Young, S. L. (2010). Pica in pregnancy: New ideas about an old condition. *Annual Review of Nutrition*, 30, 403–422. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.012809.104713>
 108. Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 162, 193–197. URL: <https://doi.org/10.1192/bjp.162.2.193>
 109. Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological

- factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 21(5), 405–410. URL: <https://doi.org/10.1002/erv.2241>
110. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *APA PsycTests*. URL: <https://doi.org/10.1037/t03589-000>
 111. Zink, J., et al. (2023). Global trends in eating disorder prevalence. *BMC Public Health*, 23, 945. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
 112. Zipfel, S., et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127–137. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)
 113. Jenkinson, P. M., Taylor, L., & Laws, K. R. (2018). Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *Journal of psychosomatic research*, 110, 38–45. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.005>

SCOFF QUESTIONNAIRE (ШКАЛА СКРИНІНГУ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ)

Інструкція:

Респондент повинен прочитати кожне питання та відповісти «Так» або «Ні», позначивши відповідну опцію.

Опитувальник може бути самостійно заповнений респондентом або проведений усно.

Час виконання: приблизно **2–3 хвилини**.

За кожну відповідь «Так» нараховується **1 бал**.

Загальна можливість балів: **0–5**.

Питання:

1. **S – Sick:** Чи викликаєте Ви блювоту, коли відчуваєте себе переїденим?
 2. **C – Control:** Чи турбує Вас втрата контролю над тим, скільки Ви їсте?
 3. **O – Overweight loss:** Чи не було у Вас втрати ваги більше 6,35 кг (≈ 14 фунтів) за останні три місяці?
 4. **F – Fat:** Чи вважаєте Ви себе товстим/надмірно повним, коли інші кажуть, що Ви занадто худий/худа?
 5. **F – Food:** Чи можна сказати, що їжа домінує у Вашому житті?
- (Пояснення акроніма **SCOFF**: Sick, Control, Overweight loss, Fat, Food)

Інтерпретація результатів:

0–1 бал

Низька ймовірність наявності розладу харчової поведінки за цим скринінгом. Проте, якщо є інші підозри чи симптоми, рекомендується консультація фахівця.

≥ 2 бали

Позитивний скринінг: ймовірно наявність розладу харчової поведінки. Рекомендується подальше клінічне обстеження кваліфікованим спеціалістом.

**ОПИТУВАЛЬНИК СТИЛІВ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ ОСП-22
(ATTACHMENT STYLE QUESTIONNAIRE (ASQ) VAN
OUDENHOVEN, HOFSTRA, BAKKER) в адаптації Кучиної В.В.**

Шкала відповідей:

- 1 — «Повністю не погоджуюсь»
- 2 — «Частково не погоджуюсь»
- 3 — «Ставлюся нейтрально»
- 4 — «Частково погоджуюсь»
- 5 — «Абсолютно погоджуюсь»

Питання опитувальника:

- 1. Я почуваюся вільно в емоційних стосунках.
- 2. Я б хотів бути відкритим до інших, але відчуваю, що не можу довіряти іншим.
- 3. Мені некомфортно, коли взаємини із іншими людьми стають ближче.
- 4. Мені б хотілося мати близькі взаємовідносини із іншими людьми, але мені важко повністю їм довіряти.
- 5. Я віддаю перевагу тому, щоб інші люди були незалежні від мене і я від них.
- 6. Я часто задаюся питанням, чи подобаюсь я іншим людям.
- 7. Я уникаю близьких зв'язків.
- 8. У мене таке враження, що інші люди подобаються мені більше, ніж я їм.
- 9. Я довіряю іншим людям і мені подобається, коли вони можуть на мене покластися.
- 10. Я часто боюся, що не подобаюся іншим людям.
- 11. Для мене важливо бути незалежним.
- 12. Мені легко зануритися у близькі взаємовідносини із іншими людьми.
- 13. Я почуваюся невимушено в інтимних стосунках.
- 14. Мені подобається бути самодостатнім.
- 15. Я не переймаюся тим, чи подобаюся іншим людям чи ні.
- 16. Я вважаю, що важливо, щоб люди могли один на одного покластися.
- 17. Я не хвилююся через самотність: мені не потрібні інші люди так сильно.

18. Я боюся бути обдуреним, якщо наближаюся надто близько до інших людей.
19. Мені здається, що інші люди цікавіші за мене.
20. Я вірю, що інші люди будуть разом зі мною, коли вони будуть мені потрібні.
21. Я обережно ставлюся до близьких стосунків, адже боюся, щоб мені не завдали болю.
22. Мені важливо знати, чи подобаюся я іншим людям.

Ключі до шкал:

Безпечний (secure) СП: 1, 3, 7, 9, 12, 13, 16, 20.

Уникаючий (dismissing) СП: 5, 11, 14, 17.

Тривожний (fearful) СП: 2, 4, 18, 21.

Дезорганізований (preoccupied) СП: 6, 8, 10, 15, 19, 22.

Формула підрахунку:

Безпечний СП, пункти №:

$$(1 + 3 + 7 + 9 + 12 + 13 + 16 + 20) / 40 * 100$$

Уникаючий СП, пункти №:

$$(5 + 11 + 14 + 17) / 20 * 100$$

Тривожний СП, пункти №:

$$(2 + 4 + 18 + 21) / 20 * 100$$

Дезорганізований СП, пункти №:

$$(6 + 8 + 10 + 15 + 19 + 22) / 30 * 100$$

(За результатами отримується ступінь вираженості кожного стилю прив'язаності у відсотках із 100%.)

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS)

Інструкція:

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Питання:

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

Більшу частину часу

Значну частину часу

Час від часу, від випадку до випадку

Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

Майже весь час

Дуже часто

Іноді

Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

Абсолютно немає

Від випадку до випадку

Досить часто

Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

Безумовно, в такому самому обсязі

Так, але не настільки, як і раніше

Лише трохи

Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

Так, є дуже виразне погане передчуття

Так, але це відчуття не настільки важке

Трохи, однак це не турбує мене

Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

Абсолютно так

Стежу за собою не наскільки потрібно

Дещо менше, ніж раніше

Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

Дійсно, дуже сильно

Вельми значно

Не дуже сильно

Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

Такою ж мірою, як і завжди

Тепер вже не такою мірою

Безумовно вже не настільки

Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

Переважну частину часу

Значну частину часу

Час від часу, але не дуже часто

Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

Такою ж мірою, як і завжди

Трохи менше, ніж зазвичай

Набагато менше, ніж зазвичай

Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

Дійсно, дуже часто

У цілому часто

Нечасто

Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

Абсолютно ніколи

Нечасто

Іноді

Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

Абсолютно так

Зазвичай так

Нечасто

Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

Часто

Скоріше часто

Іноді

Дуже рідко