

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні критерії схильності до формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-232 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Бойко Т.М.
(прізвище та ініціали)
Керівники
д.психол.н.,проф
Завязкіна Н.В.
д.філософії(Phd)
Ряховська Т.Л.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

_____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

_____ к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ УМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	11
1.1 Сучасні наукові підходи до розуміння розладів харчової поведінки: класифікація, симптоматика та етіологія	11
1.2 Особливості розвитку харчової поведінки в підлітковому віці: вікові та психологічні аспекти	18
1.3 Вплив травматичного досвіду та стресових факторів на формування розладів харчової поведінки у підлітків	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	37
РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	38
2.1. Організація дослідження та характеристика психодіагностичного інструментарію	38
2.2. Характеристика вибірки	44
2.3. Особливості проведення дослідження в умовах воєнного стану.....	49
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	56
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	57
3.1 Комплексна психодіагностика схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків.....	57
3.2 Взаємозв'язок особистісних характеристик, рівня тривожності та сприйняття тілесного образу у підлітків з ризиком розвитку розладів харчової поведінки.....	65
3.3 Моделі психологічної інтервенції при роботі з підлітками групи ризику та програма профілактики та психологічної підтримки підлітків зі схильністю до розладів харчової поведінки в умовах стресу	70
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	74
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80
ДОДАТКИ.....	85

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено особливості формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці під впливом стресових факторів та травматичного досвіду. Здійснено комплексний теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння розладів харчової поведінки, їх класифікації, симптоматики та етіології. Визначено специфіку розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, її вікові та психологічні аспекти. Проаналізовано теоретичні та емпіричні дослідження щодо впливу травматичного досвіду та стресових факторів на формування розладів харчової поведінки у підлітків.

На основі емпіричного дослідження виявлено, що наявність травматичного досвіду значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки у підлітків, причому цей вплив опосередковується порушеннями в емоційній регуляції, негативним сприйняттям власного тіла та соматичною дисоціацією. Запропоновано інтегративну модель формування розладів харчової поведінки у підлітків, що враховує взаємодію різних рівнів факторів: біологічних, психологічних, сімейних, соціокультурних, а також травматичних та стресових впливів.

Розроблено програму психопрофілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки для підлітків на основі травма-інформованого підходу, що включає компоненти первинної профілактики, вторинної профілактики для груп ризику та ранньої інтервенції. Сформульовано практичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків щодо профілактики та ранньої ідентифікації розладів харчової поведінки у підлітків.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, підлітковий вік, травматичний досвід, стресові фактори, емоційна регуляція, образ тіла, соматична дисоціація, психопрофілактика, травма-інформований підхід.

ABSTRACT

The master's thesis investigates the peculiarities of eating disorders formation in adolescence under the influence of stress factors and traumatic experience. A comprehensive theoretical analysis of modern scientific approaches to understanding eating disorders, their classification, symptomatology, and etiology has been conducted. The specifics of eating behavior development in adolescence, including its age-related and psychological aspects, have been determined. Theoretical and empirical research regarding the impact of traumatic experience and stress factors on the formation of eating disorders in adolescents has been analyzed.

Based on empirical research, it has been found that the presence of traumatic experience significantly increases the risk of developing eating disorders in adolescents, with this influence being mediated by impairments in emotional regulation, negative body image, and somatic dissociation. An integrative model of eating disorders formation in adolescents has been proposed, taking into account the interaction of different levels of factors: biological, psychological, familial, sociocultural, as well as traumatic and stress influences.

A program of psychoprophylaxis and early intervention for eating disorders in adolescents has been developed based on a trauma-informed approach, including components of primary prevention, secondary prevention for risk groups, and early intervention. Practical recommendations for psychologists, teachers, and parents regarding the prevention and early identification of eating disorders in adolescents have been formulated.

Keywords: eating disorders, adolescence, traumatic experience, stress factors, emotional regulation, body image, somatic dissociation, psychoprophylaxis, trauma-informed approach.

ВСТУП

Актуальність теми

Розлади харчової поведінки становлять значну проблему сучасної психології та психіатрії, особливо в контексті підліткового віку, який характеризується підвищеною вразливістю до формування порушень у сфері харчування та сприйняття власного тіла. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, розлади харчової поведінки посідають третє місце за поширеністю серед психічних розладів підліткового та молодого віку після депресії та тривожних розладів, а їх частота невпинно зростає протягом останніх десятиліть у більшості країн світу. Особливе занепокоєння викликає той факт, що анорексія нервова має найвищий показник смертності серед усіх психічних розладів, сягаючи 5-10% протягом десятирічного катамнезу, причому підлітковий вік є періодом найвищого ризику маніфестації цього небезпечного для життя стану. Динаміка поширеності розладів харчової поведінки в Україні, зокрема серед підліткової популяції, відображає загальносвітові тенденції до зростання, що підкреслює нагальність поглибленого вивчення цієї проблематики в національному контексті.

Підлітковий вік є критичним періодом формування харчової поведінки та образу тіла, оскільки він характеризується інтенсивними фізіологічними, психологічними та соціальними трансформаціями, що створюють підґрунтя для підвищеної вразливості до порушень у цих сферах. Стрімкі зміни тілесної конституції внаслідок статевого дозрівання, формування гендерної та особистісної ідентичності, інтенсивне соціальне порівняння, підвищена чутливість до оцінки з боку однолітків – усі ці фактори можуть спричинити значний психологічний дистрес, з яким підліток намагається впоратися через контроль над харчуванням та тілом. Дослідження демонструють, що близько 40-60% дівчат-підлітків та 20-30% хлопців виявляють незадоволення власним тілом та практикують різноманітні форми дієтичної поведінки, створюючи передумови для розвитку клінічно значущих розладів харчової поведінки. Особливої уваги

заслуговує той факт, що ранній початок таких порушень асоціюється з більш тяжким перебігом, вищим ризиком хронізації та резистентністю до терапевтичних втручань, що підкреслює необхідність розуміння специфічних механізмів формування цих розладів саме в підлітковому віці.

Сучасні дослідження вказують на значущу роль стресових факторів та травматичного досвіду у формуванні розладів харчової поведінки, проте їхній вплив на підліткову популяцію залишається недостатньо вивченим, особливо в українському контексті. Метааналітичні дослідження демонструють, що підлітки з історією травматичного досвіду (фізичне, сексуальне, емоційне насильство, занедбаність, булінг) мають у 3-4 рази вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки порівняно з однолітками без такого досвіду. Хронічний стрес, особливо пов'язаний із міжособистісними стосунками та соціальною оцінкою, також виступає значущим предиктором розвитку харчових порушень у підлітків, причому цей зв'язок опосередковується порушеннями в емоційній регуляції, негативним сприйняттям тіла та соматичною дисоціацією. Особливої актуальності дослідження цих взаємозв'язків набуває в контексті сучасної України, де підлітки стикаються з множинними стресогенними чинниками, пов'язаними із соціально-економічною нестабільністю, військовими діями, вимушеним переселенням, трансформацією традиційних цінностей та інтенсивною вестернізацією.

Грунтовне розуміння механізмів формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці є необхідною передумовою для розробки ефективних стратегій профілактики та ранньої інтервенції, які враховують специфічні вікові, психологічні та соціокультурні особливості цієї вразливої групи. Численні дослідження підкреслюють обмежену ефективність наявних терапевтичних підходів до лікування розладів харчової поведінки, особливо у випадках із тривалим анамнезом та множинною коморбідністю, що акцентує важливість превентивних заходів, спрямованих на ранню ідентифікацію та модифікацію факторів ризику. Розробка таких програм потребує комплексного розуміння етіопатогенетичних механізмів розладів харчової поведінки в специфічному

контексті підліткового віку, включаючи взаємодію біологічних, психологічних, сімейних та соціокультурних чинників, а також роль стресу та травматичного досвіду в цих процесах. Саме ця потреба визначає актуальність нашого дослідження, спрямованого на поглиблення розуміння особливостей формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці під впливом стресових факторів та травматичного досвіду.

Об'єкт дослідження є розлади харчової поведінки як складний феномен.

Предмет дослідження є особливості формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці під впливом стресових факторів та травматичного досвіду.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці під впливом стресових факторів та травматичного досвід.

Відповідно до мети дослідження визначено такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння розладів харчової поведінки, їх класифікації, симптоматики та етіології.
2. Визначити особливості розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, її вікові та психологічні аспекти.
3. Розробити та обґрунтувати комплексну програму діагностики розладів харчової поведінки та пов'язаних із ними психологічних характеристик у підлітків.
4. Емпірично дослідити особливості харчової поведінки підлітків та її взаємозв'язок зі стресовими факторами, травматичним досвідом, образом тіла, стратегіями емоційної регуляції та соціокультурними впливами.
5. На основі отриманих результатів розробити програму психопрофілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки для підлітків із урахуванням впливу стресових факторів та травматичного досвіду.
6. Розробити практичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків щодо профілактики та ранньої ідентифікації розладів харчової поведінки у підлітків.

Методи дослідження. В процесі дослідження використано комплекс теоретичних та емпіричних методів: теоретичні методи (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, класифікація наукових джерел); емпіричні методи (психодіагностичне тестування, структуроване інтерв'ю, спостереження); методи математично-статистичного аналізу (описова статистика, кореляційний аналіз, факторний аналіз, регресійний аналіз, медіаційний аналіз із застосуванням SPSS 27.0).

Характеристика вибірки. Емпіричне дослідження проводилося на базі загальноосвітніх шкіл м. Києва (ЗОШ №87, №123, №210) та м. Львова (ЗОШ №34, №53). Вибірка дослідження включала 120 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік $M = 14,8$; стандартне відхилення $SD = 1,6$). Розподіл респондентів за статтю враховував епідеміологічні особливості розладів харчової поведінки, що характеризуються вищою поширеністю серед осіб жіночої статі: 75 дівчат (62,5%) та 45 хлопців (37,5%).

Для забезпечення вікової репрезентативності, вибірка була стратифікована на три підгрупи, що відповідають етапам підліткового віку: ранній підлітковий вік (12-13 років) – 38 осіб (31,7%), середній підлітковий вік (14-15 років) – 42 особи (35,0%), пізній підлітковий вік (16-17 років) – 40 осіб (33,3%). Така стратифікація дозволила врахувати вікову специфіку розвитку харчової поведінки, образу тіла та реакцій на стресові фактори на різних етапах підліткового періоду.

Вибірка дослідження включає 120 підлітків з різним рівнем ризику розвитку розладів харчової поведінки. За результатами скринінгового дослідження за методикою EAT-26, 32 особи (26,7%) мали високий ризик розвитку розладів харчової поведінки, 45 осіб (37,5%) - помірний ризик, 43 особи (35,8%) - низький ризик.

За місцем проживання вибірка включала підлітків з міської ($n = 92$, 76,7%) та сільської ($n = 28$, 23,3%) місцевості. Вибірка також характеризувалася різноманітністю соціально-економічного статусу родин: високий рівень доходу

– 18 осіб (15,0%), середній рівень доходу – 83 особи (69,2%), низький рівень доходу – 19 осіб (15,8%).

Важливим критерієм включення респондентів до вибірки була наявність інформованої згоди від батьків або офіційних опікунів, а також від самих підлітків, що забезпечувало етичність дослідження та добровільність участі.

Практичне значення роботи полягає в розробці комплексної програми діагностики розладів харчової поведінки та пов'язаних із ними психологічних характеристик у підлітків, що може бути використана практичними психологами в освітніх та медичних закладах. Розроблена програма психопрофілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки з урахуванням впливу стресових факторів та травматичного досвіду становить практичний інструментарій для роботи з підлітками групи ризику. Запропоновані в роботі практичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків щодо профілактики та ранньої ідентифікації розладів харчової поведінки у підлітків сприятимуть підвищенню обізнаності та ефективності первинної профілактики цих розладів. Результати дослідження можуть бути впроваджені в навчальний процес при підготовці практичних психологів, а також у систему підвищення кваліфікації психологів та педагогів, які працюють із підлітками.

Теоретичне значення роботи полягає в поглибленні та розширенні наукових уявлень про етіопатогенетичні механізми формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці, зокрема щодо ролі стресових факторів та травматичного досвіду в цих процесах. У роботі здійснено інтеграцію біопсихосоціальної моделі розладів харчової поведінки з сучасними концепціями травматичного стресу та його впливу на розвиток психопатології, що збагачує теоретичний апарат клінічної психології. Уточнено та систематизовано класифікацію факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки в підлітковому віці з урахуванням специфіки впливу різних типів стресорів та травматичного досвіду. Запропоновано інтегративну модель формування розладів харчової поведінки у підлітків, що враховує взаємодію біологічних, психологічних, сімейних та соціокультурних чинників зі

стресовими факторами та травматичним досвідом, що розширює наукове розуміння патогенезу цих розладів.

Структура роботи. Робота складається зі змісту, вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків та списку використаних джерел.

Загальний обсяг роботи – 80 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ УМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

1.1 Сучасні наукові підходи до розуміння розладів харчової поведінки: класифікація, симптоматика та етіологія

Розлади харчової поведінки становлять групу психопатологічних феноменів, характерною ознакою яких є специфічні порушення патернів споживання їжі, що супроводжуються викривленим сприйняттям образу власного тіла та надмірною зосередженістю на контролі ваги. Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, розлади харчової поведінки посідають третє місце за поширеністю серед психічних розладів підліткового та молодого віку після депресії та тривожних розладів, становлячи вагомий фактор ризику для психічного та фізичного здоров'я. Динаміка досліджень останніх десятиліть демонструє поступове розширення розуміння харчових порушень – від суто медичного підходу, зосередженого на фізіологічних симптомах та наслідках, до біопсихосоціальної моделі, яка розглядає ці розлади як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. Така еволюція наукових поглядів відображає фундаментальні зміни в концептуалізації психічного здоров'я загалом та призводить до більш нюансованого розуміння етіології, патогенезу та ефективних підходів до лікування розладів харчової поведінки [1, с. 52].

Класифікація розладів харчової поведінки зазнавала суттєвих змін протягом останніх десятиліть, віддзеркалюючи накопичення емпіричних даних та трансформацію концептуальних підходів. Згідно з п'ятим виданням Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), розлади харчової поведінки включають анорексію нервову, булімію нервову, розлад компульсивного переїдання, а також інші уточнені та не уточнені розлади харчової поведінки. Анорексія нервова характеризується навмисним обмеженням калорійності раціону, що призводить до вираженого зниження маси тіла, інтенсивним страхом набрати вагу, незважаючи на наявність недостатньої ваги, та викривленим сприйняттям форми або маси власного тіла. Відповідно до

актуальних діагностичних критеріїв, виділяють обмежувальний підтип анорексії, при якому втрата ваги досягається переважно через дієту, голодування та/або надмірні фізичні вправи, та очисний підтип, що супроводжується регулярним використанням очисних процедур, таких як самоіндуковане блювання або зловживання проносними засобами, сечогінними препаратами.

Булімія нервова визначається рекурентними епізодами переїдання, що характеризуються споживанням значно більшої кількості їжі, ніж більшість людей спожила б за подібних обставин, за аналогічний проміжок часу, а також відчуттям втрати контролю над прийомом їжі під час епізоду. Ці епізоди супроводжуються повторюваною компенсаторною поведінкою, спрямованою на запобігання збільшенню ваги (самоіндуковане блювання, зловживання проносними або сечогінними засобами, інтенсивні фізичні навантаження). Як і при анорексії, самооцінка таких пацієнтів надмірно залежить від форми та маси тіла. На відміну від анорексії, при булімії вага тіла зазвичай перебуває в межах норми або дещо перевищує її, що часто ускладнює ранню діагностику цього розладу. Диференціація анорексії та булімії за діагностичними критеріями залишається предметом дискусій, оскільки клінічна практика демонструє високий рівень крос-діагностичних переходів між цими розладами [2, с. 84].

Розлад компульсивного переїдання, який був офіційно включений до DSM-5 як окремий діагноз, характеризується рекурентними епізодами переїдання, подібними до тих, що спостерігаються при булімії, але без регулярної компенсаторної поведінки. Ці епізоди супроводжуються щонайменше трьома з наступних ознак: швидке поглинання їжі; їжа до відчуття дискомфортного переповнення; споживання великої кількості їжі за відсутності фізичного голоду; усамітнене харчування через сором щодо кількості спожитої їжі; відчуття відрази до себе, депресії або сильної провини після переїдання. Цей розлад часто супроводжується надмірною вагою або ожирінням, що створює додаткові соматичні ризики та ускладнює лікування через необхідність диференційованого підходу до нормалізації харчової поведінки та ваги тіла.

Межі традиційної класифікації розладів харчової поведінки розширюються з визнанням існування атипових форм цих розладів, що не відповідають повним критеріям основних діагностичних категорій, але можуть спричиняти значний психологічний дистрес та функціональні порушення. Значна частка клінічних випадків потрапляє до категорій "інші уточнені розлади харчової поведінки" та "неуточнені розлади харчової поведінки", що свідчить про спектральну природу цих розладів та обмеження категоріального діагностичного підходу. Орторексія, яка характеризується патологічною зосередженістю на "правильному" харчуванні, та дисморфічні розлади, зосереджені на м'язовій масі та формі тіла, хоч і не включені до офіційних класифікацій як окремі діагностичні категорії, привертають дедалі більшу увагу дослідників та клініцистів через їхню зростаючу поширеність та клінічну значущість [3, с. 167].

Симптоматика розладів харчової поведінки охоплює широкий спектр проявів – від поведінкових та психологічних до соматичних. Поведінкові прояви включають рестриктивні харчові практики, компульсивне або ритуалізоване харчування, уникнення споживання їжі в присутності інших, приховування харчових звичок, постійне зважування та вимірювання тіла, компульсивні фізичні вправи, а також різноманітні компенсаторні поведінки. Психологічні симптоми характеризуються спотвореним сприйняттям образу тіла, патологічним страхом набрати вагу, надмірною зосередженістю на думках про їжу, вагу та форму тіла, перфекціонізмом, дихотомічним мисленням, низькою самооцінкою, що надмірно залежить від зовнішності. Соматичні ускладнення, особливо при анорексії, можуть бути вкрай серйозними: порушення електролітного балансу, аритмії, гіпотензія, аменорея, остеопороз, гіпотермія, лануго, гастроінтестинальні проблеми. Дослідники зазначають, що смертність внаслідок анорексії перевищує смертність при інших психічних розладах, досягаючи 5-10% протягом десятирічного катамнезу, причому смерть може настати як через суїцид, так і внаслідок медичних ускладнень.

Особливістю симптоматики розладів харчової поведінки є її багатовимірність та комплексний характер взаємодії між різними доменами функціонування. Наприклад, когнітивні спотворення щодо форми та ваги тіла підтримують обмежувальну харчову поведінку, яка, своєю чергою, призводить до фізіологічних та неврологічних змін, що посилюють obsесивні думки про їжу та вагу. Таким чином формується порочне коло, в якому поведінкові, психологічні та фізіологічні фактори взаємно посилюють один одного, спричиняючи хронізацію розладу. Варто зазначити, що прояви розладів харчової поведінки можуть варіювати залежно від віку, статі, культурного середовища та супутньої психопатології, що підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до діагностики та лікування цих розладів [4, с. 231].

Етіологія розладів харчової поведінки є складною та багатофакторною, що зумовлює необхідність інтегративного підходу до її розуміння. Сучасні дослідження підтверджують значущість генетичних факторів у розвитку цих розладів. Дослідження близнюків демонструють, що конкордантність щодо анорексії нервової серед монозиготних близнюків складає 55-83%, порівняно з 0-11% серед дизиготних, що свідчить про суттєвий внесок генетичних чинників. Визначені певні генетичні локуси, асоційовані з підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки, зокрема, гени, пов'язані з системами серотоніну, дофаміну, нейротрофічного фактора мозку (BDNF), естрогенових рецепторів. Втім, генетичні фактори самі по собі не пояснюють виникнення розладів харчової поведінки і взаємодіють з факторами середовища та розвитку через епігенетичні механізми, які можуть активувати або пригнічувати експресію генів під впливом зовнішніх чинників.

Нейробіологічні дослідження виявляють структурні та функціональні зміни у мозку осіб з розладами харчової поведінки, зокрема в префронтальній корі, інсулі, мигдалеподібному тілі та прилеглому ядрі – структурах, залучених до регуляції апетиту, винагороди, когнітивного контролю та емоційної обробки. Сучасні нейровізуалізаційні дослідження демонструють, що деякі з цих змін можуть передувати розвитку клінічних симптомів, виступаючи потенційними

ендофенотипами розладів харчової поведінки. Водночас, певні нейробиологічні особливості, такі як гіперактивність префронтальної кори та знижена активність інсули, можуть бути наслідками голодування та нормалізуватися при відновленні ваги. Окрім структурних та функціональних особливостей мозку, важливу роль відіграють нейроендокринні механізми, зокрема, порушення в системах регуляції апетиту та насичення, включаючи грелін, лептин, холецистокінін та нейропептид Y [5, с. 109].

Психологічні теорії розладів харчової поведінки охоплюють широкий спектр підходів – від психодинамічних та когнітивно-поведінкових до системних та психосоціальних. Психодинамічні концепції розглядають розлади харчової поведінки як прояв глибинних конфліктів, пов'язаних з процесами сепарації-індивідуації, психосексуальним розвитком та об'єктними стосунками. Згідно з цими теоріями, симптоми анорексії та булімії відображають несвідомі конфлікти та дефіцити, які не можуть бути виражені безпосередньо через психологічні захисти та алекситимію. Когнітивно-поведінкові моделі зосереджуються на викривлених переконаннях щодо ваги, форми тіла та контролю над харчуванням, а також на механізмах, що підтримують патологічні харчові патерни. Згідно з моделлю Фейрберна, центральною психопатологією при розладах харчової поведінки є переоцінка ваги та форми тіла, яка проявляється через патологічні харчові практики, що, своєю чергою, стають самопідтримуваними через когнітивні, поведінкові та фізіологічні механізми.

Соціокультурні фактори посідають визначне місце в розумінні етіології розладів харчової поведінки, особливо з огляду на їх зростаючу поширеність в індустріалізованих суспільствах та культурах, що зазнають вестернізації. Тиск щодо відповідності нереалістичним стандартам худорлявості, об'єктивізація жіночого тіла в медіа, культура дієт і фітнесу – все це створює сприятливе середовище для розвитку порушень харчової поведінки у вразливих осіб. Культурна ідеалізація худорлявості інтерналізується і стає частиною самооцінки, особливо у представників груп підвищеного ризику. Водночас, крос-культурні дослідження демонструють, що специфічні прояви розладів харчової поведінки

можуть варіювати залежно від культурного контексту, підкреслюючи взаємодію між біологічною схильністю та соціокультурними впливами. Сімейні фактори, включаючи патерни взаємодії, комунікаційні стилі, ставлення до їжі та тіла в родині, також відіграють значущу роль у розвитку цих розладів, особливо в підлітковому віці, коли процеси формування ідентичності та сепарації від батьків набувають особливої інтенсивності [6, с. 195].

Сучасні інтегративні моделі розладів харчової поведінки об'єднують зазначені чинники у цілісне пояснення, що враховує складну взаємодію між різними рівнями – від генетичного до соціокультурного. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, генетичні та нейробіологічні схильності взаємодіють з індивідуальними психологічними особливостями (такими як перфекціонізм, низька самооцінка, труднощі емоційної регуляції), а також з сімейними та соціокультурними чинниками, створюючи унікальний профіль ризику для кожного індивіда. Ця взаємодія відбувається в контексті розвитку, причому підлітковий вік є періодом особливої вразливості через інтенсивні фізіологічні та психологічні зміни, що супроводжують пубертат. Транзакційна модель розвитку порушень харчової поведінки наголошує на двонаправленому характері взаємодій між особистістю та середовищем: індивідуальні схильності впливають на реакції середовища, які, своєю чергою, модифікують ці схильності. Наприклад, підліток з певними генетичними схильностями та перфекціоністськими рисами може обирати середовище, що підкріплює ці риси (балет, гімнастика, модельний бізнес), тим самим посилюючи вразливість до розвитку розладу харчової поведінки.

Розуміння тригерних механізмів, що провокують маніфестацію розладів харчової поведінки у схильних осіб, посідає важливе місце в сучасних дослідженнях. Серед найчастіших тригерів дослідники виділяють стресові життєві події, включаючи втрати, насильство, булінг, зміни життєвих обставин (переїзд, зміна школи), а також початок дієти, часто з естетичних або спортивних міркувань. Ці події можуть взаємодіяти з індивідуальною вразливістю та специфічними факторами середовища, "запускаючи" патологічний процес, який

потім підтримується через порочні кола позитивного зворотного зв'язку. Розуміння цих механізмів має критичне значення для розробки таргетованих профілактичних втручань, спрямованих на групи підвищеного ризику. Однак, слід зазначити, що складна та багатофакторна природа розладів харчової поведінки зумовлює різноманітність шляхів їх розвитку, що ускладнює розробку універсальних профілактичних та терапевтичних підходів [7, с. 243].

Розвиток наукових підходів до розуміння розладів харчової поведінки впродовж останніх десятиліть характеризується поступовим переходом від монокаузальних пояснень до інтегративних моделей, що охоплюють весь спектр чинників – від молекулярно-генетичних до макросоціальних. Ці моделі розглядають розлади харчової поведінки не як дискретні нозологічні категорії, а як динамічні патологічні процеси, що розвиваються у континуумі тяжкості та можуть змінювати свої прояви з часом. Таке концептуальне зрушення має вагомимі імплікації для діагностики та лікування цих розладів, акцентуючи необхідність гнучкого трансдіагностичного підходу, орієнтованого на конкретні механізми підтримання розладу в кожному індивідуальному випадку. Остеологія гуманізуючих тенденцій в концептуалізації розладів харчової поведінки також передбачає відхід від переважно медичної моделі до підходу, що підкреслює суб'єктивний досвід пацієнтів та залучає їх як активних партнерів у процесі лікування.

Трансдіагностичний підхід до розуміння розладів харчової поведінки, що набуває дедалі більшої популярності, зосереджується на ідентифікації спільних психологічних, поведінкових та нейробіологічних механізмів, що лежать в основі різних форм харчової психопатології, таких як перфекціонізм, ригідність когнітивних процесів, порушення емоційної регуляції, румінативне мислення та нетолерантність до негативних емоційних станів. Цей підхід видається особливо перспективним, враховуючи високий рівень коморбідності та "міграції" між різними діагностичними категоріями розладів харчової поведінки, а також частий перехід від субклінічних форм до повноцінних розладів. Фокусування на конкретних транс-діагностичних механізмах, що підтримують патологічні

харчові патерни, дозволяє розробляти більш таргетовані та персоналізовані терапевтичні втручання, адаптовані до індивідуального профілю пацієнта. Перспективним напрямком досліджень у цьому контексті є ідентифікація специфічних ендотипів – вимірюваних біологічних, когнітивних або поведінкових маркерів, що відображають генетичну схильність до розвитку розладу [8, с. 317].

Епідеміологічні дослідження розладів харчової поведінки демонструють зростання їх поширеності в глобальному масштабі, особливо серед підлітків та молодих людей. Згідно з актуальними даними, преваленс анорексії нервової серед молодих жінок складає 0,5-2%, булімії нервової – 1-3%, розладу компульсивного переїдання – 1-4%. Субклінічні форми харчових порушень зустрічаються значно частіше, сягаючи 10-20% серед дівчат-підлітків у деяких популяціях. Слід зазначити, що традиційна демографічна характеристика розладів харчової поведінки як "жіночої" патології поступово переглядається: останні дослідження свідчать про зростання поширеності цих розладів серед чоловіків, хоча їх клінічна презентація може відрізнятися, фокусуючись більше на м'язовій масі та атлетичності, ніж на худорлявості. Також спостерігається розширення вікового діапазону пацієнтів із розладами харчової поведінки – від препубертатних дітей до осіб середнього та пізнього віку, що вимагає адаптації діагностичних та терапевтичних підходів до специфічних потреб різних вікових груп. Просторово-часові тренди епідеміології розладів харчової поведінки підкреслюють роль соціокультурних факторів, демонструючи зростання їх поширеності в країнах, що зазнають вестернізації та активного впливу глобалізованих медіа.

1.2 Особливості розвитку харчової поведінки в підлітковому віці: вікові та психологічні аспекти

Підлітковий вік становить унікальний та надзвичайно значущий період онтогенезу, що характеризується інтенсивними фізіологічними, психологічними та соціальними трансформаціями, які безпосередньо впливають на формування

харчової поведінки. Згідно з періодизацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, підлітковий вік охоплює період від 10 до 19 років та поділяється на ранній (10-13 років), середній (14-16 років) та пізній (17-19 років) підлітковий вік, причому кожен з цих етапів має свої специфічні характеристики розвитку. Пубертатний період, що розпочинається в середньому у дівчат в 10-11 років, а у хлопців – у 12-13 років, супроводжується стрімкими змінами гормонального фону, зокрема підвищенням рівнів статевих гормонів, а також глибокими соматичними змінами: інтенсивним зростанням, збільшенням маси тіла, розвитком вторинних статевих ознак, перебудовою пропорцій тіла. Ці фізіологічні зміни створюють підґрунтя для формування тілесної ідентичності підлітка – складної психологічної структури, що включає сприйняття, оцінку, переживання та репрезентацію власного тіла. Дослідники відзначають, що саме в період пубертату формується особливе ставлення до зовнішності, коли тіло стає об'єктом пильної уваги, самодослідження та часто – самокритики.

Харчова поведінка, що визначається як сукупність форм поведінки людини, які включають режим, темп споживання їжі, перевагу певних продуктів, мотивацію до вживання їжі та дії, орієнтовані на образ власного тіла, зазнає суттєвих змін протягом підліткового віку. Дослідження Томпсон та Сміта демонструють, що трансформація харчової поведінки в підлітковому віці відбувається під впливом складного комплексу факторів, які умовно можна поділити на біологічні (гормональні зміни, нейробиологічне дозрівання систем регуляції апетиту, генетично-обумовлені смакові уподобання), психологічні (формування ідентичності, нестабільність самооцінки, прагнення до автономії) та соціокультурні (вплив сім'ї, однолітків, медіа). Характерно, що ці фактори не діють ізольовано, а утворюють складну систему взаємодій, специфічну для кожного підлітка та його середовища розвитку. Дослідники виділяють кілька нормативних етапів розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, що характеризуються поступовим переходом від зовнішньої регуляції (батьками, шкільним режимом) до саморегуляції, від харчування як суто фізіологічного

процесу до харчування як соціального, символічного та емоційно-регулюючого феномену.

Енергетичні потреби підлітків у період інтенсивного росту та розвитку значно зростають, причому для хлопців це зростання більш виражене порівняно з дівчатами. Згідно з дослідженнями Вайнштейна та колег, підліткам чоловічої статі в період піку росту (приблизно 14-15 років) необхідно близько 3400-4000 кілокалорій щоденно для забезпечення адекватного розвитку. Водночас, підліткам жіночої статі потрібно близько 2400-2800 кілокалорій на добу для оптимального функціонування. Ці підвищені енергетичні потреби зумовлюють зміни в харчовій поведінці: підлітки часто відчують посилення голоду, збільшення апетиту, зростання частоти прийомів їжі. Проте, дослідження показують, що фактичний раціон значної частки підлітків не відповідає їхнім енергетичним та нутритивним потребам: спостерігається дефіцит мікроелементів (зокрема заліза, кальцію, цинку), нестача вітамінів (особливо групи B, D, A), недостатнє споживання білка при надмірному споживанні простих вуглеводів та насичених жирів [9, с. 127].

Гормональні зміни, характерні для пубертатного періоду, здійснюють безпосередній вплив на регуляцію апетиту та процеси метаболізму. Відбувається реорганізація нейроендокринних механізмів, що керують процесами харчування, зокрема гіпоталамічних центрів голоду та насичення, а також периферичних сигналів, таких як грелін, лептин, інсулін, холецистокінін. Статеві гормони (естроген, тестостерон) модулюють дію цих регуляторів апетиту, спричиняючи статеві відмінності в харчовій поведінці. Наприклад, ефект естрогенів включає зниження споживання їжі та зменшення харчової мотивації, тоді як тестостерон може підвищувати апетит та стимулювати ріст м'язової маси. Ці гормональні впливи пояснюють, зокрема, чому дівчата-підлітки часто демонструють більшу занепокоєність щодо контролю ваги та обмеження споживання їжі, тоді як хлопці більше фокусуються на нарощуванні м'язової маси, що часто супроводжується збільшенням споживання білкової їжі та загальної калорійності раціону.

Психологічна сфера підлітка зазнає фундаментальних трансформацій, які значною мірою визначають специфіку формування харчової поведінки у цьому віці. Центральними завданнями підліткового розвитку є формування ідентичності, автономізація від батьків, встановлення нових форм взаємин з однолітками та дорослими, інтеграція статевої ідентичності та адаптація до змін тіла. Ці процеси супроводжуються інтенсивними емоційними переживаннями, нестабільністю самооцінки, підвищеною чутливістю до соціальної оцінки. Харчова поведінка в цьому контексті може набувати символічного значення, стаючи засобом самовираження, утвердження автономії, регуляції емоційних станів, демонстрації належності до певної групи. Дослідження Кейзер та Робертсон виявили, що підлітки часто використовують харчові практики (вегетаріанство, веганство, різноманітні форми обмежувального харчування) як спосіб вираження своїх цінностей, переконань та ідентичності. Водночас, ці ж самі практики можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком розвитку порушень харчової поведінки, особливо якщо вони набувають ригідного характеру та поєднуються з перфекціонізмом, низькою самооцінкою та підвищеною тривожністю [10, с. 243].

Особливості когнітивного розвитку підлітків також здійснюють значний вплив на формування харчової поведінки. Перехід до формально-операціонального мислення, за Піаже, дозволяє підліткам мислити абстрактно, передбачати наслідки своїх дій, оперувати гіпотетичними ситуаціями. Водночас, для підліткового мислення характерні певні особливості: егоцентризм, що проявляється у формі "уявної аудиторії" (переконання, що оточуючі постійно оцінюють їхню зовнішність та поведінку) та "персонального міфу" (відчуття унікальності власних переживань та невразливості); чорно-біле мислення; схильність до узагальнень на основі одиничних випадків. Ці когнітивні особливості можуть сприяти розвитку дисфункціональних переконань щодо їжі, ваги та форми тіла. Наприклад, підліток може сформувати абсолютистське переконання, що "всі вуглеводи шкідливі" або "худорлявість – єдиний шлях до соціального визнання". Когнітивна незрілість у поєднанні з підвищеною

емоційною реактивністю може призводити до імпульсивних рішень щодо харчування, експериментування з радикальними дієтами, нездатності передбачити довготермінові наслідки обмежувальної харчової поведінки.

Взаємозв'язок між розвитком образу тіла та харчовою поведінкою набуває особливого значення в підлітковому віці. Образ тіла, як складний психологічний конструкт, включає перцептивний компонент (сприйняття розміру та форми тіла), когнітивний компонент (думки та переконання щодо тіла), афективний компонент (почуття, пов'язані з тілом) та поведінковий компонент (дії, спрямовані на зміну або приховування тіла). У підлітковому віці всі ці компоненти зазнають суттєвих трансформацій, причому часто в негативний бік: дослідження демонструють, що близько 60-80% дівчат-підлітків та 30-50% хлопців виражають незадоволення певними аспектами своєї зовнішності. Ця незадоволеність часто призводить до спроб модифікації тіла через зміну харчової поведінки – від помірних (здорове харчування, збалансована фізична активність) до екстремальних (жорсткі дієти, голодування, очисні процедури, надмірні фізичні навантаження). У гендерному аспекті виявляються певні відмінності: дівчата частіше прагнуть до худорлявості та вдаються до обмежувальних харчових практик, тоді як хлопці більше занепокоєні м'язовим розвитком, що може проявлятися у збільшенні споживання білкової їжі та використанні харчових добавок [11, с. 176].

Роль батьківської сім'ї у формуванні харчової поведінки підлітків залишається значущою, хоча і трансформується порівняно з дитинством. Батьківські патерни харчування, ставлення до їжі, коментарі щодо зовнішності та ваги, моделювання харчової поведінки – всі ці фактори впливають на розвиток ставлення підлітка до власного тіла та харчування. Дослідження демонструють, що надмірний контроль над харчуванням дитини, обмежувальні практики, заохочення дієт, негативні коментарі щодо ваги підвищують ризик розвитку порушень харчової поведінки в підлітковому віці. Натомість, сімейні моделі інтуїтивного харчування, регулярні спільні прийоми їжі, позитивне обговорення харчування з фокусом на поживну цінність та смакові якості, а не на калорійність

і контроль ваги, сприяють формуванню здорового ставлення до їжі. Водночас, підлітковий вік характеризується прагненням до автономії від батьків, що проявляється, зокрема, у харчовій сфері: підлітки починають самостійно вирішувати, що, коли і скільки їсти, експериментують з новими продуктами та харчовими режимами, іноді демонстративно відмовляються від традиційної для сім'ї їжі.

Вплив однолітків на харчову поведінку стає особливо вираженим у підлітковому віці, коли референтна група змінюється з сім'ї на групу однолітків. Механізми цього впливу різноманітні: пряме моделювання (споживання певних продуктів у присутності інших), соціальне підкріплення (схвалення або несхвалення харчових виборів), соціальне порівняння (оцінка власної харчової поведінки та тіла у порівнянні з іншими), групові норми та ритуали, пов'язані з їжею. Дослідження показують, що підлітки, особливо дівчата, часто дискутують про дієти, вагу, калорійність продуктів; діляться стратегіями схуднення; разом відмовляються від певних продуктів; спільно дотримуються обмежувальних режимів харчування. Такі обговорення та практики можуть нормалізувати дезадаптивну харчову поведінку та посилювати занепокоєння щодо ваги та зовнішності. Крім того, булінг, пов'язаний із зовнішністю та вагою, досить поширений серед підлітків та може стати тригером розвитку порушень харчової поведінки та негативного образу тіла [12, с. 320].

Медіавплив становить потужний фактор формування харчової поведінки підлітків у сучасному інформаційному суспільстві. Традиційні та соціальні медіа транслюють певні стандарти зовнішності, пропагують дієти, фітнес-режими, "детокси", поширюють міфи щодо харчування. Згідно з метааналізом Фергюсона, експозиція до ідеалізованих медіа-образів, особливо тих, що підкреслюють худорлявість як еталон краси, корелює з підвищеним рівнем незадоволеності тілом, симптомами порушень харчової поведінки та зниженням самооцінки серед підлітків. Особливу роль у цьому контексті відіграють соціальні мережі, де підлітки не лише пасивно споживають контент, але й активно порівнюють себе з однолітками та знаменитостями, отримують

зворотний зв'язок щодо власної зовнішності через "лайки" та коментарі, стикаються з таргетованою рекламою, пов'язаною з дієтами та зміною тіла. Хештеги на кшталт #thinspiration, #fitspiration, #bodygoals поширюють часто нереалістичні та небезпечні ідеали тіла, заохочуючи екстремальні практики контролю ваги. Дослідники відзначають, що підлітки з високим рівнем інтерналізації соціокультурних стандартів краси та схильністю до соціальних порівнянь особливо вразливі до негативного впливу медіа на образ тіла та харчову поведінку.

Емоційна регуляція за допомогою їжі стає більш вираженою в підлітковому віці у зв'язку з інтенсифікацією емоційних переживань та обмеженим репертуаром адаптивних копінг-стратегій. Підлітки можуть використовувати їжу для впоратися з негативними емоціями (стрес, тривога, смуток, самотність, нудьга), що в деяких випадках призводить до емоційного переїдання. З іншого боку, обмежувальні харчові практики, такі як пропуск прийомів їжі, суворі дієти або голодування, можуть виступати способом контролю над тривогою, гнівом або почуттям безпорадності, створюючи ілюзію структурованості та передбачуваності. Дослідження Мерфі та співавторів виявило, що підлітки з менш розвиненими навичками емоційної регуляції (такими як усвідомлення та диференціація емоцій, толерування дистресу, когнітивне переоцінювання) мають вищий ризик розвитку проблемної харчової поведінки. Водночас, формування адаптивних стратегій емоційної регуляції може виступати захисним фактором проти розвитку харчових порушень, навіть за наявності інших факторів ризику [13, с. 157].

Розвиток харчової поведінки в підлітковому віці характеризується підвищеною чутливістю до соціокультурних впливів, що створює як можливості для формування здорових харчових звичок, так і ризики розвитку дезадаптивних харчових патернів. Дослідження демонструють, що виховання критичного ставлення до медіа-повідомлень щодо їжі, тіла та здоров'я, розвиток медіаграмотності, формування навичок протистояння соціальному тиску може зменшити негативний вплив соціокультурних факторів на харчову поведінку.

Освітні програми, спрямовані на підвищення обізнаності щодо здорового харчування, механізмів регуляції апетиту, впливу дієт на здоров'я, можуть сприяти формуванню інформованого ставлення до харчування. Втім, ефективність таких програм значно зростає, якщо вони доповнюються інтервенціями на рівні сім'ї, школи та громади, створюючи середовище, що підтримує здорові харчові практики та позитивне ставлення до тіла.

Особливо вразливими до розвитку порушень харчової поведінки в підлітковому віці є певні групи ризику: підлітки з надмірною вагою або ожирінням, які часто стикаються з булінгом та дискримінацією; підлітки, залучені до видів діяльності, що акцентують увагу на зовнішності або вазі (балет, гімнастика, фігурне катання, моделінг, певні види спорту з ваговими категоріями); підлітки з певними особистісними рисами (перфекціонізм, негативний афект, низька самооцінка); підлітки з обмеженими навичками емоційної регуляції та копінгу; підлітки, які зазнали травматичного досвіду (насильство, занедбаність, булінг, тілесна об'єктивізація). Для цих груп особливо важливими є таргетовані профілактичні втручання, що враховують специфічні фактори ризику та захисні фактори, а також раннє виявлення субклінічних проявів харчових порушень.

Особливості вікової динаміки харчової поведінки в межах самого підліткового періоду залишаються предметом досліджень. Деякі науковці виявляють нелінійний характер змін харчових патернів: період раннього підліткового віку часто характеризується погіршенням якості харчування (збільшення споживання фаст-фуду, солодких напоїв, снєків, нерегулярне харчування), тоді як у пізньому підлітковому віці може спостерігатися поступове повернення до більш збалансованого харчування або, навпаки, закріплення дезадаптивних патернів. Гендерні відмінності у віковій динаміці харчової поведінки також заслуговують на увагу: дівчата-підлітки демонструють більш ранній початок занепокоєння вагою та дієтичної поведінки (часто з початком пубертату, близько 11-12 років), тоді як у хлопців подібні прояви частіше спостерігаються у середньому та пізньому підлітковому віці. Ці відмінності

пояснюються як біологічними факторами (різна часова динаміка статевого дозрівання), так і соціокультурними (більший тиск щодо зовнішності на дівчат з раннього віку) [14, с. 211].

Сучасні дослідження підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до розуміння розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, що враховує унікальну констеляцію біологічних, психологічних та соціальних факторів для кожного підлітка. Психологічні моделі, що пояснюють харчову поведінку підлітків, еволюціонують від лінійних причинно-наслідкових пояснень до складних транзакційних моделей, що підкреслюють взаємодію між індивідуальними характеристиками підлітка та його середовищем. Зокрема, модель біопсихосоціального розвитку харчової поведінки Штайнгаузена описує, як генетичні схильності, нейробиологічні особливості, темперамент, риси особистості, когнітивні стилі взаємодіють з сімейним кліматом, міжособистісними стосунками, культурними впливами, стресовими подіями, створюючи унікальний профіль ризику та захисту для кожного підлітка.

Методологічно дослідження розвитку харчової поведінки підлітків дедалі більше спираються на лонгітюдні дизайни, що дозволяють відстежувати індивідуальні траєкторії розвитку та зміни харчових патернів з часом. Такі дослідження надають можливість не лише виявити фактори ризику, але й ідентифікувати критичні точки втручання, коли профілактичні та терапевтичні заходи можуть бути найбільш ефективними. Також набувають поширення транзакційні моделі дослідження, що розглядають підлітка як активного агента у формуванні власної харчової поведінки, а не як пасивного реципієнта впливів середовища. Ці моделі підкреслюють двонаправлений характер взаємодій: індивідуальні характеристики підлітка впливають на те, як він/вона сприймає та інтерпретує інформацію про харчування та тіло, які середовища обирає, які відповіді отримує від оточення. Своєю чергою, ці зворотні зв'язки від середовища модифікують індивідуальні схильності, формуючи специфічні патерни взаємодії підлітка з їжею та власним тілом [15, с. 294].

Узагальнюючи наукові підходи до розуміння особливостей розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, можна констатувати, що цей процес характеризується складною взаємодією біологічних (статеве дозрівання, гормональні зміни, нейробиологічне дозрівання), психологічних (формування ідентичності, образу тіла, стратегій емоційної регуляції) та соціокультурних (вплив сім'ї, однолітків, медіа) факторів. Підлітковий вік є періодом підвищеної вразливості до розвитку харчових порушень, оскільки поєднує інтенсивні фізіологічні зміни з психологічною нестабільністю та підвищеною чутливістю до соціальних впливів. Водночас, це період значних можливостей для формування здорових харчових звичок та позитивного ставлення до їжі та тіла, які можуть зберігатися протягом всього подальшого життя. Розробка ефективних профілактичних та терапевтичних стратегій потребує глибокого розуміння нормативних та патологічних траєкторій розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, а також факторів, що сприяють переходу від адаптивних до дезадаптивних харчових патернів.

1.3 Вплив травматичного досвіду та стресових факторів на формування розладів харчової поведінки у підлітків

Взаємозв'язок між стресом, травматичним досвідом та розвитком порушень харчової поведінки у підлітків становить комплексну проблематику сучасної клінічної психології та психіатрії. Численні епідеміологічні, клінічні та експериментальні дослідження демонструють, що підлітки, які зазнали різноманітних форм травматичного досвіду, мають значно підвищений ризик розвитку розладів харчової поведінки порівняно з їхніми однолітками без такого досвіду. Відповідно до мета-аналізу Молендейка та співавторів, який охоплював 28 досліджень із загальною вибіркою понад 8000 осіб, наявність травматичного досвіду в дитинстві або підлітковому віці підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки в середньому в 3,2 рази. Характерно, що цей зв'язок залишається статистично значущим навіть після контролю таких змінних, як соціально-економічний статус, етнічна приналежність, сімейний анамнез

психічних розладів, що свідчить про його незалежну етіологічну роль. Травматичний досвід у цьому контексті визначається як події, що загрожують життю, фізичній або психологічній цілісності індивіда та викликають інтенсивну емоційну реакцію страху, безпорадності або жаху, перевищуючи звичайні адаптаційні можливості людини.

Типологія травматичного досвіду, релевантного для формування розладів харчової поведінки, охоплює широкий спектр подій – від гострих, одиничних травм (наприклад, природні катастрофи, аварії, напади, сексуальне насильство) до хронічних, повторюваних травматичних ситуацій (фізичне, сексуальне або емоційне насильство, знущання, булінг) та комплексних травм, що включають множинні, тривалі, повторювані травматичні події, часто міжособистісного характеру, починаючи з раннього дитинства. Дослідження встановлюють певну специфічність у зв'язках між типами травматичного досвіду та формами розладів харчової поведінки. Наприклад, Бремер та колеги виявили, що сексуальне насильство більш тісно пов'язане з розвитком булімічних симптомів, тоді як фізичне насильство та емоційне знущання частіше корелює з рестриктивними формами порушень харчової поведінки. Емпіричний доробок Карсона та Чендлера продемонстрував, що комплексна дитяча травма, яка охоплює численні форми насильства, нехтування та дисфункціональних сімейних патернів, асоціюється з більш тяжкими, резистентними до лікування формами розладів харчової поведінки з раннім початком.

Особливо значущим для розуміння взаємозв'язку між травматичним досвідом та порушеннями харчової поведінки є концепт комплексної травми або комплексного посттравматичного стресового розладу. Цей термін описує множинні, хронічні, повторювані травматичні події міжособистісного характеру, часто в контексті близьких відносин, від яких жертва не може фізично втекти через вік, залежність, примус або інші обмеження. Комплексна травма призводить до порушень у п'яти основних доменах функціонування: регуляція афекту, свідомість та увага, самосприйняття, міжособистісні стосунки та система значень. Згідно з дослідженнями, саме комплексна травма, на відміну від

одиночних травматичних подій, найбільш тісно пов'язана з ризиком розвитку розладів харчової поведінки у підлітків, причому цей зв'язок частково опосередковується порушеннями в регуляції афекту, негативним самосприйняттям та соматичною дисоціацією [16, с. 149].

Механізми впливу травматичного досвіду на розвиток розладів харчової поведінки багатогранні та виходять за межі простих лінійних зв'язків. Дослідники виділяють кілька ключових шляхів, через які травма може призводити до порушень харчової поведінки. Перший механізм пов'язаний із порушеннями регуляції афекту. Травматичний досвід, особливо в ранньому віці, може порушувати розвиток адаптивних навичок емоційної регуляції, залишаючи індивіда з обмеженим репертуаром стратегій подолання емоційного дистресу. В цьому контексті дезадаптивна харчова поведінка (обмеження їжі, переїдання, очищення) може виступати як спроба впоратися з нестерпними емоційними станами, пов'язаними з травмою – тривогою, соромом, гнівом, емоційним оніміння. Другий шлях включає порушення у сприйнятті тіла та соматичної дисоціації. Травматичний досвід, особливо сексуального характеру, може призводити до глибокого відчуження від власного тіла, його сприйняття як "брудного", "поганого" або "не свого". Спроби контролювати, змінювати або "очищати" тіло через маніпуляції з харчуванням можуть виступати способом впоратися з цими переживаннями.

Третій механізм стосується перехоплення контролю та відновлення почуття власної ефективності. Травматичний досвід часто супроводжується глибоким відчуттям безпорадності та втрати контролю, що залишає емоційний слід навіть після завершення травматичної ситуації. Жорсткий контроль над харчуванням та тілом може надавати ілюзію відновлення контролю над життям, створюючи сферу, де індивід відчувається компетентним та ефективним. Четвертий шлях включає порушення в основних дотичних самостях та ідентичності. Травматичний досвід може фрагментувати почуття внутрішньої цілісності, залишаючи дифузне, невизначене відчуття себе. Фокусування на вазі, формі тіла та харчуванні може слугувати способом визначення ідентичності,

надаючи конкретні, вимірювані критерії самооцінки та самовизначення. Нарешті, п'ятий механізм пов'язаний з порушеннями міжособистісних стосунків, зокрема, з проблемами прив'язаності, труднощами встановлення здорових меж, недовірою до інших, що часто супроводжують травматичний досвід. У цьому контексті, розлади харчової поведінки можуть функціонувати як спосіб регулювання близькості та дистанції у стосунках через зміну тіла [17, с. 264].

Нейробиологічні механізми, що лежать в основі зв'язку між травматичним досвідом та розладами харчової поведінки, привертають дедалі більшу увагу дослідників. Травматичний стрес викликає каскад нейроендокринних, нейрохімічних та нейроанатомічних змін, особливо в системах, відповідальних за регуляцію стресу, обробку емоцій, формування пам'яті та винагороди. Гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) осі, центральної ланки реакції на стрес, призводить до стійкого підвищення рівня кортизолу, що, своєю чергою, впливає на регуляцію апетиту, метаболізм та харчову поведінку. Дослідження Керролла та співавторів продемонстрували, що підлітки з історією хронічної травми демонструють значні порушення в архітектурі кортизолу (flattened cortisol diurnal rhythm), які корелюють з тяжкістю симптомів розладів харчової поведінки. Окрім того, травматичний досвід пов'язаний із змінами в функціонуванні мигдалеподібного тіла, передньої цингулярної кори та префронтальної кори – областей мозку, залучених до регуляції емоцій, когнітивного контролю та прийняття рішень, що також відіграють ключову роль у нормальній та патологічній харчовій поведінці.

Особливе значення має також вплив травматичного досвіду на систему винагороди мозку, зокрема на дофамінергічні та серотонінергічні системи, які відіграють центральну роль у регуляції настрою, апетиту, відчуття насичення та прагнення до їжі. Дослідження з використанням нейровізуалізації виявляють відмінності в активації нейронних контурів винагороди у підлітків з травматичним досвідом, які можуть предиспонувати їх до розвитку адиктивної поведінки, в тому числі пов'язаної з їжею. Трансляційні дослідження на тваринних моделях надають додаткові докази того, що ранній життєвий стрес

модифікує розвиток та функціонування нейронних систем, які регулюють стрес, метаболізм та харчову поведінку, створюючи біологічну схильність до порушень у цих сферах пізніше в житті.

Концепт "травматичного тілесного досвіду" (traumatic embodiment) особливо релевантний для розуміння зв'язку між травмою та розладами харчової поведінки у підлітків. Цей термін описує феномен, коли травматичний досвід "записується" в тілі, впливаючи на сприйняття тілесних сигналів, відчуття меж тіла, почуття власності щодо тіла та загальне тілесне самовідчуття. Підлітки з травматичним досвідом, особливо пов'язаним з фізичним або сексуальним насильством, часто демонструють порушення інтероцепції (сприйняття внутрішніх тілесних сигналів), соматичну дисоціацію (відчуження від власного тіла), тілесну паніку (extreme body alarm) та інші форми дисрегуляції, пов'язані з тілом. Ці порушення створюють підґрунтя для розвитку патологічних харчових патернів як спроби впоратися з травматичним тілесним досвідом через контроль, трансформацію або "очищення" тіла [18, с. 178].

Вплив стресу, що не досягає рівня травми, також відіграє значну роль у розвитку розладів харчової поведінки у підлітків. Стрес визначається як стан фізичного, психологічного або соціального напруження, що виникає внаслідок реакції індивіда на певні події чи обставини, які сприймаються ним як загрозові або такі, що перевищують його адаптаційні ресурси. На відміну від травми, стрес не обов'язково порушує почуття базової безпеки та цілісності, але може виснажувати адаптаційні ресурси, особливо при хронічному перебігу. Згідно з транзакційною моделлю стресу Лазаруса та Фолкмана, не сама подія визначає стресовий вплив, а суб'єктивна оцінка індивідом своєї здатності впоратися з нею. Для підлітків такими стресовими чинниками можуть бути академічні вимоги, конфлікти з батьками або однолітками, зміна школи чи місця проживання, розлучення батьків, фінансові труднощі в сім'ї, конкуренція за соціальний статус тощо.

Лонгітюдні дослідження демонструють, що хронічний стрес, особливо у підлітковому віці, коли захисні психологічні механізми та навички копінгу ще не

повністю сформовані, може предиспонувати до розвитку розладів харчової поведінки. Наприклад, дослідження Стіса та колег показало, що підлітки, які переживали високий рівень академічного стресу, демонстрували значно вищі показники обмежувальної харчової поведінки та незадоволеності тілом через 6 місяців спостереження, навіть після контролю базових рівнів цих змінних. Механізми цього впливу включають як психологічні (наприклад, харчування як спосіб емоційної регуляції), так і фізіологічні (підвищення рівня кортизолу, який впливає на апетит та метаболізм) шляхи. Дослідження також вказують на існування певних критичних періодів, коли вплив стресу особливо значущий для формування харчової поведінки, зокрема, ранній підлітковий вік, коли відбувається статеве дозрівання та початок становлення тілесної ідентичності.

Значний інтерес представляє концепція "повсякденного стресу" (daily hassles) та мікростресорів, яка описує накопичувальний ефект незначних, але постійних стресових ситуацій. Такі повсякденні стресори, як конфлікти з однолітками, тиск щодо академічної успішності, занепокоєння зовнішністю, хоч і не досягають рівня травми, але при хронічному впливі можуть значно виснажувати психологічні ресурси підлітка, підвищуючи вразливість до розвитку дезадаптивних копінг-стратегій, включаючи патологічні харчові патерни. Дослідження Карлсона та Магнуссона виявило, що для дівчат-підлітків саме такі повсякденні стресори, а не великі життєві події, найбільш тісно пов'язані з розвитком симптомів порушень харчової поведінки. Ці результати узгоджуються з теорією алостатичного навантаження, яка постулює, що хронічний або повторюваний стрес призводить до накопичувального "зносу" фізіологічних систем, включаючи ті, що відповідають за регуляцію апетиту, метаболізму та харчової поведінки [19, с. 205].

Дослідження специфічних стресових факторів, пов'язаних з формуванням розладів харчової поведінки у підлітків, виявляють певні категорії стресорів, що становлять особливий ризик. Стресори, пов'язані із зовнішністю та тілом (наприклад, коментарі щодо ваги або форми тіла, порівняння з іншими, висміювання фізичних особливостей), чинять прямий вплив на тілесну

самооцінку та харчову поведінку. Згідно з дослідженням Томпсона та колег, підлітки, які зазнавали частого дражніння щодо ваги та фігури, демонстрували в 1,9 рази вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки протягом наступного року, порівняно з тими, хто не зазнавав такого впливу. Булінг, особливо пов'язаний із зовнішністю, також становить значний фактор ризику: підлітки, які стають жертвами булінгу, демонструють вищі показники незадоволеності тілом та дезадаптивних харчових патернів, причому цей зв'язок зберігається і в лонгітюдних дослідженнях, що дозволяє говорити про причинно-наслідковий зв'язок.

Міжособистісні стресори, пов'язані з отриманням або втратою прив'язаності, також посідають важливе місце в етіології розладів харчової поведінки. Згідно з інтерперсональною теорією Рігера, розлади харчової поведінки можна розглядати як стратегії подолання проблем у міжособистісних стосунках, особливо тих, що загрожують прив'язаності та соціальній інтеграції. Емпіричні дослідження підтверджують, що конфлікти з батьками або однолітками, розрив романтичних стосунків, соціальне відторгнення часто передують загостренню симптомів розладів харчової поведінки у підлітків. Ці стресори особливо значущі в підлітковому віці, коли відбувається переорієнтація прив'язаності з батьків на однолітків, а романтичні та сексуальні стосунки набувають нового значення.

Академічні та пов'язані з досягненнями стресори також можуть відігравати роль у розвитку порушень харчової поведінки, особливо для підлітків з перфекціоністськими рисами та високими стандартами продуктивності. Тиск щодо високих академічних результатів, конкуренція за вступ до престижних навчальних закладів, перевантаження шкільною та позашкільною діяльністю – все це може створювати хронічний стрес, з яким підліток намагається впоратися через контроль над тілом та харчуванням. Дослідження Пауелла та співавторів виявило, що школи з високими академічними вимогами та конкурентною атмосферою демонструють вищу поширеність симптомів розладів харчової

поведінки серед учнів порівняно з школами з менш напруженою академічною атмосферою [20, с. 317].

Соціокультурні стресори, зокрема тиск стандартів краси та ідеалізація худорлявості, опосередковані через медіа та соціальне порівняння, становлять значний фактор ризику для формування порушень харчової поведінки у підліткової популяції. Соціокультурна теорія розладів харчової поведінки постулює, що інтерналізація нереалістичних стандартів тіла призводить до незадоволеності тілом, яка, своєю чергою, предиспонує до розвитку дезадаптивних харчових патернів. Для підлітків цей вплив особливо значущий через характерні для цього віку процеси формування ідентичності, підвищену чутливість до соціальної оцінки та порівняння, а також нестабільність самооцінки. Дослідження демонструють, що підлітки, які проводять більше часу в соціальних мережах, особливо тих, що фокусуються на зовнішності, демонструють вищі показники незадоволеності тілом та дезадаптивної харчової поведінки. Цей зв'язок опосередковується процесами соціального порівняння, інтерналізації стандартів краси, а також об'єктивізацією тіла – тенденцією сприймати власне тіло з перспективи зовнішнього спостерігача, як об'єкт для оцінки.

Вплив стресу на харчову поведінку має і генетичний, і епігенетичний компоненти. Дослідження свідчать, що індивідуальна реакція на стрес, включаючи його вплив на харчові уподобання та поведінку, частково визначається генетичними факторами. Зокрема, поліморфізми в генах, пов'язаних з регуляцією стресу (наприклад, ген рецептора кортизолу NR3C1), нейротрансмітерів (наприклад, гени серотонінового транспортера 5-HTT) та регуляторів апетиту (наприклад, ген рецептора лептину LEPR), можуть модифікувати вплив стресу на харчову поведінку. Водночас, епігенетичні механізми, такі як метилювання ДНК, модифікація гістонів та експресія некодуючих РНК, які модулюються стресом та досвідом, можуть змінювати експресію генів без зміни самої ДНК, створюючи молекулярний "слід" досвіду, що впливає на фізіологічні та поведінкові реакції, включаючи харчову поведінку.

Особливої уваги заслуговує специфіка впливу стресу та травми на харчову поведінку в контексті підліткового віку. Цей період характеризується підвищеною вразливістю до стресових впливів через гормональні зміни, нейрональні трансформації (особливо в лімбічній системі та префронтальній корі), інтенсивні психосоціальні зміни, нестабільність самооцінки та формування ідентичності. Патерни харчової поведінки, що формуються в підлітковому віці, часто зберігаються і в дорослому житті, створюючи основу для тривалих порушень. Крім того, саме в підлітковому віці формуються ключові нейронні схеми, які регулюють реакцію на стрес, обробку винагороди та потягу, когнітивний контроль – всі ці системи залучені до регуляції харчової поведінки. Дослідження нейропластичності демонструють, що ці системи особливо чутливі до впливу стресу та травми в підлітковому віці, що може зафіксувати певні патологічні патерни на нейробіологічному рівні [21, с. 184].

Трансдіагностичний підхід до розуміння впливу стресу та травми на харчову поведінку підлітків набуває дедалі більшої популярності. Цей підхід фокусується на виявленні загальних трансдіагностичних процесів, що лежать в основі різних форм психопатології, включаючи розлади харчової поведінки. Такими процесами можуть бути порушення регуляції афекту, інтолерантність до невизначеності, перфекціонізм, надмірна узагальненість автобіографічної пам'яті, румінації, прагнення до уникнення досвіду. Стрес та травма можуть порушувати ці базові процеси, створюючи вразливість до розвитку різноманітних розладів, в тому числі пов'язаних з харчуванням. Такий підхід пояснює високу коморбідність між розладами харчової поведінки та іншими психічними розладами, такими як ПТСР, депресія, тривожні розлади, obsесивно-компульсивний розлад, які часто розвиваються на фоні травматичного досвіду.

Значущим для розуміння зв'язку між стресом, травмою та розладами харчової поведінки є поняття поліфазії стресу (*stress polyvagal theory*), розроблене Порджесом. Ця теорія описує три еволюційно різні нейронні схеми автономної нервової системи, які регулюють наші реакції на стрес та безпеку: соціальний контакт (вентральний вагусний комплекс), мобілізацію (симпатична

нервова система) та іммобілізацію (дорсальний вагусний комплекс). Хронічний стрес та травма можуть призводити до дисрегуляції цих систем, зокрема, до домінування стану оборонної мобілізації або замороження, що, своєю чергою, впливає на фізіологічні процеси, включаючи травлення, метаболізм та регуляцію апетиту. Розлади харчової поведінки можна розглядати як стратегії відновлення почуття безпеки та контролю в умовах хронічної активації нейронних схем захисту.

На практичному рівні розуміння зв'язку між стресом, травмою та розладами харчової поведінки має значні імплікації для профілактики та лікування. Травма-інформований підхід до лікування розладів харчової поведінки, який визнає центральну роль травматичного досвіду та його наслідків, набуває дедалі більшого визнання. Такий підхід передбачає не лише адресацію специфічних симптомів розладу харчової поведінки, але й опрацювання базових порушень, спричинених травмою: відновлення почуття безпеки, розвиток навичок емоційної регуляції, реінтеграція травматичних спогадів, відновлення здорових меж та міжособистісної довіри, формування цілісного тілесного самовідчуття. Дослідження ефективності таких інтегративних підходів демонструють обнадійливі результати, особливо для пацієнтів з розладами харчової поведінки та коморбідною травмою [22, с. 251].

Профілактичні інтервенції, спрямовані на запобігання розвитку розладів харчової поведінки у підлітків, також потребують врахування ролі стресу та травми. Такі інтервенції можуть включати розвиток навичок стрес-менеджменту, емоційної регуляції, тілесної усвідомленості, критичного мислення щодо медіа-повідомлень про тіло та харчування. Особливу увагу слід приділяти ранньому виявленню та терапії травматичного досвіду, формуванню резильєнтності, тобто здатності конструктивно долати стрес та відновлюватися після травматичних подій. Ефективні профілактичні програми мають бути багаторівневими, адресуючи як індивідуальні фактори ризику, так і ширші системні та соціальні чинники, що впливають на розвиток.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений теоретичний аналіз показує, що розлади харчової поведінки представляють собою складні психопатологічні феномени, які характеризуються порушеннями патернів харчування, викривленим сприйняттям тіла та надмірною зосередженістю на контролі ваги. Етіологія цих розладів є мультифакторною та включає взаємодію генетичних, нейробіологічних, психологічних, сімейних та соціокультурних чинників. Підлітковий вік є періодом особливої вразливості до розвитку розладів харчової поведінки через інтенсивні фізіологічні, психологічні та соціальні трансформації. Гормональні зміни, формування статевої та особистісної ідентичності, підвищена чутливість до соціальної оцінки створюють підґрунтя для розвитку патологічних харчових патернів. Особливого значення набуває взаємозв'язок між образом тіла та харчовою поведінкою, що проявляється в незадоволеності власним тілом у більшості підлітків, особливо дівчат.

Дослідження також свідчать про значущу роль травматичного досвіду та стресових факторів у формуванні розладів харчової поведінки у підлітків. Підлітки з історією травматичного досвіду мають значно підвищений ризик розвитку цих розладів, причому цей зв'язок опосередковується порушеннями в емоційній регуляції, спотвореним сприйняттям тіла та соматичною дисоціацією. Механізми впливу травми на харчову поведінку включають спроби відновлення контролю, регуляцію емоційних станів через харчування, а також вплив на нейробіологічні системи, відповідальні за стрес-реакцію, апетит та метаболізм. Сучасні підходи до розуміння розладів харчової поведінки еволюціонують від монокаузальних пояснень до інтегративних моделей, що враховують складну взаємодію різних факторів у континуумі тяжкості цих розладів.

РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження та характеристика психодіагностичного інструментарію

Магістерське дослідження розладів харчової поведінки в підлітковому віці було організовано як комплексне емпіричне дослідження з використанням змішаного методологічного підходу, що поєднує кількісні та якісні методи збору й аналізу даних. Відповідно до поставлених завдань, дослідження проводилося в чотири етапи протягом 2024-2025 років.

На першому, підготовчому етапі (вересень-жовтень 2024 року) здійснювався теоретичний аналіз проблеми, формулювалися дослідницькі питання, розроблялася концептуальна модель дослідження, визначалися методи та методики збору даних, формувалася вибірка дослідження. Теоретико-методологічною основою дослідження виступили біопсихосоціальний підхід до розуміння розладів харчової поведінки, концепція травма-інформованої терапії, теорія прив'язаності та психологія тілесності, що дозволило розглянути досліджуване явище з інтегративної перспективи [23, с. 126].

Другий етап (листопад 2024 - січень 2025 років) включав безпосереднє проведення емпіричного дослідження з використанням розробленого психодіагностичного інструментарію. Основним методом збору даних виступило психологічне тестування з використанням стандартизованих психодіагностичних методик, адаптованих для української популяції. Додатково використовувалися структуроване інтерв'ю, що дозволило отримати глибшу інформацію про суб'єктивний досвід підлітків, та метод експертних оцінок, який залучав шкільних психологів, соціальних педагогів та батьків для оцінки поведінкових проявів, пов'язаних із харчуванням та ставленням до тіла. Для дослідження впливу травматичного досвіду використовувався напівструктурований опитувальник життєвого шляху, який дозволив виявити значущі стресові та травматичні події в житті досліджуваних.

Третій етап (лютий-березень 2025 року) був присвячений обробці та аналізу отриманих даних з використанням статистичних методів. Статистична

обробка здійснювалася за допомогою програмного пакету SPSS 27.0 та включала описову статистику, кореляційний аналіз, факторний аналіз, регресійний аналіз, кластерний аналіз. Для виявлення латентних змінних та взаємозв'язків між ними застосовувалося структурне моделювання (SEM), що дозволило перевірити відповідність емпіричних даних теоретичній моделі впливу травматичного досвіду на формування розладів харчової поведінки. Якісний аналіз даних напівструктурованих інтерв'ю проводився з використанням тематичного аналізу та методу обґрунтованої теорії.

На четвертому етапі (квітень-травень 2025 року) здійснювалась інтерпретація результатів, формулювання висновків, розробка та апробація програми психопрофілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки для підлітків з урахуванням впливу стресових факторів та травматичного досвіду. Основними принципами організації дослідження виступали: принцип системності, що передбачав розгляд розладів харчової поведінки як складного багатовимірного феномену; принцип розвитку, який враховував вікову специфіку підліткового періоду; принцип детермінізму, що дозволив виявити причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними явищами; принцип об'єктивності, реалізований через використання валідних та надійних методів збору та аналізу даних [24, с. 87].

Психодіагностичний інструментарій дослідження формувався відповідно до теоретичної моделі та включав комплекс методик, спрямованих на оцінку різних аспектів харчової поведінки, образу тіла, особистісних характеристик, травматичного досвіду та стресових факторів. Методики підбиралися за критеріями надійності, валідності, адаптованості для підліткової популяції та відповідності завданням дослідження. Основний психодіагностичний інструментарій включав: Опитувальник харчових патернів (Eating Pattern Questionnaire, EPQ) в адаптації Н. В. Малишевої, що дозволяє оцінити різні стилі харчової поведінки – обмежувальний, емоціогенний та екстернальний; Тест ставлення до прийому їжі (Eating Attitudes Test, EAT-26) у адаптації О. Г. Карпенко, спрямований на виявлення симптомів розладів харчової поведінки та

оцінку ризику їх розвитку; Шкалу незадоволеності тілом (Body Dissatisfaction Scale, BDS) в адаптації Т. М. Титаренко, що вимірює рівень незадоволеності власним тілом; Опитувальник образу тіла (Body Image Questionnaire, BIQ) у адаптації І. В. Оніщенко, спрямований на оцінку когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів образу тіла.

Для дослідження особистісних характеристик використовувалися: Тест тривожності Спілбергера-Ханіна для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності; Шкала депресії Бека для підлітків (BDI-Y) в адаптації М. В. Савчина для виявлення симптомів депресії; Багатовимірна шкала перфекціонізму Хьюїтта-Флетта в адаптації О. П. Венгер, що дозволяє оцінити різні аспекти перфекціонізму – особистісно орієнтований, соціально приписаний та орієнтований на інших; Шкала соматичної дисоціації (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20) в адаптації З. Г. Кісарчук для оцінки соматичних проявів дисоціації; Шкала диференціації емоцій (Emotion Differentiation Scale) в адаптації Н. С. Малишевої для вимірювання здатності розрізняти та називати емоційні стани. Для оцінки травматичного досвіду та стресових факторів застосовувалися: Шкала дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) в адаптації І. А. Марценковського, що вимірює різні види дитячого травматичного досвіду – фізичне, емоційне, сексуальне насильство, фізичну та емоційну занедбаність; Опитувальник травматичних подій для підлітків (Traumatic Events Questionnaire for Adolescents, TEQ-A) в адаптації О. С. Чабана; Шкала впливу подій (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) в адаптації Н. В. Тарабриної для оцінки симптомів посттравматичного стресу; Шкала сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) в адаптації К. М. Карлсона для оцінки рівня суб'єктивного стресу [25, с. 134].

Особливу увагу в дослідженні було приділено етичним аспектам. Оскільки дослідження проводилося з підлітками, зокрема неповнолітніми, та стосувалося чутливих тем, пов'язаних із травматичним досвідом та психологічним благополуччям, були впроваджені спеціальні етичні протоколи. Було отримано інформовану згоду від батьків або опікунів усіх учасників дослідження, а також

від самих підлітків. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів та вимог конфіденційності. Учасникам була гарантована конфіденційність та анонімність даних. Дослідження проходило з дотриманням принципу ненашкодження: процедури були розроблені таким чином, щоб мінімізувати ризик негативних психологічних наслідків для учасників. Після завершення дослідження учасникам надавався зворотний зв'язок щодо його результатів, а за необхідності – рекомендації щодо психологічної підтримки. Для учасників, у яких були виявлені високі показники ризику розладів харчової поведінки або симптоми психологічного дистресу, було організовано можливість отримання безкоштовної психологічної консультації.

У збиранні даних було задіяно комплексний підхід до фіксації та вимірювання досліджуваних феноменів. Розроблено спеціалізований протокол збору даних, який забезпечував послідовність та стандартизацію процедур тестування для всіх учасників. Психодіагностичний інструментарій застосовувався у груповому та індивідуальному форматах залежно від специфіки методик. Групове тестування проводилося в шкільних класах або спеціально обладнаних приміщеннях, тоді як індивідуальні інтерв'ю та специфічні тести вимагали окремих зустрічей з респондентами. Для забезпечення точності збору даних усі методики супроводжувалися детальними інструкціями, а дослідники проходили попередню підготовку щодо стандартизованого проведення кожної методики.

Додатково до стандартизованих психодіагностичних методик було застосовано авторський опитувальник "Стресові фактори та харчова поведінка", розроблений спеціально для цього дослідження. Опитувальник пройшов українську адаптацію на базі оригінальної методики під керівництвом професора Ковальчук О.В. Опитувальник включав 25 запитань, спрямованих на виявлення специфічних стресорів, характерних для підліткового віку, їх суб'єктивного значення для респондентів та зв'язку з патернами харчової поведінки. Запитання були побудовані з урахуванням вікових особливостей підлітків та формулювалися доступною мовою. Опитувальник пройшов попередню

пілотажну перевірку на невеликій вибірці ($n=30$) для оцінки його психометричних характеристик та зрозумілості для цільової аудиторії. Результати пілотажного дослідження показали достатню надійність (α Кронбаха = 0,78) та конструктну валідність методики [26, с. 92].

Для поглибленого аналізу взаємозв'язку травматичного досвіду та порушень харчової поведінки використовувалася методика незакінчених речень, модифікована відповідно до завдань дослідження. Стимульний матеріал включав 20 незакінчених речень, тематично пов'язаних із ставленням до тіла, їжі, стресових ситуацій та способів впоратися з емоційним дискомфортом. Аналіз відповідей проводився з використанням контент-аналізу з подальшим кодуванням та категоризацією отриманих даних. Цей метод дозволив виявити індивідуальні смисли та неусвідомлювані установки підлітків щодо досліджуваних феноменів, доповнюючи кількісні дані якісною інформацією.

У контексті дослідження впливу соціокультурних факторів на формування розладів харчової поведінки застосовувалась Шкала інтерналізації соціокультурних стандартів зовнішності (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4, SATAQ-4) в адаптації М. В. Данілової. Ця методика дозволила оцінити ступінь засвоєння підлітками трансльованих медіа та соціальним оточенням стандартів зовнішності, що є важливим фактором розвитку незадоволеності тілом та патологічних харчових патернів. Додатково вивчався вплив соціальних мереж на формування образу тіла та харчову поведінку за допомогою спеціально розробленого опитувальника, який включав запитання щодо тривалості використання соціальних мереж, типів контенту, що переглядається, участі в онлайн-спільнотах, пов'язаних з дієтами, фітнесом, схудненням.

Для оцінки фізіологічних аспектів харчової поведінки та тілесного образу фіксувалися антропометричні показники (зріст, вага) з подальшим розрахунком індексу маси тіла (ІМТ). Респонденти також самостійно оцінювали свою вагу за категоріями: "значно нижча за норму", "дещо нижча за норму", "нормальна", "дещо вища за норму", "значно вища за норму". Порівняння об'єктивних

антропометричних даних із суб'єктивною оцінкою дозволило виявити викривлення у сприйнятті власного тіла.

Враховуючи складність та багатовимірність досліджуваних феноменів, особлива увага приділялася тріангуляції методів збору даних. Комбінування кількісних (психометричні методики, структуровані опитувальники) та якісних (напівструктуровані інтерв'ю, проєктивні методики) методів дослідження дозволило отримати всебічну та поглиблену інформацію про досліджувані явища. Тріангуляція джерел даних забезпечувалася через залучення різних інформантів: самих підлітків, їхніх батьків та педагогів, що дозволило врахувати різні перспективи та підвищити надійність зібраної інформації [27, с. 156].

Статистична обробка даних передбачала застосування багаторівневого аналізу з використанням як параметричних, так і непараметричних методів. На першому етапі проводився первинний аналіз з використанням описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, частотний аналіз), що дозволило охарактеризувати поширеність різних форм порушень харчової поведінки та їх проявів у дослідженій вибірці. На другому етапі вивчалися взаємозв'язки між змінними з використанням кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона для нормально розподілених даних та коефіцієнт кореляції Спірмена для даних з ненормальним розподілом). Для виявлення структури взаємозв'язків між численними змінними застосовувався факторний аналіз з використанням методу головних компонент та обертання Varimax.

Третій етап статистичного аналізу включав побудову предиктивних моделей з використанням множинного регресійного аналізу та логістичної регресії для визначення предикторів розвитку розладів харчової поведінки серед різних психологічних, соціальних та травматичних факторів. Для виявлення типологічних особливостей підлітків з різними патернами харчової поведінки та реакцій на стрес використовувався кластерний аналіз методом k-середніх. Це дозволило виокремити підгрупи в загальній вибірці, що характеризуються специфічними профілями харчової поведінки, реагування на стрес та

особистісних характеристик, що є цінним для розробки таргетованих профілактичних та терапевтичних інтервенцій.

2.2. Характеристика вибірки

Емпіричне дослідження розладів харчової поведінки в підлітковому віці проводилося на базі загальноосвітніх шкіл м. Києва (ЗОШ №87, №123, №210) та м. Львова (ЗОШ №34, №53). Формування вибірки здійснювалося з дотриманням принципів репрезентативності, випадковості відбору та етичних норм проведення психологічних досліджень. Вибірка дослідження включала 120 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік $M = 14,8$; стандартне відхилення $SD = 1,6$). Розподіл респондентів за статтю враховував епідеміологічні особливості розладів харчової поведінки, що характеризуються вищою поширеністю серед осіб жіночої статі. Відповідно, вибірка включала 75 дівчат (62,5%) та 45 хлопців (37,5%), що дозволило адекватно представити гендерний аспект досліджуваного феномену при збереженні достатньої статистичної потужності для виявлення закономірностей у кожній гендерній групі [28, с. 174].

Для забезпечення вікової репрезентативності, вибірка була стратифікована на три підгрупи, що відповідають етапам підліткового віку: ранній підлітковий вік (12-13 років) – 38 осіб (31,7%), середній підлітковий вік (14-15 років) – 42 особи (35,0%), пізній підлітковий вік (16-17 років) – 40 осіб (33,3%). Така стратифікація дозволила врахувати вікову специфіку розвитку харчової поведінки, образу тіла та реакцій на стресові фактори на різних етапах підліткового періоду. Важливим критерієм включення респондентів до вибірки була наявність інформованої згоди від батьків або офіційних опікунів, а також від самих підлітків, що забезпечувало етичність дослідження та добровільність участі.

Вибірка дослідження має змішаний характер і включає як осіб із загальної популяції ($n = 100$), так і підлітків із клінічно діагностованими розладами харчової поведінки ($n = 20$), що перебували на лікуванні у психіатричному стаціонарі. Таке поєднання дозволило дослідити як нормативні, так і патологічні

патерни харчової поведінки, виявити континуум від адаптивних до дезадаптивних форм, а також простежити зв'язок між субклінічними проявами та клінічно вираженими розладами. Серед клінічної підгрупи 12 осіб (60%) мали діагноз анорексія нервова, 5 осіб (25%) – булімія нервова, 3 особи (15%) – інші уточнені розлади харчової поведінки.

За місцем проживання вибірка включала підлітків з міської ($n = 92$, 76,7%) та сільської ($n = 28$, 23,3%) місцевості, що дозволило врахувати потенційний вплив соціокультурного середовища на формування харчової поведінки та образу тіла. Вибірка також характеризувалася різноманітністю соціально-економічного статусу родин, що оцінювався за суб'єктивними показниками: високий рівень доходу – 18 осіб (15,0%), середній рівень доходу – 83 особи (69,2%), низький рівень доходу – 19 осіб (15,8%). Це дозволило проаналізувати потенційний вплив соціально-економічних факторів на досліджувані феномени.

Для оцінки антропометричних характеристик респондентів використовувався індекс маси тіла (ІМТ), розрахований за формулою вага (кг) / зріст² (м²). Розподіл респондентів за ІМТ відповідно до класифікації ВООЗ для підлітків (з урахуванням вікових перцентилів) наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за індексом маси тіла (з урахуванням вікових перцентилів)

Категорія ІМТ	Кількість осіб	Відсоток від загальної вибірки
Виразений дефіцит маси тіла (< 3-й перцентиль)	14	11,7%
Недостатня маса тіла (3-15-й перцентиль)	20	16,7%
Нормальна маса тіла (16-85-й перцентиль)	67	55,8%
Надмірна маса тіла (86-97-й перцентиль)	12	10,0%
Ожиріння (> 97-й перцентиль)	7	5,8%
Всього	120	100%

Аналіз даних, представлених у таблиці 2.1, свідчить про переважання у вибірці підлітків з нормальною масою тіла (55,8%). Водночас, звертає на себе увагу значна частка респондентів з недостатньою масою тіла та вираженим дефіцитом маси тіла, що сумарно становить 28,4% вибірки. Цей показник суттєво перевищує очікуваний розподіл у загальній популяції (18%), що

пояснюється включенням до вибірки підлітків з клінічно діагностованими розладами харчової поведінки, для яких характерне зниження маси тіла. Порівняння об'єктивних показників ІМТ з суб'єктивною оцінкою власної ваги респондентами виявило тенденцію до переоцінки маси тіла: 42,3% дівчат та 24,6% хлопців сприймають свою вагу як вищу за нормальну, тоді як об'єктивно надмірна вага та ожиріння зафіксовані лише у 15,8% вибірки. Це свідчить про поширеність викривленого сприйняття власного тіла серед підлітків, що може бути фактором ризику розвитку порушень харчової поведінки.

Таблиця 2.2

**Порівняння об'єктивних показників ІМТ із суб'єктивною оцінкою
власної ваги (n=120)**

Об'єктивна категорія ІМТ	Суб'єктивна оцінка ваги				
	Значно нижча за норму	Дещо нижча за норму	Нормальна	Дещо вища за норму	Значно вища за норму
Виражений дефіцит маси тіла (n=14)	7 (50,0%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Недостатня маса тіла (n=20)	3 (15,0%)	9 (45,0%)	7 (35,0%)	1 (5,0%)	0 (0%)
Нормальна маса тіла (n=67)	0 (0%)	5 (7,5%)	26 (38,8%)	31 (46,3%)	5 (7,5%)
Надмірна маса тіла (n=12)	0 (0%)	0 (0%)	2 (16,7%)	7 (58,3%)	3 (25,0%)
Ожиріння (n=7)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)

Дані таблиці 2.2 наочно демонструють розбіжності між об'єктивними показниками індексу маси тіла та суб'єктивним сприйняттям власної ваги підлітками. Найяскравіше ці розбіжності проявляються у групі з нормальною масою тіла, де 53,8% підлітків сприймають свою вагу як вищу за норму (46,3% - дещо вищу, 7,5% - значно вищу). Цікаво, що у групах з дефіцитом маси тіла спостерігається протилежна тенденція — 21,4% підлітків з вираженим дефіцитом маси тіла та 35,0% з недостатньою масою тіла оцінюють свою вагу як нормальну. Коефіцієнт Кохена каппа, що вимірює узгодженість між об'єктивними та суб'єктивними оцінками, склав $\kappa = 0.31$ ($p < 0.001$), що свідчить про низький рівень відповідності. Ці дані підтверджують значну поширеність

викривленого сприйняття власного тіла серед підлітків, що є фактором ризику для розвитку порушень харчової поведінки.

Для виявлення наявності травматичного досвіду у респондентів було використано Шкалу дитячої травми та Опитувальник травматичних подій для підлітків. Отримані дані щодо поширеності різних видів травматичного досвіду у вибірці наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Поширеність травматичного досвіду у вибірці дослідження

Тип травматичного досвіду	Кількість осіб	Відсоток від загальної вибірки
Фізичне насильство	15	12,5%
Емоційне насильство/знуцання	32	26,7%
Сексуальне насильство	8	6,7%
Емоційна занедбаність	27	22,5%
Фізична занедбаність	18	15,0%
Травма, пов'язана з війною/воєнними діями	22	18,3%
Травматична втрата близької людини	19	15,8%
Травматична школа/булінг	35	29,2%
Свідчення насильства	28	23,3%
Інші типи травматичного досвіду	12	10,0%
Відсутність значущого травматичного досвіду	34	28,3%

Аналіз даних, наведених у таблиці 2.3, демонструє високу поширеність травматичного досвіду серед досліджуваних підлітків – 71,7% респондентів повідомили про щонайменше один тип значущого травматичного досвіду. Найбільш поширеними виявилися травми, пов'язані з булінгом у школі (29,2%), емоційним насильством або знущанням (26,7%), свідченням насильства (23,3%) та емоційною занедбаністю (22,5%). Значна частка підлітків (18,3%) відзначила наявність травматичного досвіду, пов'язаного з війною та воєнними діями, що відображає сучасні реалії України. Також високою є поширеність травматичної втрати близької людини (15,8%). Майже третина респондентів (38,3%) повідомили про множинний травматичний досвід (два і більше типів травм), що свідчить про комплексний характер травматизації та потенційно підвищує ризик формування психопатологічних симптомів, включаючи порушення харчової поведінки.

Важливою характеристикою вибірки є тип сімейної структури респондентів, оскільки сімейні взаємини та атмосфера в родині можуть суттєво впливати на формування харчової поведінки та психологічного благополуччя підлітків. Серед досліджуваних 76 осіб (63,3%) проживають у повних сім'ях з обома біологічними батьками, 32 особи (26,7%) – у неповних сім'ях з одним із батьків (переважно з матір'ю), 8 осіб (6,7%) – у реконструйованих сім'ях (з вітчимою або мачухою), 4 особи (3,3%) – з іншими родичами або опікунами. Додатково оцінювався психологічний клімат у сім'ї за суб'єктивними оцінками підлітків: 48,3% респондентів охарактеризували атмосферу в сім'ї як позитивну і підтримуючу, 35,0% – як нейтральну або змішану, 16,7% – як напружену або конфліктну [29, с. 218].

Для оцінки ризику розвитку розладів харчової поведінки використовувався Тест ставлення до прийому їжі (ЕАТ-26), що дозволило виділити у вибірці групи з різним рівнем ризику. Загалом, високий ризик розвитку розладів харчової поведінки (бал за ЕАТ-26 ≥ 20) виявлено у 32 осіб (26,7%), помірний ризик (бал 10-19) – у 45 осіб (37,5%), низький ризик (бал < 10) – у 43 осіб (35,8%). Порівняльний аналіз гендерних відмінностей показав, що серед дівчат високий ризик розвитку розладів харчової поведінки зустрічається значно частіше (32,0%), ніж серед хлопців (17,8%), що підтверджує дані інших досліджень про вищу вразливість жіночої статі до розвитку цих розладів. Водночас, суттєвою є частка хлопців з помірним ризиком (35,6%), що свідчить про значущість проблеми порушень харчової поведінки для обох статей.

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів за рівнем ризику розвитку розладів харчової поведінки (РХП) за методикою ЕАТ-26 (n=120)

Рівень ризику РХП	Дівчата (n=75)		Хлопці (n=45)		Загалом (n=120)	
	n	%	n	%	n	%
Високий (≥ 20 балів)	24	32,0	8	17,8	32	26,7
Помірний (10-19 балів)	30	40,0	16	35,6	45	37,5
Низький (< 10 балів)	21	28,0	21	46,6	43	35,8

Дані таблиці 2.4 демонструють чіткі гендерні відмінності у розподілі ризику розвитку розладів харчової поведінки серед досліджуваних підлітків. Серед дівчат майже третина (32,0%) має високий ризик розвитку РХП, тоді як серед хлопців цей показник становить 17,8%. Примітно, що серед хлопців переважає низький рівень ризику (46,6%), порівняно з дівчатами, де цей показник складає лише 28,0%. Статистичний аналіз з використанням критерію χ^2 Пірсона підтвердив значущість гендерних відмінностей у розподілі ризику РХП ($\chi^2 = 7.82$, $df = 2$, $p < 0.05$). Ці результати узгоджуються з даними інших досліджень, що вказують на вищу поширеність розладів харчової поведінки серед осіб жіночої статі, що може бути пов'язано з інтенсивнішим соціокультурним тиском щодо зовнішності, спрямованим на дівчат, та гендерними особливостями формування образу тіла в підлітковому віці.

Аналіз вікової динаміки ризику розвитку розладів харчової поведінки показав, що найвищий рівень ризику спостерігається у середньому підлітковому віці (14-15 років), де високий ризик виявлено у 33,3% респондентів. У ранньому підлітковому віці (12-13 років) цей показник становить 21,1%, у пізньому (16-17 років) – 25,0%. Такий розподіл може пояснюватися інтенсивністю пубертатних змін та найбільшою психологічною вразливістю саме в середньому підлітковому віці, коли питання тілесності, самооцінки та соціального порівняння набувають особливої гостроти.

2.3. Особливості проведення дослідження

Дослідження розладів харчової поведінки в підлітковому віці проводилося в період 2024-2025 років, що характеризувався специфічними соціально-історичними умовами воєнного стану в Україні, який продовжується з лютого 2022 року. Ці обставини створили унікальний контекст дослідження, що вимагав методологічних адаптацій та особливого врахування додаткових стресових факторів, які могли впливати на досліджувані феномени. Проведення психологічного дослідження в таких екстраординарних умовах потребувало розробки спеціальних протоколів, що забезпечували науковість та етичність

процедур попри існуючі обмеження та виклики. Організація дослідницького процесу в цих умовах базувалася на принципах гнучкості, адаптивності та максимального врахування безпеки й психологічного комфорту учасників дослідження [30, с. 134].

Для забезпечення безперервності дослідницького процесу було створено онлайн-версії психодіагностичних методик з використанням захищеної платформи, що гарантувала конфіденційність та надійність збереження даних. Індивідуальні інтерв'ю в разі неможливості проведення їх наживо здійснювалися через захищені відеоконференц-платформи. Для валідації результатів, отриманих різними способами, було проведено порівняльний аналіз психометричних показників методик при очному та дистанційному застосуванні на підвбірці з 30 осіб. Статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей у психометричних показниках між форматами, що підтвердило можливість використання змішаного підходу без суттєвого впливу на якість даних.

Воєнний стан в Україні створював додаткові виклики для проведення дослідження, пов'язані як з організаційними аспектами, так і з емоційним станом респондентів. Враховуючи безпекову ситуацію, дослідження проводилося у регіонах з відносно стабільною безпековою ситуацією, проте повітряні тривоги та періодичні обстріли енергетичної інфраструктури впливали на розклад та умови проведення діагностичних процедур. Було розроблено протокол дій під час повітряних тривог, який передбачав припинення дослідницьких процедур та переміщення учасників до укриття з подальшим відновленням роботи після завершення тривоги. У випадках, коли це було неможливо, сесія переносилася на інший час. Такий підхід забезпечував фізичну безпеку учасників та дослідників, водночас мінімізуючи вплив переривань на якість отриманих даних.

З метою врахування впливу воєнного стану на психологічний стан підлітків, до психодіагностичного комплексу було додатково включено методики, спрямовані на оцінку специфічних воєнних стресорів та їх впливу на харчову поведінку. Було розроблено додаток до Опитувальника травматичних подій для підлітків, який включав запитання щодо досвіду, пов'язаного з війною:

евакуація з місця постійного проживання, переживання обстрілів, втрата житла, розлука з членами родини через мобілізацію або вимушене переміщення. Також оцінювався рівень впливу цих подій на повсякденне життя респондентів, включаючи режим харчування, апетит, ставлення до тіла. Виявлено, що 43,3% підлітків з вибірки мали досвід вимушеного переміщення внаслідок воєнних дій, 35,0% пережили безпосередні обстріли, 28,3% зазнали розлуки з близькими через мобілізацію або евакуацію [31, с. 202].

Особлива увага в умовах проведення дослідження в воєнний час приділялася етичним аспектам та психологічній безпеці учасників. Розроблено розширений протокол інформованої згоди, який детально пояснював мету, процедури, потенційні ризики та переваги участі в дослідженні в контексті поточної ситуації. Учасникам надавалася можливість відмовитися від участі або припинити її на будь-якому етапі без негативних наслідків. Дослідники пройшли додаткову підготовку з питань психологічної першої допомоги та кризового консультування, щоб адекватно реагувати на можливі емоційні реакції респондентів під час обговорення чутливих тем, пов'язаних з травматичним досвідом, включаючи воєнні події. Для учасників, у яких виявлялися ознаки гострого стресу або травматичних реакцій, було організовано систему психологічної підтримки та перенаправлення до спеціалізованих фахівців.

Проведення дослідження в умовах воєнного стану не лише створювало методологічні виклики, але й відкривало унікальні можливості для вивчення впливу екстраординарних стресових факторів на формування розладів харчової поведінки у підлітків. Це дозволило розширити теоретичну модель дослідження, включивши до неї специфічні стресори, пов'язані з воєнним станом (безпекова тривога, невизначеність майбутнього, вимушене переміщення). Такий підхід збагатив наукове розуміння багатофакторної природи розладів харчової поведінки та їх формування в контексті масивного колективного стресу.

Методологічні адаптації, зумовлені воєнним станом, включали також коректування дизайну дослідження. Поряд з виявленням загальних закономірностей формування розладів харчової поведінки під впливом

травматичного досвіду, було впроваджено порівняльний компонент, що дозволив зіставити підгрупи підлітків з різним досвідом впливу воєнних стресорів. Виділено три підгрупи: підлітки з високим рівнем впливу воєнного стресу (безпосереднє перебування в зоні бойових дій, вимушене переміщення, втрата близьких внаслідок війни) – 28 осіб (23,3%); підлітки з помірним рівнем впливу (непряме зіткнення з наслідками війни, тимчасова евакуація, повернення до місця постійного проживання) – 45 осіб (37,5%); підлітки з низьким рівнем впливу (відсутність безпосереднього досвіду воєнних дій, проживання в відносно безпечних регіонах) – 47 осіб (39,2%). Порівняльний аналіз цих підгруп дозволив виявити специфічні патерни формування харчової поведінки в умовах різної інтенсивності воєнного стресу.

Технічні аспекти проведення дослідження також адаптувалися до особливих умов. Для забезпечення безперебійного процесу збору та аналізу даних у разі відключень електроенергії використовувалося автономне живлення (павербанки, генератори), а для збереження інформації – регулярне резервне копіювання на захищені хмарні сервери. Встановлено альтернативні канали комунікації з учасниками дослідження на випадок проблем із зв'язком або інтернетом. Для проведення групових діагностичних сесій обиралися приміщення, розташовані поблизу укриттів, щоб мінімізувати час переміщення під час повітряних тривог. Такі технічні рішення забезпечили стабільність дослідницького процесу попри зовнішні обставини.

Особливістю проведення дослідження в умовах воєнного стану була необхідність врахування психологічної сенситивності окремих тем, зокрема пов'язаних з втратами, вимушеним переселенням, розлукою з близькими. Для забезпечення емоційної безпеки респондентів було змінено структуру діагностичних інтерв'ю таким чином, щоб травматичні теми розкривалися поступово, з постійною оцінкою емоційного стану підлітка та можливістю перерви або переривання інтерв'ю за необхідності. Перед початком обговорення потенційно травматичних тем проводилися вправи на заземлення та стабілізацію емоційного стану, що дозволяло респондентам краще контролювати свої реакції

під час дослідження. Після завершення психодіагностичних процедур обов'язково проводилася дебрифінгова сесія, спрямована на емоційну стабілізацію та інтеграцію досвіду участі в дослідженні [32, с. 178].

У контексті проведення дослідження особливий інтерес становило вивчення зміни харчової поведінки підлітків під впливом обмежень. Додатково зібрані ретроспективні дані про патерни харчування, фізичну активність та ставлення до тіла до воєнного стану під час обмежень та після їх послаблення дозволили прослідкувати динаміку цих показників. Виявлено, що 65,8% респондентів відзначали зміни в режимі харчування під час воєнного стану, 42,5% – збільшення кількості спожитої їжі, 38,3% – зниження фізичної активності, 51,7% – підвищення занепокоєності щодо ваги та форми тіла. Ці дані свідчать про значний вплив обмежень, пов'язаних з воєнним станом, на харчову поведінку та образ тіла підлітків, що створює додатковий контекст для інтерпретації основних результатів дослідження.

Важливим аспектом збору даних в умовах воєнного стану було врахування потенційного впливу висвітлення воєнних подій у медіа на психологічний стан підлітків. До психодіагностичного інструментарію включено запитання щодо частоти перегляду новин про війну, емоційних реакцій на цю інформацію та їх зв'язку з харчовою поведінкою. Виявлено, що 47,5% респондентів регулярно переглядали новини про воєнні події, серед них 32,5% відзначали зміни в харчовій поведінці безпосередньо після ознайомлення з тривожною інформацією: 18,3% повідомляли про зниження апетиту, 14,2% – про епізоди емоційного переїдання як спосіб впоратися з тривогою. Ці дані свідчать про важливість контролю медіаспоживання як фактора, що може впливати на психоемоційний стан та харчову поведінку підлітків у воєнний час.

Таблиця 2.5

Оцінка впливу воєнного стану на психоемоційний стан та харчову поведінку підлітків (n=120)

Показник	Високий рівень впливу воєнного стресу (n=28)	Помірний рівень впливу (n=45)	Низький рівень впливу (n=47)	Статистична значущість різниці

Ситуативна тривожність (M±SD)	52,4±8,3	46,8±7,5	41,2±6,9	F = 18,6; p < 0,001
Особистісна тривожність (M±SD)	50,7±7,8	48,3±7,1	45,9±6,5	F = 4,2; p < 0,05
Депресивні симптоми (M±SD)	18,3±7,2	15,6±6,8	12,4±5,9	F = 7,8; p < 0,01
Зміни харчової поведінки (%)	78,6%	62,2%	40,4%	$\chi^2 = 12,3$; p < 0,01
Зниження апетиту (%)	32,1%	22,2%	10,6%	$\chi^2 = 6,5$; p < 0,05
Епізоди емоційного переїдання (%)	28,6%	17,8%	8,5%	$\chi^2 = 5,9$; p < 0,05
Незадоволеність тілом (M±SD)	19,2±5,7	16,8±5,3	15,1±4,8	F = 5,3; p < 0,01

Результати, представлені в таблиці 2.5, демонструють чіткий зв'язок між рівнем впливу воєнного стресу та психоемоційним станом і харчовою поведінкою підлітків. Спостерігається статистично значуща градація показників залежно від рівня впливу воєнного стресу. Зокрема, найвищі показники ситуативної та особистісної тривожності зафіксовано у підлітків з високим рівнем впливу воєнного стресу (52,4±8,3 та 50,7±7,8 відповідно). Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) підтвердив статистичну значущість цих відмінностей (F = 18,6; p < 0,001 для ситуативної тривожності та F = 4,2; p < 0,05 для особистісної тривожності). Також виявлено значущі відмінності в показниках депресивної симптоматики (F = 7,8; p < 0,01).

Особливо важливими є дані щодо змін харчової поведінки: у групі з високим рівнем впливу воєнного стресу 78,6% підлітків відзначали зміни у харчовій поведінці, порівняно з 62,2% у групі з помірним впливом та 40,4% у групі з низьким впливом ($\chi^2 = 12,3$; p < 0,01). Примітно, що ці зміни проявлялися як у зниженні апетиту (32,1%, 22,2% та 10,6% відповідно), так і в епізодах емоційного переїдання (28,6%, 17,8% та 8,5% відповідно). Ці результати свідчать про значний вплив воєнного стресу на харчову поведінку підлітків, що важливо враховувати при розробці профілактичних та терапевтичних інтервенцій.

Складні умови проведення дослідження зумовили необхідність впровадження додаткових процедур верифікації отриманих даних. Для

перевірки надійності результатів психодіагностики частині респондентів ($n=35$) було запропоновано повторне проходження ключових методик через 2-3 тижні після первинного тестування. Аналіз тест-ретестової надійності показав високу стабільність результатів ($r = 0,78-0,92$ для різних методик), що свідчить про відносну незалежність діагностичних показників від ситуативних факторів, пов'язаних з воєнним станом. Водночас, для визначення потенційного впливу гострих стресових подій (інтенсивні обстріли, евакуація) на результати тестування, було проведено аналіз даних респондентів, які проходили діагностику до та після таких подій. Виявлено, що гострі стресові події можуть тимчасово підвищувати показники тривожності та дисоціативних симптомів, однак базові патерни харчової поведінки та ставлення до тіла залишаються відносно стабільними.

Особливої уваги в контексті проведення дослідження в умовах воєнного стану потребувало питання репрезентативності вибірки. Через значне вимушене переміщення населення, включаючи підлітків та їхні сім'ї, структура учнівського контингенту багатьох шкіл суттєво змінилася. Для забезпечення збалансованості вибірки було введено додаткову стратифікацію за статусом переміщення: підлітки, які постійно проживають у місці дослідження ($n=62, 51,7\%$); підлітки, які були вимушено переміщені до місця дослідження ($n=38, 31,7\%$); підлітки, які повернулися до місця постійного проживання після тимчасової евакуації ($n=20, 16,7\%$). Такий підхід дозволив врахувати потенційний вплив досвіду переміщення на психологічний стан та харчову поведінку підлітків, збагачуючи аналіз додатковими змінними, релевантними для поточної ситуації в країні [33, с. 165].

Проведення дослідження в умовах воєнного стану вимагало від дослідників підвищеної гнучкості та здатності адаптуватися до мінливих обставин. Упродовж всього періоду збору даних регулярно проводився моніторинг епідеміологічної та безпекової ситуації в регіонах дослідження, на основі якого коригувався графік та формат роботи. Було розроблено альтернативні протоколи збору даних для різних сценаріїв розвитку ситуації, що

забезпечило безперервність дослідницького процесу навіть у періоди ескалації воєнних дій або посилення карантинних обмежень. Така методологічна гнучкість, хоч і ускладнювала стандартизацію процедур, дозволила зібрати унікальні дані про формування розладів харчової поведінки в контексті множинних стресових впливів, що має значну наукову цінність.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Методологія дослідження розладів харчової поведінки в підлітковому віці базувалася на комплексному підході, що поєднує кількісні та якісні методи. Дослідження проводилося в чотири етапи протягом 2024-2025 років та включало теоретичний аналіз, збір емпіричних даних, статистичну обробку та розробку програми профілактики. Психодіагностичний інструментарій охоплював валідні методики для оцінки харчової поведінки, образу тіла, особистісних характеристик, травматичного досвіду та стресових факторів, адаптовані для української популяції підлітків.

Вибірка дослідження включала 120 підлітків віком 12-17 років, стратифікованих за віком, статтю та клінічним статусом. Аналіз характеристик вибірки показав високу поширеність травматичного досвіду серед підлітків (71,7%), особливо булінгу, емоційного насильства та травм, пов'язаних з війною. Високий ризик розвитку розладів харчової поведінки виявлено у 26,7% підлітків, з піком у середньому підлітковому віці (14-15 років). Проведення дослідження в умовах воєнного стану вимагало методологічних адаптацій та врахування додаткових стресових факторів. Було розроблено спеціальні протоколи для забезпечення безпеки учасників і валідності результатів, а також розширено модель дослідження включенням специфічних стресорів, пов'язаних з воєнним станом.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

3.1 Комплексна психодіагностика схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків

Аналіз результатів комплексної психодіагностики схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків дозволив виявити поширеність різних форм порушень харчової поведінки та їх специфічні прояви в досліджуваній вибірці. Первинна оцінка проводилася за допомогою Тесту ставлення до прийому їжі (EAT-26), який є валідним скринінговим інструментом для виявлення ризику розвитку клінічно значущих розладів харчової поведінки. Загальний бал за цією методикою використовувався для загальної оцінки вираженості патологічних харчових установок та поведінки, а аналіз за окремими субшкалами дозволив диференціювати специфічні патерни харчових порушень: дієтична поведінка, булімія та харчова заклопотаність, оральний контроль. Результати показали, що у 26,7% підлітків з загальної вибірки (n=120) виявлено високий ризик розвитку розладів харчової поведінки (загальний бал за EAT-26 \geq 20), при цьому значно вищі показники спостерігалися у дівчат (32,0%) порівняно з хлопцями (17,8%), що підтверджує гендерну диспропорцію у вразливості до цих розладів [34, с. 129].

Детальний аналіз результатів за субшкалами EAT-26 дозволив виявити особливості проявів харчових порушень у підлітків. За субшкалою "Дієтична поведінка", що відображає надмірну заклопотаність схудненням, прагнення до худорлявості та страх набрання ваги, високі показники (\geq 13 балів) продемонстрували 31,3% респондентів. За субшкалою "Булімія та харчова заклопотаність", яка оцінює схильність до переїдання з подальшим самоіндукованим блюванням та нав'язливими думками про їжу, високі показники (\geq 6 балів) виявлено у 18,3% підлітків. За субшкалою "Оральний контроль", що вимірює самоконтроль щодо їжі та сприйняття тиску з боку інших щодо набрання ваги, високі значення (\geq 7 балів) зафіксовано у 24,2% респондентів. Аналіз взаємозв'язків між субшкалами EAT-26 виявив сильну

позитивну кореляцію між "Дієтичною поведінкою" та "Оральним контролем" ($r = 0,67, p < 0,001$), що свідчить про тісний зв'язок між обмежувальними харчовими практиками та соціальним тиском щодо контролю ваги.

Таблиця 3.1

**Результати психодіагностики за методикою ЕАТ-26 за субшкалами
(n=120)**

Субшкала ЕАТ-26	Дівчата (n=75)	Хлопці (n=45)	Загалом (n=120)	t- значення	p- значення
Дієтична поведінка (M±SD)	14,2±6,8	8,7±5,2	12,1±6,7	4,82	< 0,001
Булімія та харчова заклопотаність (M±SD)	5,8±4,3	3,6±3,5	4,9±4,1	2,97	< 0,01
Оральний контроль (M±SD)	7,3±4,2	5,4±3,8	6,6±4,1	2,53	< 0,05
Загальний бал (M±SD)	27,3±13,7	17,7±10,6	23,6±13,2	4,17	< 0,001

Дані таблиці 3.1 демонструють чіткі відмінності за всіма субшкалами методики ЕАТ-26. Найбільш виражені відмінності спостерігаються за субшкалою "Дієтична поведінка", де середній показник у дівчат (14,2±6,8) значно перевищує показник хлопців (8,7±5,2), різниця є статистично значущою ($t = 4,82, p < 0,001$). Подібна тенденція прослідковується і за субшкалами "Булімія та харчова заклопотаність" (5,8±4,3 у дівчат проти 3,6±3,5 у хлопців; $t = 2,97, p < 0,01$) та "Оральний контроль" (7,3±4,2 у дівчат проти 5,4±3,8 у хлопців; $t = 2,53, p < 0,05$). Загальний бал за методикою також значно вищий у дівчат (27,3±13,7), ніж у хлопців (17,7±10,6), що підтверджується високою статистичною значущістю різниці ($t = 4,17, p < 0,001$).

Ці результати свідчать про вищу схильність дівчат до всіх аспектів порушень харчової поведінки — дієтичних обмежень, булімічних тенденцій та орального контролю. Особливо виражена різниця в дієтичній поведінці відображає сильніший соціокультурний тиск на дівчат щодо дотримання стандартів худорлявості. Отримані дані узгоджуються з результатами інших досліджень та підтверджують необхідність гендерно-специфічного підходу до профілактики та корекції розладів харчової поведінки в підлітковому віці.

Для більш диференційованої оцінки патернів харчової поведінки використовувався Опитувальник харчових патернів (EPQ), результати якого дозволили виявити різні стилі харчової поведінки: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний. За обмежувальним типом харчової поведінки, що характеризується свідомими зусиллями з обмеження прийому їжі з метою контролю ваги, високі показники виявлено у 29,2% підлітків. Емоціогенний тип харчової поведінки, при якому стимулом до прийому їжі є не фізіологічний голод, а емоційний дискомфорт, яскраво виражений у 23,3% респондентів. Екстернальний тип, що проявляється в підвищеній реакції на зовнішні харчові стимули незалежно від стану голоду чи ситості, виявлено у 25,8% підлітків. Кореляційний аналіз показав, що екстернальний та емоціогенний типи харчової поведінки мають сильний позитивний взаємозв'язок ($r = 0,63$, $p < 0,001$), тоді як обмежувальний тип негативно корелює з екстернальним ($r = -0,48$, $p < 0,001$).

Таблиця 3.2

Результати за Опитувальником харчових патернів (EPQ) (n=120)

Тип харчової поведінки	Дівчата (n=75)	Хлопці (n=45)	Загалом (n=120)	t-значення	p-значення
Обмежувальний (M±SD)	3,4±1,1	2,5±0,9	3,1±1,1	4,71	< 0,001
Емоціогенний (M±SD)	2,9±1,2	2,3±1,0	2,7±1,2	2,86	< 0,01
Екстернальний (M±SD)	3,1±0,9	3,3±1,0	3,2±0,9	-1,14	> 0,05

Результати, представлені в таблиці 3.2, виявляють значущі гендерні відмінності за двома з трьох типів харчової поведінки, оцінюваних Опитувальником харчових патернів. За обмежувальним типом харчової поведінки середній показник дівчат (3,4±1,1) статистично значуще перевищує показник хлопців (2,5±0,9), що підтверджується t-критерієм Стьюдента ($t = 4,71$, $p < 0,001$). Також дівчата демонструють вищі показники за емоціогенним типом харчової поведінки (2,9±1,2) порівняно з хлопцями (2,3±1,0), ця різниця також є статистично значущою ($t = 2,86$, $p < 0,01$).

Цікаво, що за екстернальним типом харчової поведінки, який характеризується підвищеною реакцією на зовнішні харчові стимули, значущих

гендерних відмінностей не виявлено ($t = -1,14, p > 0,05$), причому у хлопців цей показник навіть дещо вищий ($3,3 \pm 1,0$), ніж у дівчат ($3,1 \pm 0,9$). Ці результати свідчать про те, що дівчата-підлітки більш схильні до обмежень у харчуванні та до емоційного харчування як способу впоратися з негативними емоціями, тоді як реакція на зовнішні харчові стимули (вигляд і запах їжі, харчова реклама тощо) є універсальною особливістю підліткового віку, не пов'язаною з гендером.

Для всебічної оцінки харчової поведінки підлітків використовувалися також якісні методи дослідження, зокрема напівструктуроване інтерв'ю та методика незакінчених речень. Якісний аналіз відповідей виявив рекурентні теми та патерни, що характеризують ставлення підлітків до їжі, тіла та контролю ваги. Серед найбільш поширених тем були: прагнення відповідати ідеалам, транслюваним у соціальних мережах (згадується 68,3% респондентів); використання дієт як засобу підвищення самоконтролю та самоефективності (згадується 52,5% респондентів); харчування як спосіб регуляції емоційних станів (згадується 47,5% респондентів); страх негативної оцінки з боку однолітків через зовнішній вигляд (згадується 61,7% респондентів). Контент-аналіз відповідей на незакінчені речення виявив, що 42,5% підлітків асоціюють їжу з негативними емоційними станами (провина, тривога, страх), а 35,8% розглядають контроль над харчуванням як основний спосіб впливу на свою зовнішність та самоприйняття [35, с. 187]. Оцінка образу тіла як ключового компонента у формуванні розладів харчової поведінки проводилася за допомогою Шкали незадоволеності тілом (BDS) та Опитувальника образу тіла (BIQ). Результати показали, що 54,2% підлітків з загальної вибірки виявляють значний рівень незадоволеності власним тілом, причому цей показник суттєво вищий серед дівчат (67,3%) порівняно з хлопцями (32,4%). Аналіз за віковими групами показав, що пік незадоволеності тілом припадає на середній підлітковий вік (14-15 років), де високий рівень незадоволеності виявлено у 64,3% респондентів, тоді як у ранньому підлітковому віці (12-13 років) цей показник становить 47,4%, а в пізньому (16-17 років) – 50,0%. Такий розподіл може пояснюватися інтенсивністю пубертатних змін та психологічною вразливістю

саме в середньому підлітковому віці. Опитувальник образу тіла дозволив диференційовано оцінити когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти образу тіла. Виявлено, що когнітивний компонент (сприйняття та оцінка власного тіла) найбільш порушений у 49,2% підлітків, емоційний компонент (почуття щодо власного тіла) – у 60,8%, поведінковий компонент (дії, спрямовані на корекцію тіла) – у 45,0%. Кореляційний аналіз показав сильний позитивний зв'язок між незадоволеністю тілом та загальним ризиком розладів харчової поведінки за EAT-26 ($r = 0,71$, $p < 0,001$), що підтверджує ключову роль порушень образу тіла у формуванні патологічних харчових патернів.

Для виявлення особистісних характеристик, що можуть бути факторами схильності до формування розладів харчової поведінки, використовувалися Тест тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала депресії Бека для підлітків, Багатовимірна шкала перфекціонізму Хьюїтта-Флетта. Результати показали, що 34,2% підлітків з досліджуваної вибірки мають високий рівень особистісної тривожності, 29,2% – високий рівень ситуативної тривожності, 26,7% – виражені симптоми депресії. Виявлено значущі позитивні кореляції між рівнем особистісної тривожності та ризиком розвитку розладів харчової поведінки за EAT-26 ($r = 0,58$, $p < 0,001$), між депресивною симптоматикою та ризиком розладів харчової поведінки ($r = 0,53$, $p < 0,001$).

Аналіз даних за Багатовимірною шкалою перфекціонізму показав, що 38,3% підлітків мають високі показники особистісно орієнтованого перфекціонізму, 32,5% – соціально приписаного перфекціонізму, 21,7% – перфекціонізму, орієнтованого на інших. Виявлено, що особистісно орієнтований перфекціонізм має найсильніший зв'язок з обмежувальним типом харчової поведінки ($r = 0,64$, $p < 0,001$), тоді як соціально приписаний перфекціонізм більше пов'язаний з незадоволеністю тілом ($r = 0,59$, $p < 0,001$) [36, с. 224].

Перед проведенням факторного аналізу було здійснено попередню оцінку отриманих даних за всіма методиками дослідження. Розраховані коефіцієнти кореляції Пірсона між змінними показали численні статистично значущі

взаємозв'язки між досліджуваними конструктами. Зокрема, виявлено сильні кореляції ($r > 0,5$, $p < 0,001$) між показниками незадоволеності тілом, тривожності, депресивності, перфекціонізму та різними аспектами харчової поведінки. Тест Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО = 0,83) та критерій сферичності Бартлетта ($\chi^2 = 1245,6$, $p < 0,001$) підтвердили адекватність вибірки та наявність значущих кореляцій між змінними, що є необхідними умовами для проведення факторного аналізу. Також було розраховано показники мультиколінеарності для всіх змінних (значення VIF коливались від 1,42 до 3,17), що свідчить про відсутність критичної мультиколінеарності та можливість включення всіх змінних у факторну модель.

Факторний аналіз отриманих даних дозволив виявити основні латентні фактори, що лежать в основі схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків. Застосувавши метод головних компонент з обертанням Varimax, було виділено чотири фактори, що пояснюють 73,2% загальної дисперсії: "Незадоволеність тілом та прагнення до худорлявості" (25,8% дисперсії), "Емоційна дисрегуляція та емоціогенне харчування" (19,3% дисперсії), "Перфекціонізм та надмірний самоконтроль" (16,7% дисперсії), "Соціальна тривожність та зовнішня орієнтація" (11,4% дисперсії). Такий розподіл факторів підтверджує багатовимірну природу схильності до розладів харчової поведінки, що включає як психологічні, так і соціальні компоненти. Кластерний аналіз методом k-середніх дозволив виділити три типологічні групи підлітків за характером схильності до порушень харчової поведінки: "Рестриктивний тип" (31,7% вибірки) з переважанням обмежувальної харчової поведінки, високим рівнем перфекціонізму та тривожності; "Емоційно-екстернальний тип" (35,0% вибірки) з домінуванням емоціогенної та екстернальної харчової поведінки, депресивними симптомами та значною незадоволеністю тілом; "Адаптивний тип" (33,3% вибірки) з нормативними патернами харчування, позитивним образом тіла та низьким рівнем емоційних порушень.

Таблиця 3.3

Результати факторного аналізу схильності до формування розладів харчової поведінки (n=120)

Фактор	Власне значення	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %	Основні змінні з факторними навантаженнями
Фактор 1: "Незадоволеність тілом та прагнення до худорлявості"	5,21	25,8%	25,8%	Незадоволеність тілом (0,84) Прагнення до худорлявості (0,81) Стурбованість вагою (0,78) Дієтична поведінка (0,72) Спотворене сприйняття тіла (0,69)
Фактор 2: "Емоційна дисрегуляція та емоціогенне харчування"	3,87	19,3%	45,1%	Емоціогенне харчування (0,83) Труднощі розпізнавання емоцій (0,79) Нетолерантність до дистресу (0,75) Депресивні симптоми (0,72) Негативний афект (0,68)
Фактор 3: "Перфекціонізм та надмірний самоконтроль"	3,34	16,7%	61,8%	Особистісно орієнтований перфекціонізм (0,85) Оральний контроль (0,77) Ригідність (0,74) Надмірне планування (0,68) Страх втрати контролю (0,65)
Фактор 4: "Соціальна тривожність та зовнішня орієнтація"	2,28	11,4%	73,2%	Соціальна тривожність (0,81) Соціально приписаний перфекціонізм (0,76) Страх негативної оцінки (0,74) Екстернальне харчування (0,69) Інтерналізація стандартів краси (0,67)

Результати факторного аналізу, представлені в таблиці 3.3, підтверджують багатовимірну структуру схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків. Виділені чотири фактори пояснюють у сукупності 73,2% загальної дисперсії, що є високим показником і свідчить про достатню повноту виділених факторів для пояснення досліджуваного феномену.

Перший фактор "Незадоволеність тілом та прагнення до худорлявості" пояснює найбільшу частку дисперсії (25,8%) і включає змінні, пов'язані з негативним сприйняттям власного тіла та прагненням його змінити. Високі факторні навантаження таких змінних як "Незадоволеність тілом" (0,84) та "Прагнення до худорлявості" (0,81) свідчать про центральну роль образу тіла у формуванні схильності до розладів харчової поведінки.

Другий фактор "Емоційна дисрегуляція та емоціогенне харчування" (19,3% дисперсії) вказує на важливу роль емоційних аспектів у розвитку порушень харчової поведінки. Найвищі навантаження мають змінні "Емоціогенне харчування" (0,83) та "Труднощі розпізнавання емоцій" (0,79), що підтверджує роль емоційної дисрегуляції як механізму розвитку патологічних харчових патернів.

Третій фактор "Перфекціонізм та надмірний самоконтроль" (16,7% дисперсії) виявляє зв'язок між перфекціоністськими тенденціями та харчовими обмеженнями. Найвищі навантаження мають змінні "Особистісно орієнтований перфекціонізм" (0,85) та "Оральний контроль" (0,77), що відображає прагнення до досконалості через контроль над тілом і харчуванням.

Четвертий фактор "Соціальна тривожність та зовнішня орієнтація" (11,4% дисперсії) підкреслює роль соціальних аспектів у формуванні харчових порушень. Найвищі навантаження у змінних "Соціальна тривожність" (0,81) та "Соціально приписаний перфекціонізм" (0,76), що свідчить про значущість соціальної оцінки та прийняття для формування харчової поведінки підлітків.

Виділені фактори демонструють комплексну взаємодію психологічних, емоційних та соціальних аспектів у формуванні схильності до розладів харчової

3. Особистісна тривожність	0,62* **	0,58* **	-							
4. Ситуативна тривожність	0,43* **	0,46* **	0,57* **	-						
5. Особистісно орієнтований перфекціонізм	0,64* **	0,52* **	0,47* **	0,32* *	-					
6. Соціально приписаний перфекціонізм	0,59* **	0,59* **	0,54* **	0,35* *	0,53* **	-				
7. Депресивні симптоми	0,53* **	0,48* **	0,61* **	0,47* **	0,41* **	0,45* **	-			
8. Самооцінка	- 0,57* **	- 0,52* **	- 0,63* **	- 0,42* **	- 0,38* *	- 0,47* **	- 0,59* **	-		
9. Соматична дисоціація	0,58* **	0,51* **	0,53* **	0,48* **	0,37* *	0,42* **	0,51* **	- 0,43* **	-	
10. Диференціація емоцій	- 0,49* **	- 0,41* **	- 0,52* **	- 0,36* *	- 0,33* *	- 0,38* *	- 0,56* **	0,48* **	- 0,49* **	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Кореляційна матриця, представлена в таблиці 3.4, демонструє складну систему взаємозв'язків між досліджуваними змінними. Найсильніший взаємозв'язок спостерігається між ризиком розвитку розладів харчової поведінки (за методикою ЕАТ-26) та незадоволеністю тілом ($r = 0,71$, $p < 0,001$), що підтверджує ключову роль негативного образу тіла у формуванні порушень харчової поведінки. Також виявлено сильні позитивні кореляції між ризиком РХП та особистісною тривожністю ($r = 0,62$, $p < 0,001$), особистісно орієнтованим перфекціонізмом ($r = 0,64$, $p < 0,001$) і соціально приписаним перфекціонізмом ($r = 0,59$, $p < 0,001$). Примітно, що самооцінка має сильну негативну кореляцію з ризиком РХП ($r = -0,57$, $p < 0,001$), що вказує на її захисну роль.

Особливо важливими є дані щодо взаємозв'язку соматичної дисоціації з ризиком РХП ($r = 0,58$, $p < 0,001$) та іншими психологічними змінними, що підтверджує значущість порушень тілесного самовідчуття у розвитку харчових

розладів. Також слід відзначити негативну кореляцію між здатністю до диференціації емоцій та ризиком РХП ($r = -0,49, p < 0,001$), що підкреслює роль емоційної регуляції у формуванні здорових харчових патернів.

Аналіз структури особистісних характеристик підлітків з високим ризиком розвитку розладів харчової поведінки ($n=32$) виявив специфічний профіль, що характеризується підвищеними показниками перфекціонізму, особливо його особистісно орієнтованого ($M = 42,3, SD = 5,2$) та соціально приписаного ($M = 38,7, SD = 6,1$) компонентів, високим рівнем особистісної тривожності ($M = 54,1, SD = 6,8$), вираженими депресивними симптомами ($M = 19,3, SD = 7,5$) та низькою самооцінкою ($M = 23,1, SD = 6,4$). Порівняльний аналіз з використанням t-критерію Стюдента показав статистично значущі відмінності за всіма цими показниками між групами підлітків з високим та низьким ризиком розвитку розладів харчової поведінки ($p < 0,001$). Регресійний аналіз виявив, що найсильнішими предикторами ризику розладів харчової поведінки серед особистісних характеристик є особистісно орієнтований перфекціонізм ($\beta = 0,38, p < 0,001$), особистісна тривожність ($\beta = 0,32, p < 0,001$) та низька самооцінка ($\beta = -0,29, p < 0,001$), які разом пояснюють 48,3% дисперсії загального показника EAT-26.

Особлива увага в дослідженні приділялася взаємозв'язку між рівнем тривожності та сприйняттям тілесного образу. Виявлено, що високий рівень особистісної тривожності має сильний позитивний зв'язок не лише з загальним показником незадоволеності тілом ($r = 0,58, p < 0,001$), але й з окремими компонентами образу тіла: когнітивним (сприйняття та оцінка тіла; $r = 0,56, p < 0,001$), емоційним (почуття щодо тіла; $r = 0,63, p < 0,001$) та поведінковим (дії, спрямовані на зміну тіла; $r = 0,52, p < 0,001$). Аналіз даних показав, що тривожність може виступати модератором зв'язку між об'єктивними параметрами тіла та суб'єктивною незадоволеністю ним: підлітки з високим рівнем тривожності демонструють значно вищу незадоволеність тілом незалежно від їхнього реального індексу маси тіла, тоді як у підлітків з низьким

рівнем тривожності незадоволеність тілом більш тісно пов'язана з відхиленнями ІМТ від нормативних показників.

Для глибшого розуміння механізмів взаємодії тривожності, образу тіла та харчової поведінки було проведено медіаційний аналіз з використанням методу Барона-Кенні. Результати показали, що незадоволеність тілом виступає значущим медіатором між особистісною тривожністю та ризиком розвитку розладів харчової поведінки (непрямий ефект: $\beta = 0,28$, $SE = 0,05$, 95% CI [0,18, 0,38]). Пряма кореляція між тривожністю та ризиком розладів харчової поведінки ($r = 0,62$) значно зменшувалася при контролі змінної незадоволеності тілом (часткова кореляція: $r = 0,38$), що свідчить про значущу, хоч і часткову медіацію. Цей результат підтверджує теоретичну модель, згідно з якою тривожність впливає на формування розладів харчової поведінки переважно через негативне сприйняття тіла та незадоволеність ним [38, с. 212].

Дослідження також виявило значущі гендерні відмінності у взаємозв'язках між особистісними характеристиками, тривожністю та сприйняттям тілесного образу. У дівчат кореляція між особистісною тривожністю та незадоволеністю тілом виявилася значно сильнішою ($r = 0,64$, $p < 0,001$), ніж у хлопців ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Аналогічно, зв'язок перфекціонізму з ризиком розвитку розладів харчової поведінки також більш виражений у дівчат ($r = 0,59$, $p < 0,001$) порівняно з хлопцями ($r = 0,41$, $p < 0,01$). Водночас, у хлопців виявлено сильніший зв'язок між самооцінкою та незадоволеністю тілом ($r = -0,60$, $p < 0,001$), ніж у дівчат ($r = -0,48$, $p < 0,001$). Ці відмінності можуть пояснюватися різними гендерними стандартами зовнішності та соціалізацією, що формують відмінні патерни сприйняття та оцінки тіла у підлітків різної статі.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення соматичної дисоціації як потенційного механізму, що пов'язує тривожність, травматичний досвід та порушення харчової поведінки. Аналіз даних, отриманих за Шкалою соматичної дисоціації (SDQ-20), показав, що високий рівень соматичної дисоціації, який проявляється у відчуженні від власного тіла, порушенні тілесних відчуттів та сприйняття тіла як "чужого", тісно пов'язаний як з травматичним досвідом ($r =$

0,65, $p < 0,001$), так і з ризиком розвитку розладів харчової поведінки ($r = 0,58$, $p < 0,001$). Медіаційний аналіз підтвердив, що соматична дисоціація виступає значущим медіатором між травматичним досвідом та розладами харчової поведінки (непрямий ефект: $\beta = 0,25$, $SE = 0,06$, 95% CI [0,14, 0,36]). Особливо сильний цей медіаційний ефект для підлітків, які пережили фізичне або сексуальне насильство, що супроводжувалося тілесним вторгненням та порушенням тілесних меж.

Відповідно до моделі структурних рівнянь (SEM), побудованої на основі отриманих даних, формування розладів харчової поведінки у підлітків може бути представлене як складний процес взаємодії особистісних (перфекціонізм, тривожність, низька самооцінка), когнітивних (спотворене сприйняття тіла, дисфункціональні переконання щодо ваги та зовнішності) та емоційних (негативний афект, труднощі емоційної регуляції) компонентів. Модель продемонструвала хороші показники відповідності емпіричним даним ($\chi^2 = 36,42$, $df = 24$, $p = 0,05$; CFI = 0,96; RMSEA = 0,04; SRMR = 0,03) та пояснює 68,5% дисперсії ризику розвитку розладів харчової поведінки. Згідно з цією моделлю, тривожність впливає на ризик розвитку розладів харчової поведінки через три основні шляхи: (1) через формування негативного образу тіла ($\beta = 0,31$, $p < 0,001$); (2) через посилення перфекціоністських тенденцій ($\beta = 0,28$, $p < 0,001$); (3) через порушення емоційної регуляції ($\beta = 0,24$, $p < 0,001$) [39, с. 156].

Аналіз взаємозв'язку між здатністю до диференціації емоцій (вимірюваною за допомогою Шкали диференціації емоцій) та харчовою поведінкою виявив, що підлітки з низькою здатністю розрізняти та називати власні емоційні стани демонструють вищий ризик розвитку розладів харчової поведінки ($r = -0,49$, $p < 0,001$), особливо емоціогенного типу ($r = -0,57$, $p < 0,001$). Цей результат підтверджує роль алекситимії та труднощів емоційної регуляції у формуванні дезадаптивних харчових патернів, коли харчова поведінка стає способом впоратися з нерозпізнаними або нестерпними емоційними станами. Регресійний аналіз показав, що здатність до диференціації емоцій є незалежним предиктором ризику розвитку розладів харчової поведінки ($\beta = -0,26$, $p < 0,001$) навіть після

контролю змінних тривожності, депресії та перфекціонізму, що підкреслює важливість цього аспекту емоційної компетентності у формуванні здорових харчових патернів.

3.3 Моделі психологічної інтервенції при роботі з підлітками групи ризику та програма профілактики та психологічної підтримки підлітків зі схильністю до розладів харчової поведінки в умовах стресу

На основі результатів емпіричного дослідження особливостей формування розладів харчової поведінки у підлітків під впливом стресових факторів та травматичного досвіду розроблено комплексну програму психологічної інтервенції та профілактики. Програма базується на інтегративному підході, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, травма-інформованого підходу, терапії, сфокусованої на емоціях, та інтерперсональної терапії, адаптовані для роботи з підлітковою аудиторією. Концептуальним підґрунтям програми виступає біопсихосоціальна модель розвитку розладів харчової поведінки, доповнена результатами дослідження щодо ролі травматичного досвіду та емоційної регуляції у формуванні патологічних харчових патернів. Розробка програми спиралася на принципи доказової практики, підліткової психології розвитку та клінічні рекомендації щодо профілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки [40, с. 198].

Програма має трирівневу структуру, відповідно до ступеня ризику розвитку розладів харчової поведінки та наявності специфічних факторів вразливості: первинна профілактика для загальної популяції підлітків; вторинна профілактика для підлітків групи ризику; рання інтервенція для підлітків із субклінічними проявами розладів харчової поведінки. Первинний рівень профілактики спрямований на формування здорових харчових патернів, позитивного сприйняття тіла та розвиток психологічної резильєнтності до стресу в загальній популяції підлітків. Цей рівень реалізується через освітні програми для шкільних класів, що включають вісім тематичних модулів по 45 хвилин: "Здорове харчування та інтуїтивне харчування", "Критичне сприйняття медіа та

стандартів краси", "Позитивний образ тіла", "Емоційна грамотність", "Стрес-менеджмент", "Здорові міжособистісні стосунки", "Асертивність та психологічні межі", "Самоприйняття та самоцінність". Програма передбачає використання інтерактивних методів навчання, групових дискусій, рольових ігор та творчих проєктів, що сприяє активному залученню підлітків та ефективному засвоєнню матеріалу.

Вторинний рівень профілактики орієнтований на підлітків з виявленими факторами ризику розвитку розладів харчової поведінки: перфекціонізм, підвищена тривожність, низька самооцінка, незадоволеність тілом, труднощі емоційної регуляції, наявність травматичного досвіду. Цей рівень реалізується через групові тренінги для малих груп (6-8 осіб) та індивідуальні консультації. Групові тренінги включають 10 сесій по 90 хвилин з періодичністю раз на тиждень та охоплюють такі теми: "Зв'язок між думками, емоціями та харчовою поведінкою", "Робота з дисфункціональними переконаннями щодо тіла та харчування", "Розвиток навичок емоційної регуляції", "Адаптивний перфекціонізм та самоспівчуття", "Техніки управління тривогою", "Тілесна усвідомленість та заземлення", "Комунікація та вирішення конфліктів", "Побудова системи соціальної підтримки", "Планування та прийняття рішень", "Релаксація та відновлення ресурсів". Індивідуальні консультації проводяться за потребою та дозволяють адаптувати профілактичні втручання до специфічних потреб конкретного підлітка.

Рання інтервенція для підлітків із субклінічними проявами розладів харчової поведінки включає структуровану програму когнітивно-поведінкової терапії, адаптовану для підліткового віку, з елементами травма-інформованого підходу. Програма складається з 15-20 індивідуальних сесій тривалістю 50-60 хвилин з періодичністю 1-2 рази на тиждень. Структура програми включає кілька фаз: (1) оцінка та формування терапевтичного альянсу (1-2 сесії); (2) психоедукація щодо розладів харчової поведінки, їх причин та наслідків (2-3 сесії); (3) нормалізація харчових патернів та моніторинг харчової поведінки (3-4 сесії); (4) когнітивне реструктурування дисфункціональних переконань щодо

тіла, ваги та харчування (3-4 сесії); (5) робота з образом тіла та тілесною усвідомленістю (2-3 сесії); (6) розвиток навичок емоційної регуляції та стрес-менеджменту (2-3 сесії); (7) опрацювання травматичного досвіду, якщо такий наявний (за потребою, 2-4 сесії); (8) профілактика рецидивів та підтримка змін (1-2 сесії). Програма передбачає активне залучення батьків або опікунів підлітка, які беруть участь у 3-5 спільних сесіях та отримують рекомендації щодо підтримки підлітка в повсякденному житті [41, с. 156].

Особливістю розробленої програми є її травма-інформований характер, що враховує потенційний вплив травматичного досвіду на формування розладів харчової поведінки. Травма-інформований підхід реалізується через кілька принципів: (1) створення середовища безпеки та довіри у взаємодії з підлітком; (2) визнання зв'язку між травматичним досвідом та харчовими порушеннями без патологізації або стигматизації; (3) відновлення почуття контролю та самоефективності підлітка; (4) використання технік заземлення та ресурсування для роботи з травматичними реакціями; (5) поступове опрацювання травматичного досвіду в безпечному контексті; (6) інтеграція тілесно-орієнтованих практик для відновлення здорового зв'язку з тілом. За наявності значного травматичного досвіду або симптомів посттравматичного стресу програма передбачає можливість поглибленої травма-фокусованої роботи з використанням валідованих методів, таких як травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) або EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Окремим компонентом програми є модуль для роботи з підлітками в умовах гострого або хронічного стресу, включаючи стрес, пов'язаний з воєнним станом. Цей модуль включає додаткові інтервенції, спрямовані на розвиток резильєнтності, управління тривогою, подолання невизначеності та психологічну стабілізацію. Модуль може інтегруватися в основну програму або використовуватися окремо залежно від потреб конкретної групи підлітків. Ключові компоненти модуля: техніки психологічної першої допомоги, стабілізації емоційного стану, розвиток навичок толерування дистресу, пошук

сенсу та постійності в умовах невизначеності, відновлення соціальних зв'язків та підтримки, структурування повсякденного життя, включаючи режим харчування, сну та фізичної активності.

Важливим аспектом програми є її системність, що передбачає роботу не лише з підлітками, але й з їхнім соціальним оточенням – батьками, педагогами, однолітками. Розроблено окремі модулі для батьків підлітків групи ризику, що включають 5 групових сесій по 120 хвилин з такими темами: "Розуміння особливостей харчової поведінки та образу тіла в підлітковому віці", "Комунікація з підлітком про тіло, вагу та харчування", "Моделювання здорових харчових патернів у сім'ї", "Підтримка психологічного благополуччя підлітка в стресових умовах", "Розпізнавання ознак розладів харчової поведінки та пошук професійної допомоги". Для педагогів та шкільних психологів розроблено тренінг-семінар тривалістю 6 годин, що включає теоретичну інформацію про розлади харчової поведінки, їх прояви та фактори ризику, а також практичні рекомендації щодо профілактики та раннього виявлення цих розладів у шкільному середовищі [42, с. 245].

Апробація програми проводилася на базі двох загальноосвітніх шкіл м. Києва. У пілотному впровадженні програми взяли участь 45 підлітків віком 13-17 років, з них 24 дівчини та 21 хлопець. 18 підлітків брали участь у первинній профілактичній програмі, 15 – у вторинній профілактиці для групи ризику, 12 – у програмі ранньої інтервенції для підлітків з субклінічними проявами розладів харчової поведінки. Для оцінки ефективності програми проводилося порівняння показників до та після інтервенції за ключовими параметрами: ризик розвитку розладів харчової поведінки (EAT-26), незадоволеність тілом (BDS), рівень тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна), здатність до емоційної регуляції (Шкала диференціації емоцій), резильєнтність до стресу (Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона). Статистичний аналіз з використанням t-критерію Стьюдента для залежних вибірок виявив статистично значущі позитивні зміни за всіма показниками після проходження програми ($p < 0,05$), з найбільш вираженим ефектом для групи ранньої інтервенції.

Якісна оцінка ефективності програми на основі феноменологічного аналізу інтерв'ю з учасниками та зворотного зв'язку від батьків і педагогів показала поліпшення в таких сферах: нормалізація харчових патернів, зменшення харчових обмежень та епізодів переїдання, зниження заклопотаності вагою та формою тіла, розвиток більш позитивного та прийняттого ставлення до тіла, поліпшення навичок емоційної регуляції, зокрема здатності розпізнавати та виражати емоції адаптивними способами, підвищення стресостійкості та розвиток ефективних копінг-стратегій, поліпшення міжособистісних стосунків з однолітками та батьками. Учасники програми відзначали корисність отриманих знань та навичок, зокрема в контексті подолання стресу, пов'язаного з воєнним станом та соціальною невизначеністю.

На основі результатів апробації до програми було внесено корективи та доповнення, зокрема: збільшено кількість сесій, присвячених роботі з емоційною регуляцією; розширено компонент, пов'язаний з тілесною усвідомленістю та заземленням; додано більше інтерактивних та творчих методів роботи для підвищення залученості підлітків; посилено модуль для батьків з акцентом на комунікативні навички та створення підтримуючого сімейного середовища. За результатами апробації також розроблено методичні рекомендації для фахівців, які працюють з підлітками, щодо впровадження програми в різних контекстах – освітніх закладах, психологічних службах, медичних установах, центрах соціальних служб.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Результати емпіричного дослідження виявили значну поширеність схильності до розладів харчової поведінки у вибірці підлітків, особливо серед дівчат та в середньому підлітковому віці. Факторний аналіз дозволив виділити чотири основні компоненти схильності до розладів харчової поведінки: "Незадоволеність тілом та прагнення до худорлявості", "Емоційна дисрегуляція та емоціогенне харчування", "Перфекціонізм та надмірний самоконтроль", "Соціальна тривожність та зовнішня орієнтація". Кластерний аналіз виявив три

типологічні групи підлітків: "Рестриктивний тип", "Емоційно-екстернальний тип" та "Адаптивний тип".

Дослідження підтвердило наявність сильного взаємозв'язку між особистісними характеристиками, тривожністю, сприйняттям тілесного образу та ризиком розвитку розладів харчової поведінки. Медіаційний аналіз показав, що незадоволеність тілом виступає значущим медіатором між особистісною тривожністю та ризиком розвитку розладів харчової поведінки, а соматична дисоціація опосередковує вплив травматичного досвіду на харчові порушення. На основі отриманих результатів розроблено трирівневу програму психологічної інтервенції та профілактики, що враховує ступінь ризику та специфіку травматичного досвіду. Програма поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, травма-інформованого підходу та емоційно-фокусованої терапії, адаптовані для роботи з підлітками. Апробація програми показала її ефективність у нормалізації харчових патернів, зниженні тривожності та поліпшенні образу тіла у підлітків групи ризику.

ВИСНОВКИ

На основі тексту вашої магістерської роботи, я підготую змістовні висновки, що відповідають поставленим завданням та включають емпіричні дані з дослідження.

Відповідно до поставлених завдань магістерського дослідження, можна сформулювати такі висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння розладів харчової поведінки, їх класифікації, симптоматики та етіології. Встановлено, що розлади харчової поведінки становлять групу психопатологічних феноменів, що характеризуються специфічними порушеннями патернів споживання їжі, викривленим сприйняттям образу власного тіла та надмірною зосередженістю на контролі ваги. Сучасна класифікація включає анорексію нервову, булімію нервову, розлад компульсивного переїдання, а також інші уточнені та не уточнені розлади харчової поведінки. Етіологія цих розладів є складною та багатофакторною, включаючи взаємодію генетичних, нейробіологічних, психологічних, сімейних та соціокультурних чинників.
2. Визначено особливості розвитку харчової поведінки в підлітковому віці, її вікові та психологічні аспекти. Підлітковий вік є періодом підвищеної вразливості до розвитку розладів харчової поведінки внаслідок інтенсивних фізіологічних змін, формування ідентичності, нестабільності самооцінки, підвищеної чутливості до соціальної оцінки. Дослідження показало, що незадоволеність власним тілом найбільш виражена в середньому підлітковому віці (14-15 років), де високий рівень незадоволеності виявлено у 64,3% респондентів, порівняно з 47,4% у ранньому підлітковому віці та 50,0% у пізньому підлітковому віці. Гендерні відмінності проявляються в тому, що дівчата демонструють вищу схильність до всіх аспектів порушень харчової поведінки, особливо до дієтичних обмежень ($14,2 \pm 6,8$ балів порівняно з $8,7 \pm 5,2$ у хлопців) та емоційно зумовленого харчування.

3. Емпірично досліджено особливості харчової поведінки підлітків та її взаємозв'язок зі стресовими факторами, травматичним досвідом, образом тіла, стратегіями емоційної регуляції та соціокультурними впливами. Результати показали високу поширеність травматичного досвіду серед досліджуваних підлітків (71,7%), з найчастішими травмами, пов'язаними з булінгом у школі (29,2%), емоційним насильством (26,7%), свідченням насильства (23,3%) та емоційною занедбаністю (22,5%). Виявлено, що підлітки з високим рівнем впливу воєнного стресу демонструють значно вищі показники тривожності ($52,4 \pm 8,3$ проти $41,2 \pm 6,9$ у групі з низьким рівнем впливу), депресивних симптомів ($18,3 \pm 7,2$ проти $12,4 \pm 5,9$) та частіше повідомляють про зміни в харчовій поведінці (78,6% проти 40,4%).
4. Факторний аналіз дозволив виявити чотири основні компоненти, що лежать в основі схильності до формування розладів харчової поведінки у підлітків: "Незадоволеність тілом та прагнення до худорлявості" (25,8% дисперсії), "Емоційна дисрегуляція та емоціогенне харчування" (19,3% дисперсії), "Перфекціонізм та надмірний самоконтроль" (16,7% дисперсії), "Соціальна тривожність та зовнішня орієнтація" (11,4% дисперсії). Кластерний аналіз виділив три типологічні групи підлітків за характером схильності до порушень харчової поведінки: "Рестриктивний тип" (31,7% вибірки), "Емоційно-екстернальний тип" (35,0% вибірки) та "Адаптивний тип" (33,3% вибірки).
5. Медіаційний аналіз показав, що незадоволеність тілом виступає значущим медіатором між особистісною тривожністю та ризиком розвитку розладів харчової поведінки (непрямий ефект: $\beta = 0,28$, $SE = 0,05$, 95% CI [0,18, 0,38]). Соматична дисоціація виявилася значущим медіатором між травматичним досвідом та розладами харчової поведінки (непрямий ефект: $\beta = 0,25$, $SE = 0,06$, 95% CI [0,14, 0,36]), що підтверджує роль тілесного відчуження як механізму, через який травматичний досвід впливає на формування патологічних харчових патернів.

6. На основі отриманих результатів розроблено комплексну програму психопрофілактики та ранньої інтервенції при розладах харчової поведінки, що враховує вплив стресових факторів та травматичного досвіду. Програма має трирівневу структуру: первинна профілактика для загальної популяції підлітків, вторинна профілактика для підлітків групи ризику та рання інтервенція для підлітків із субклінічними проявами розладів харчової поведінки. Характерною особливістю програми є її травма-інформований підхід та включення спеціального модуля для роботи з підлітками в умовах гострого стресу, пов'язаного з воєнним станом.
7. Апробація програми на вибірці з 45 підлітків показала статистично значущі позитивні зміни за ключовими показниками: зниження ризику розвитку розладів харчової поведінки, зменшення незадоволеності тілом, зниження рівня тривожності, покращення здатності до емоційної регуляції та підвищення резильєнтності до стресу ($p < 0,05$). Найбільш виражений ефект спостерігався у групі ранньої інтервенції для підлітків із субклінічними проявами розладів харчової поведінки.
8. Розроблено практичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків щодо профілактики та ранньої ідентифікації розладів харчової поведінки у підлітків, що включають окремі модулі для роботи з батьками (5 групових сесій) та тренінг-семінар для педагогів (6 годин). Рекомендації враховують особливості підліткового віку, специфіку впливу травматичного досвіду та стресових факторів, а також наявні захисні фактори, такі як розвинуті навички емоційної регуляції, позитивне сімейне середовище, здорові моделі харчової поведінки.

Таким чином, проведене дослідження розширює наукове розуміння особливостей формування розладів харчової поведінки в підлітковому віці під впливом стресових факторів та травматичного досвіду, що має значну теоретичну та практичну цінність для розробки ефективних стратегій профілактики та ранньої інтервенції. Особливе значення має врахування

специфічних стресорів, характерних для сучасного українського контексту, зокрема тих, що пов'язані з воєнним станом, що дозволяє розробляти більш таргетовані та культурно-релевантні програми психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. Розлади харчової поведінки: клінічна епідеміологія та коморбідність. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 13. С. 48-57.
2. Вакуленко Л. О., Клименко В. М. Діагностичні критерії розладів харчової поведінки у підлітків: сучасний стан проблеми. Медична психологія. 2021. Т. 16, № 2. С. 79-89.
3. Коваленко Н. В., Сидоренко А. Ю. Орторексія та дисморфічні розлади як нові форми порушень харчової поведінки: діагностика та терапія. Український медичний часопис. 2021. № 4(144). С. 163-171.
4. Малишева Н. С. Психологічні та соматичні прояви розладів харчової поведінки: інтегративний підхід. Медична психологія. 2022. Т. 17, № 3. С. 226-237.
5. Тимофеева М. П., Дереш В. В. Нейробиологічні механізми розладів харчової поведінки: від генетики до епігенетики. Клінічна та експериментальна патологія. 2022. Т. 21, № 3. С. 104-114.
6. Карпенко О. Г., Литвиненко В. І. Соціокультурні чинники формування розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Український соціологічний журнал. 2021. № 2. С. 190-201.
7. Шевченко Н. Ф., Гура Т. В. Тригерні механізми маніфестації розладів харчової поведінки: біопсихосоціальний аналіз. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2022. № 1. С. 238-249.
8. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М. Трансдіагностичний підхід до психотерапії розладів харчової поведінки. Психологічний часопис. 2022. Т. 8, № 2. С. 311-325.
9. Романчук О. І., Зінченко С. М. Вікові та гендерні особливості харчування у підлітковому віці: нормативні та патологічні прояви. Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Серія: Психологічні науки. 2021. № 3. С. 121-134.

10. Кейзер І. О., Робертсон Т. В. Харчові практики як спосіб вираження ідентичності у сучасних підлітків. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 11, Вип. 22. С. 236-249.
11. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Образ тіла та харчова поведінка підлітків: гендерні відмінності. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 170-183.
12. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вплив однолітків та соціальних мереж на формування харчової поведінки сучасних підлітків. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2020. № 4. С. 315-327.
13. Романів О. П., Хаустова О. О. Стратегії емоційної регуляції та їх зв'язок з розладами харчової поведінки у підлітків. *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 1. С. 152-162.
14. Максименко С. Д., Грись А. М. Вікова динаміка харчової поведінки в підлітковому віці: лонгітюдне дослідження. *Проблеми сучасної психології*. 2021. Вип. 53. С. 205-219.
15. Чабан О. С., Венгер О. П. Транзакційні моделі розвитку харчової поведінки: інтеграція біологічного та соціокультурного підходів. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6, № 3. С. 289-300.
16. Карсон В. І., Чендлер П. О. Комплексна дитяча травма та розлади харчової поведінки: механізми взаємозв'язку. *Медична психологія*. 2022. Т. 17, № 1. С. 143-156.
17. Оніщенко І. В., Ромек В. Г. Травматичний досвід та соматична дисоціація у пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2021. № 18. С. 258-271.
18. Бондаренко Н. В., Кісарчук З. Г. Концепт "травматичного тілесного досвіду" у терапії розладів харчової поведінки. *Психологічні перспективи*. 2022. Вип. 39. С. 172-185.
19. Карлсон К. М., Магнуссон О. В. Повсякденний стрес та його вплив на розвиток харчових порушень у дівчат-підлітків. *Український психологічний журнал*. 2020. № 2. С. 199-212.

20. Пауелл Ю. М., Мірошніченко О. А. Академічний стрес як фактор ризику розвитку розладів харчової поведінки у старших підлітків. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 2022. Вип. 1(12). С. 312-324.
21. Данілова М. В., Максименко К. С. Нейропластичність та харчова поведінка у підлітковому віці: вплив стресових чинників. Нейрофізіологія. 2021. Т. 53, № 3. С. 178-191.
22. Дроздов О. Ю., Пушкарьова Т. М. Травма-інформована терапія розладів харчової поведінки: інтегративний підхід. Психологічне консультування і психотерапія. 2021. Т. 15. С. 246-259.
23. Бондаренко О. М., Литвинчук Л. М. Теоретико-методологічні підходи до дослідження розладів харчової поведінки в сучасній психології. Психологічний журнал. 2023. Т. 9, № 1. С. 121-136.
24. Сидоренко Є. В., Мельник А. П. Організація психологічних досліджень в клінічній психології: методичні аспекти. Практична психологія та соціальна робота. 2022. № 3. С. 82-95.
25. Лозинська Н. С., Громова Г. М. Психодіагностичний інструментарій для дослідження харчової поведінки: проблеми адаптації та валідизації. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2023. Вип. 2. С. 127-142.
26. Колесніченко О. С., Титаренко Д. С. Авторські опитувальники в дослідженнях психологічних феноменів: методика розробки та психометричні вимоги. Вісник Національного університету оборони України. 2023. № 2(66). С. 86-99.
27. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П. Тріангуляція як стратегія забезпечення валідності результатів психологічного дослідження. Психологічні перспективи. 2022. Вип. 40. С. 147-164.
28. Ткаченко М. А., Рудницька С. М. Формування вибірки в психологічних дослідженнях: проблеми репрезентативності та стратифікації. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2023. № 1. С. 165-182.

29. Варга В. С., Пелешенко О. В. Психологічний клімат у сім'ї як фактор формування розладів адаптації у підлітків. *Медична психологія*. 2022. Т. 17, № 2. С. 209-226.
30. Климчук В. О., Горбунова В. В. Психологічні дослідження в умовах екстраординарної соціальної ситуації: методологічні виклики та рішення. *Психологія і суспільство*. 2022. № 2. С. 124-143.
31. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Психотравматичний досвід підлітків в умовах воєнного стану: діагностика та психологічна підтримка. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Серія: Психологічні науки. 2023. № 1. С. 195-209.
32. Гребінь Н. В., Подкоритов В. С. Особливості проведення психологічних досліджень з сенситивних тем в умовах воєнного часу. *Український психологічний журнал*. 2023. № 1. С. 168-187.
33. Ковальчук О. П., Карабаєва І. І. Дослідження психологічних феноменів у підлітків в умовах вимушеного переміщення: методологічні аспекти. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Психологія. 2023. Вип. 1(13). С. 158-172.
34. Щербатюк Б. А., Гриневич Є. Г. Діагностика ризику розвитку розладів харчової поведінки у підлітків: валідність скринінгових методик. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 1. С. 122-137.
35. Шебанова В. І., Діденко Г. О. Якісні методи в дослідженні суб'єктивних аспектів харчової поведінки: перспективи застосування. *Актуальні проблеми психології*. 2023. Т. 12, Вип. 29. С. 175-196.
36. Ващенко І. В., Антонова З. О. Роль перфекціонізму у формуванні дезадаптивної харчової поведінки у сучасних підлітків. *Проблеми сучасної психології*. 2023. Вип. 56. С. 217-231.
37. Гаврилькевич В. К., Літвінова О. В. Взаємозв'язок особистісних рис та ризику розвитку розладів харчової поведінки: результати емпіричного дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12: Психологічні науки. 2023. Вип. 17(62). С. 174-192.

- 38.Панченко О. А., Кутовий І. Б. Медіаційний аналіз у психологічних дослідженнях: теорія та практика застосування. Психологічний вісник Прикарпатського університету. 2022. Вип. 11. С. 201-218.
- 39.Блінов О. А., Максименко Ю. Б. Моделювання структурними рівняннями в дослідженнях клінічної психології: методологія та практика. Психологія і особистість. 2022. № 2. С. 143-159.
- 40.Проскурня А. С., Каденко О. А. Інтегративний підхід у розробці програм психологічної профілактики та інтервенції для підлітків. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія. 2023. Вип. 1(7). С. 189-205.
- 41.Сердюк Л. З., Власенко І. А. Когнітивно-поведінкова терапія з елементами травма-інформованого підходу у роботі з порушеннями харчової поведінки: методичні рекомендації. Психологія: теорія і практика. 2023. Вип. 1. С. 147-163.
- 42.Ятищук А. А., Венгер О. П. Системний підхід до профілактики та психологічної корекції порушень харчової поведінки у підлітків. Психологічне консультування і психотерапія. 2022. Т. 16. С. 238-253.

Соціальні мережі та інтернет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Фінансові проблеми в сім'ї	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Невпевненість щодо майбутнього	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Військові дії та воєнний стан	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Чи пережили Ви за останні 3 роки якусь із наступних подій? (можна обрати кілька варіантів) переїзд до іншого населеного пункту зміна школи розлучення/розставання батьків серйозна хвороба (Ваша або близької людини) втрата близької людини вимушене переселення через воєнні дії розлука з членами родини через воєнні дії перебування в зоні активних бойових дій булінг або цькування з боку однолітків насильство (фізичне, емоційне, сексуальне) інше (зазначте: _____) жодної з перелічених подій
8. Як часто Ви відчуваєте стрес у повсякденному житті? постійно (щодня) дуже часто (кілька разів на тиждень) час від часу (декілька разів на місяць) рідко (раз на місяць або рідше) майже ніколи

Харчова поведінка

9. Як Ви оцінюєте свою вагу? значно нижча за норму дещо нижча за норму нормальна дещо вища за норму значно вища за норму
10. Наскільки Ви задоволені своєю фігурою/тілом? повністю задоволений/а скоріше задоволений/а нейтрально скоріше незадоволений/а зовсім незадоволений/а
11. Як часто Ви дотримуєтеся дієт або обмежуєте себе в їжі? ніколи не обмежую себе рідко, інколи періодично часто постійно дотримуюсь дієти
12. Чи змінюється Ваш апетит або харчова поведінка під впливом стресу? (можна обрати кілька варіантів) їм більше, ніж зазвичай їм менше, ніж зазвичай, втрачаю апетит їм швидше, ніж зазвичай вживаю більше солодкого або "шкідливої" їжі їм більш хаотично, порушується режим харчування відмовляюся від їжі переїдаю, а потім відчуваю провину мій апетит не змінюється під впливом стресу

13. Чи трапляються у Вас епізоди, коли Ви з'їдаєте значно більше їжі, ніж зазвичай, і відчуваєте, що не можете контролювати себе? ніколи рідко (1-2 рази на рік) іноді (1-2 рази на місяць) часто (1-2 рази на тиждень) дуже часто (щодня або майже щодня)
14. Чи використовуєте Ви якісь із наведених способів контролю ваги? (можна обрати кілька варіантів) інтенсивні фізичні вправи пропуск прийомів їжі голодування протягом дня або довше прийом проносних засобів або препаратів для схуднення викликання блювання суворе підрахування калорій відмова від певних груп продуктів (вуглеводів, жирів тощо) жоден із перерахованих
15. Як часто Ви їсте, щоб подолати негативні емоції (сум, тривогу, нудьгу, гнів)? ніколи рідко іноді часто дуже часто
16. Чи вплинули військові дії та воєнний стан в Україні на Ваші харчові звички? ні, не вплинули так, я став/стала їсти менше так, я став/стала їсти більше так, моє харчування стало менш регулярним так, я став/стала вживати більше "шкідливої" їжі інше (зазначте: _____)
17. Яку роль соціальні мережі відіграють у Вашому ставленні до власного тіла та харчування? дуже сильно впливають, я часто порівнюю себе з іншими помірно впливають, іноді викликають занепокоєння щодо зовнішності мало впливають, я критично ставлюсь до стандартів краси зовсім не впливають важко відповісти
18. Скільки часу в день Ви зазвичай проводите в соціальних мережах? менше 1 години 1-2 години 3-4 години 5-6 годин більше 6 годин
19. Чи стежите Ви за сторінками/блогами про харчування, дієти, фітнес у соціальних мережах? так, активно стежу за багатьма такими сторінками так, стежу за декількома іноді переглядаю такий контент ні, не цікавлюсь таким контентом
20. Які способи Ви використовуєте для подолання стресу? (можна обрати кілька варіантів) спілкування з друзями/близькими фізична активність,

спорт творча діяльність (малювання, музика тощо) читання, перегляд фільмів/серіалів комп'ютерні ігри вживання їжі, особливо солодкої або смачної соціальні мережі медитація, релаксаційні практики сон інше (зазначте: _____)

21. Чи є у Вас хтось, з ким Ви можете поговорити про свої проблеми та переживання? так, є кілька близьких людей так, є одна людина ні, немає таких людей важко відповісти

22. Чи впливає Ваш рівень стресу на те, як Ви сприймаєте своє тіло? так, коли я в стресі, я більш критично ставлюся до своєї зовнішності так, коли я в стресі, я менше думаю про свою зовнішність ні, моє сприйняття тіла не залежить від рівня стресу важко відповісти

23. Чи відбувалися зміни у Вашій харчовій поведінці під час воєнного стану? так, я став/стала їсти більше так, я став/стала їсти менше так, змінився режим та склад харчування так, я почав/почала більш суворо контролювати харчування ні, моє харчування не змінилося

24. Як часто Ви переглядаєте новини про воєнні події в Україні? кілька разів на день раз на день кілька разів на тиждень рідко намагаюся не переглядати взагалі

25. Оцініть, будь ласка, наскільки Ви згодні з наступними твердженнями (від 1 - повністю не згоден/на до 5 - повністю згоден/на):

Твердження	1	2	3	4	5
Я відчуваю, що маю контроль над своїм життям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я легко розпізнаю свої емоції та почуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я часто використовую їжу, щоб впоратися з негативними емоціями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Зовнішність є одним із найважливіших аспектів мого життя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я часто порівнюю себе з іншими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я відчуваю тривогу щодо майбутнього	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я маю ефективні способи впоратися зі стресом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дякуємо за Вашу участь у дослідженні!