

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

БАРТКО АНАСТАСІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

Допускається до захисту:
в.о. завідувача кафедри
кризової та клінічної психології
к. психол. наук, доцент
О.А. Соловей-Лагода
«__» _____ 2024 р.

ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях»
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Васюк К.М., к. психол. н.,
доцент, доцент кафедри
кризової та клінічної психології

(підпис)

Оцінка ____ / ____ / ____
(бали за шкалою ЄКТС / за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ	11
1.1 Поняття харчової поведінки в психологічній науці	11
1.2 Теоретичні аспекти дослідження феномену розладів харчової поведінки	21
1.3 Психологічний аналіз порушення харчової поведінки серед сучасної молоді	26
Висновок до розділу 1	36
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ.....	38
2.1. Характеристика вибірки та етапів дослідження.....	38
2.2 Опис методів і методик дослідження.....	47
Висновки до розділу 2	56
РОЗДІЛ 3. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ.....	59
3.1. Аналіз результатів дослідження рівня стресу у молоді.....	59
3.2. Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки в залежності стресу.....	64
3.3 Корекційна програма	71
Висновок до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	85

АНОТАЦІЯ

Бартко А.О. Психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді. Спеціальність 053 “Психологія”. Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024

У кваліфікаційній (магістерській) роботі досліджено психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді. Теоретично проаналізовано феномени стресу та його вплив на психічне здоров'я, а також соціально-психологічні чинники, що сприяють розвитку розладів харчової поведінки. Дослідження проводилося серед студентів Донецького національного університету імені Василя Стуса та Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Проблему розладів харчової поведінки вивчали з акцентом на її взаємозв'язок з рівнем стресу. У роботі використано такі методики: опитувальник EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), шкала психологічного стресу PSM-25 та тест на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих. Метою дослідження було виявити взаємозв'язок між рівнем стресу та розвитком розладів харчової поведінки серед студентської молоді.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, стрес, молодь, психологічні особливості, студенти, харчова поведінка, психічне здоров'я

77 с., 1табл., 6 рис., 4 дод., 50 джерел

Табл. 1, Рис 6, Бібліограф.: 50 найм.

ABSTRACT

Bartko A.O. Psychological Characteristics of the Emergence of Eating Disorders in Youth. Specialty 053 "Psychology". Vasyl Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2024

This qualification (master's) thesis examines the psychological characteristics of the emergence of eating disorders in youth. The phenomena of stress and its impact on mental health are theoretically analyzed, along with socio-psychological factors that contribute to the development of eating disorders. The research was conducted among students of Donetsk National University named after Vasyl Stus and Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsiubynsky. The problem of eating disorders was studied with an emphasis on its interrelation with stress levels. The following methods were used: the EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), the PSM-25 Psychological Stress Scale, and V.Yu. Shcherbatykh's test for determining stress levels. The aim of the study was to identify the relationship between stress levels and the development of eating disorders among university students.

Keywords: eating disorders, stress, youth, psychological characteristics, students, eating behavior, mental health

77 pages, 1 tables, 6 figures, 4 appendices, 50 sources

Tables 1, Figures 6, Bibliography: 50 titles.

ВСТУП

Актуальність. Донедавна порушення харчової поведінки розглядалися тільки як медичний діагноз або генетична схильність, проте тепер проблему харчової поведінки вивчають і як психологічний розлад. Дослідженням цієї теми займаються відомі медики і психологи, а саме: Е.А. Бухарова, А.В. Вахмістров, Т.Г. Вознесенська, М.О. Гаврилов, М.М. Гінзбург, А.Н. Дорожевец, О.К. Кислова, М.В. Коркіна, Є.С. Креславський, І.Г. Малкіна-Пих, В.Д. Менделевич, Ш.Р. Мінабутдінов, О.В. Ротов, О.А. Скугаревський, Х. Томе, М.А. Цівілько, С.Ю. Циркін та інші [1–3; 7; 8].

Більшість дослідників усе частіше схиляється до теорії, що саме психологічний чинник є основним у виникненні харчових порушень у молоді. Вживання їжі не завжди пов'язано з угамуванням голоду, і їжею нерідко зловживають із метою задоволення широкого спектра інших потреб: розрядки психоемоційного напруження, чуттєвої насолоди; спілкування; самоствердження; підтримки певних ритуалів або звичок; компенсації незадоволених потреб у турботі і любові; естетичного переживання. Є гіпотези, що трактують розлади прийому їжі як наслідки емоційних розладів: хронічного стресу, тривожності, депресії [1]. Стиль харчування відображає емоційні потреби і душевний стан людини. Задоволення голоду в стані емоційного неблагополуччя має міцний зв'язок із відчуттям комфорту і захищеності. Щоразу, коли тривожні і агресивні емоції пригнічуються, коли немає можливості їх висловити за допомогою довільної поведінки, вони створюють залишкову напругу і можуть, відповідно, здійснювати хронічний негативний вплив на різні фази травлення.

В умовах воєнного стану дослідження стає особливо актуальним, оскільки науково підтверджено, що стрес впливає негативно на фізичне та психічне здоров'я. Цей вплив породжує потребу в пошуку психосоціальної

підтримки, що сприяє розвитку або загостренню розладів харчової поведінки. Дане явище може стати причиною різних медичних проблем, таких як порушення сну, гіпертонічні кризи, розвиток цукрового діабету 2 типу та інші супутні захворювання. Отже, можемо зробити висновок, що наразі є гостра потреба у вивченні взаємозв'язку між рівнем стресу та розвитком розладів харчової поведінки.

Об'єктом дослідження є схильність до розладів харчової поведінки.

Предметом є дослідження психологічних особливостей виникнення розладів харчової поведінки у молоді.

Гіпотеза: негативні соціальні умови життя та високий рівень стресу зумовлює виникнення розладів харчової поведінки у молоді.

Мета: вивчення взаємозв'язку між рівнем стресу та розвитком харчової поведінки з метою визначення наявності ступеня їх взаємозалежності з метою покращення розуміння механізмів впливу стресу на харчові звички.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел стосовно проблематики порушень харчової поведінки та її чинників.
2. Визначити критерії оцінки рівню стресу та порушень харчової поведінки для практичного дослідження.
3. Дослідити інтенсивність прояву розладів харчової поведінки в залежності від рівню стресу.
4. Розробити комплексну психокорекційну програму, що включає методи управління стресом та модифікації харчової поведінки для зниження впливу стресу на харчові звички і загальний рівень стресу в учасників.

Для доведення гіпотези згідно з завданнями кваліфікаційної (магістерської) роботи використовуються наступні **методи дослідження:**

1. Теоретичні методи: аналіз досліджень, теорій та інших напрацювань з проблеми порушень харчової поведінки, класифікація і систематизація основних підходів до проблеми. Теоретико-методологічну основу дослідження впливу стресу на порушення харчової поведінки склали напрацювання таких дослідників, як Т. Л. Левицька, В. П. Миколюк, Литвин-Кіндратюк С.Д., Рудич М. В., Литвин М. А., Ільницька Т.

2. В якості емпіричних методів буде використано опитування за допомогою методик: опитувальник «Обстеження розладів харчової поведінки» (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q); методика «Шкала психологічного стресу PSM-25», методика «Тест на визначення рівня стресу» (за В. Ю. Щербатих).

3. Для дослідження взаємозв'язку між рівнем стресу та розвитком розладу харчової поведінки, ми використали кореляційний коефіцієнт Пірсона, який визначить ступінь лінійного зв'язку між двома змінними.

Теоретична значущість полягає у вдосконаленні досліджень психологічних та психосоматичних аспектів взаємодії між стресом та харчовою поведінкою, визначаючи ключові фактори, які можуть модулювати цей взаємозв'язок.

Отримані результати дозволять вдосконалити теоретичні моделі, описуючи вплив стресу на психічні та фізіологічні аспекти харчування. Розуміння цих механізмів може мати важливе значення для психології, психіатрії та психосоматичної медицини, розширюючи нашу базу знань про фактори, які визначають харчову поведінку в умовах стресу. Така інформація може слугувати основою для розробки нових психотерапевтичних підходів та стратегій лікування пацієнтів із розладами харчової поведінки, а також для підвищення ефективності профілактичних заходів у цьому контексті.

Практична значущість: результати цього дослідження можуть сприяти покращенню загального розуміння впливу стресу на харчові звички та здоров'я. Перш за все, вони можуть вказати на необхідність індивідуальних підходів до управління стресом та профілактики розладів харчової поведінки

Новизна роботи полягає у вивченні взаємодії стресу та розладів харчової поведінки, особливо в умовах військового конфлікту. Новизною є фокус на вивченні психосоматичного аспекту цієї взаємодії в контексті стресових ситуацій, що є рідкісним в контексті існуючих досліджень.

Результати дослідження можуть внести новий вклад у розуміння психологічних та фізіологічних механізмів адаптації організму до стресових умов через харчову поведінку. Такий підхід може бути ключовим для розробки інноваційних психотерапевтичних стратегій та профілактичних заходів, спрямованих на забезпечення психічного та фізичного здоров'я осіб, які переживають стрес.

Апробація дослідження: результати дослідження були представлені на II Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції “Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи” (16-17 травня 2024 р., м.Вінниця), а також на IV Міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності” (14-15 листопада 2024 р., м.Вінниця).

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота загальним обсягом 77 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, висновків, списку використаних посилань з 50 найменувань, додатків. Містить 7 таблиці, 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Поняття харчової поведінки в психологічній науці

Харчова поведінка є складним феноменом, що відображає взаємодію біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, які впливають на вибір, споживання та ставлення до їжі. Розуміння харчової поведінки є ключовим для вивчення розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія та компульсивне переїдання.

Перші систематичні дослідження харчової поведінки з'явилися в середині XX століття. Зигмунд Фрейд звертав увагу на психоаналітичні аспекти харчової поведінки, розглядаючи її як засіб вираження несвідомих конфліктів. У подальшому розвиток отримали поведінкові та когнітивні підходи. Альберт Бандура досліджував роль соціального навчання у формуванні харчових звичок, а Аарон Бек вивчав когнітивні викривлення, пов'язані з образом тіла та харчуванням.

Біологічні дослідження зосереджувалися на нейрохімічних та генетичних факторах. Зокрема, роль серотонінергічної системи у регуляції апетиту та настрою вивчали такі науковці, як Вальтер Кейн та Джон Бланчард. Генетичні дослідження виявили спадкову схильність до розладів харчової поведінки, що підтверджує мультифакторіальну природу цих розладів.

Сучасні дослідження також звертають увагу на вплив медіа та соціальних мереж на харчову поведінку, особливо серед молоді. Дослідження, проведені Келлі Браунеллом, показали зв'язок між культурою тонкого тіла та розвитком розладів харчової поведінки. Крім того, інтегративні підходи, такі

як біопсихосоціальна модель, намагаються об'єднати різні аспекти для глибшого розуміння та ефективного лікування розладів харчової поведінки.

Харчова поведінка не лише відображає фізіологічні потреби організму, але й є індикатором психологічного стану особистості та соціальних впливів. Вона включає такі компоненти, як харчові звички, переваги, мотивації та емоційні реакції, пов'язані зі споживанням їжі. Розлади харчової поведінки часто виникають на перетині біологічних факторів (наприклад, дисбаланс гормонів), психологічних (низька самооцінка, перфекціонізм) та соціальних (культурні стандарти краси, тиск оточення).

Одним із ключових аспектів досліджень є вивчення психопатологічних механізмів, що лежать в основі розладів харчової поведінки. Так, дослідження Хіларі Кеш та її колег підкреслюють роль емоційної регуляції та алекситимії в розвитку компульсивного переїдання. Інші дослідники, такі як Крістофер Фейрберн, розробили когнітивно-поведінкові моделі булімії, які стали основою для ефективних терапевтичних інтервенцій.

Соціокультурні фактори також залишаються в центрі уваги науковців. Дослідження Анни Борден показали, що вплив сімейних відносин, особливо батьківських очікувань та комунікації, може сприяти розвитку анорексії у підлітків. Крім того, глобалізація та західні стандарти краси впливають на підвищення рівня розладів харчової поведінки в різних культурах, що підтверджується дослідженнями в Азії та Африці.

Значний внесок у розуміння нейробіологічних основ харчової поведінки зробили дослідження з використанням методів нейровізуалізації. За допомогою функціональної МРТ виявлено зміни в активності мозкових областей, відповідальних за винагороду та контроль імпульсів, у пацієнтів з розладами харчової поведінки. Це відкриває нові перспективи для розробки фармакологічних та нейромодуляційних методів лікування.

Епідеміологічні дослідження свідчать про зростання поширеності розладів харчової поведінки, особливо серед молоді. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 70 мільйонів людей у світі страждають від цих розладів. Це підкреслює необхідність ранньої діагностики та втручання.

У сфері терапії розладів харчової поведінки застосовуються різні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, медикаментозне лікування та інтегративні методи. Метааналізи показують ефективність комбінованого підходу, що враховує індивідуальні особливості пацієнта.

Останні дослідження також звертають увагу на вплив пандемії COVID-19 на харчову поведінку. Підвищений рівень стресу, ізоляція та зміни в повсякденному житті призвели до збільшення випадків розладів харчової поведінки. Це ставить нові виклики перед системою охорони здоров'я та вимагає адаптації терапевтичних стратегій.

Таким чином, глибоке розуміння харчової поведінки та її розладів є критично важливим для суспільства. Міждисциплінарні дослідження та співпраця між науковцями, клініцистами та громадськими організаціями сприятимуть розробці ефективних рішень для цієї складної проблеми.

Харчова поведінка є узагальненим терміном, що охоплює всі аспекти поведінки, пов'язані з нормальним процесом споживання їжі. До цього поняття входять такі компоненти, як вибір продуктів, мотивація до вживання, способи прийому їжі, причини дотримання дієти та відповідні проблеми, включаючи ожиріння та різні порушення харчової поведінки. [58].

Харчова поведінка є фундаментальним аспектом виживання, з яким людина стикається щодня, оскільки необхідно приймати рішення щодо того, що, коли і в якій кількості споживати. Проте, на відміну від наших предків, які були зосереджені на пошуку їжі для забезпечення базових потреб в

енергії та поживних речовинах, сучасний вибір значно складніший. У сучасних суспільствах, як східних, так і західних, їжа є широко доступною, різноманітною, економічно доступною та привабливою. Крім того, харчова поведінка тісно пов'язана з емоційним станом людини. В рамках поведінкової медицини дослідження харчової поведінки фокусується на етіології, профілактиці та лікуванні таких захворювань, як ожиріння та порушення харчування. Воно також спрямоване на популяризацію здорових харчових звичок, які допомагають у профілактиці та контролі таких захворювань, як діабет, гіпертензія та онкологічні хвороби [45].

Харчова поведінка є складним процесом, оскільки люди щодня приймають сотні рішень щодо споживання їжі, на які впливають численні особисті, соціальні, культурні, екологічні та економічні фактори. Вибір продуктів харчування та кількість спожитої їжі мають значний вплив на здоров'я людини. Екологічна модель, що враховує вплив різних елементів соціального, фізичного та макроекономічного середовища, є корисною для розуміння багатьох детермінант харчової поведінки. Внутрішньо-особистісні фактори, які впливають на харчову поведінку та вибір їжі, включають фізіологічні процеси (голод, відчуття ситості, вроджений потяг до солодкого, специфічні мозкові механізми) та психологічні аспекти, такі як харчові уподобання, знання, мотивація, ставлення, цінності, риси особистості, когнітивні процеси та саморегуляція.

Дослідження показують, що соціальне середовище суттєво впливає на харчову поведінку. Харчова культура формується як опосередковано через дотримання певних правил харчування, так і безпосередньо, наприклад, людина може споживати менше їжі в присутності інших порівняно з тим, коли вона їсть наодинці. Фізичне середовище, зокрема доступність продуктів, контекст подачі їжі, а також зовнішні фактори, такі як близькість до їжі, її

привабливість, упаковка, розмір порції, тарілки і різноманітність асортименту, також впливають на вибір продуктів та кількість спожитої їжі.

Харчова поведінка є багатовимірним феноменом, який формується під впливом біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Серед них соціальне середовище відіграє ключову роль, визначаючи харчові звички, ставлення до тіла та ризик розвитку розладів харчової поведінки. Ця стаття розглядає основні дослідження, які підтверджують суттєвий вплив соціального середовища на харчову поведінку.

1. Вплив соціального тиску та ідеалів краси

Ерік Стіс у своїй метааналітичній роботі досліджував, як соціальний тиск щодо відповідності культурним ідеалам краси впливає на розвиток розладів харчової поведінки. У статті "Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review" (2002) Стіс проаналізував численні дослідження і виявив, що експозиція до медіа, які пропагують худорлявість, пов'язана з підвищеною незадоволеністю тілом та тенденцією до дієтичних обмежень [8].

Соціальний тиск формується через рекламні кампанії, журнали та телебачення, які встановлюють нереалістичні стандарти краси. Це призводить до того, що індивіди порівнюють себе з цими ідеалами, що може викликати негативне ставлення до власного тіла та провокувати нездорові харчові практики.

Анн Бекер провела унікальне дослідження на Фіджі, вивчаючи вплив західного телебачення на харчову поведінку місцевих дівчат. У статті "Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change" (2004) вона показала, що після впровадження телебачення на острові зросла кількість випадків незадоволеності тілом та розладів харчової поведінки. [Becker, A. E. (2004).

Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 533-559.]

Дослідження продемонструвало, як експозиція до західних медіа може змінити культурні стандарти краси та вплинути на харчову поведінку в суспільствах, де раніше такі проблеми були мінімальними.

Макрорівневе середовище включає в себе економічні системи, продовольчу та сільськогосподарську політику, процеси виробництва і розповсюдження харчових продуктів, їх маркетинг, а також культурні норми та цінності. Все це може мати непрямий, але значний вплив на вибір продуктів харчування та харчову поведінку загалом [45].

Коли організм відчуває енергетичний дефіцит, складна взаємодія фізіологічних процесів сигналізує мозку про необхідність прийому їжі, що проявляється як відчуття голоду. Після отримання достатньої кількості їжі ці процеси сигналізують про припинення споживання, викликаючи відчуття ситості або насичення. Однак ця гомеостатична регуляція часто піддається впливу постійної доступності їжі, що може провокувати прийом їжі навіть за відсутності голоду або при відчутті ситості [58].

Існує багато факторів, які автоматично та неусвідомлено впливають на харчову поведінку. Наприклад, споживання їжі може бути ініційоване або продовжене через соціальні обставини, такі як присутність інших людей у кафе [37]. У зв'язку з цим постійний контроль і саморегуляція є необхідними для того, щоб забезпечити організм належними поживними речовинами як у якісному, так і в кількісному відношенні. Водночас, здорове харчування також передбачає здатність насолоджуватися їжею, не зосереджуючись надмірно на контролі.

Психологічно здорова харчова поведінка – це процес позбавлений від помилкових, нефункціональних думок, які призводять до нездорового вибору їжі та стилів харчування, таких як:

1. «У мене був поганий день - я заслуговую на те, щоб почувати себе краще, тому куплю собі шоколадку» або «Трохи солодкого не так вже й погано». (виправдання)
2. «У мене нульова сила волі!» (перебільшене мислення)
3. «Раз я вже з'їв це печиво – то можу також просто насолодитися рештою сьогоднішнього дня, з'їсти ще щось шкідливе і розпочати дієту завтра». (мислення «все або нічого»)
4. «Правильна їжа має менше калорій». (недоцільні правила, які призводять до вживання набагато більшої кількості) Психологічно здорові їдці пам'ятають про єдину мету прийому їжі - здоров'я.

Вони легко розпізнають емоційні тригери, знають, як перестати їсти, коли відчують себе ситими, і в цілому більш внутрішньо керовані, ніж зовні. Вони дуже добре розуміють смак, текстуру та температуру їжі, а також важливість правильного пережовування. Психологічно здорові їдці не їдять, щоб задовольнити емоційну потребу або уникнути неприємного почуття чи ситуації, дотримуючись при цьому поради Бена Франкліна: «Треба їсти, щоб жити, а не жити, щоб їсти» [50].

Спеціалісти з харчування Лінн Россі, Пол Розін, Евелін Тріболе та Еліс Реш, Барбара Роллс, Уолтер Віллетт, Клод Фішлер та інші визначили такі складові психологічно правильної харчової поведінки [55]:

1. Усвідомлене харчування: Практика повної присутності під час прийому їжі, фокусування на смаку, текстурі, ароматі та вигляді продуктів.

Це включає розпізнавання сигналів голоду та насичення, що допомагає уникати переїдання або пропускання прийомів їжі.

2. Збалансований раціон: Споживання різноманітних продуктів з усіх харчових груп у правильних пропорціях. Збалансоване харчування забезпечує організм необхідними поживними речовинами для підтримки оптимального фізичного та психічного здоров'я.

3. Регулярність прийомів їжі: Встановлення постійного режиму харчування допомагає регулювати метаболізм та підтримувати стабільний рівень енергії протягом дня. Це також сприяє кращому контролю апетиту та запобігає екстремальним відчуттям голоду.

4. Позитивне ставлення до їжі: Розгляд їжі як джерела задоволення та необхідного ресурсу для життя, а не як ворога або засобу контролю. Важливо уникати почуття провини або тривоги, пов'язаних зі споживанням певних продуктів.

5. Прислухання до внутрішніх сигналів: Орієнтація на внутрішні відчуття голоду та ситості, а не на зовнішні фактори, такі як емоції чи соціальний тиск. Це допомагає регулювати кількість споживаної їжі відповідно до реальних потреб організму.

6. Гнучкість у харчуванні: Уникання жорстких дієтичних обмежень та дозволення собі іноді насолоджуватися улюбленими стравами. Гнучкий підхід сприяє довгостроковому дотриманню здорового раціону та запобігає виникненню почуття позбавлення.

7. Емоційна регуляція: Розвиток навичок управління емоціями без використання їжі як засобу справитися зі стресом, сумом чи нудьгою. Це включає пошук альтернативних стратегій, таких як фізична активність, медитація або спілкування з близькими.

8. Освіченість у сфері харчування: Розуміння основних принципів здорового харчування та критичне ставлення до дієтичних трендів та міфів. Це допомагає робити обґрунтований вибір продуктів та уникати непотрібних обмежень.

Повага до культурних та індивідуальних особливостей: Визнання та прийняття власних харчових уподобань, традицій та потреб без порівняння себе з іншими. Це сприяє формуванню автентичного та задовільного стилю харчування.

Згідно досліджень вчених Келлі Браунелл, Маріан Нестле, Сідні Мінделл, Хізер Мак-Канлі, Джуліанна Уорден для досягнення правильних харчових звичок потрібно дотримуватись плану:

1. Першим кроком до досягнення здорового харчування є розгляд людиною її стосунків з їжею. Якщо вона використовує їжу для відчуття комфорту або задоволення - такі стосунки з їжею можна вважати нездоровими на початковому етапі.

2. Оскільки вибір їжі часто підпорядковується соціальним та емоційним факторам, є сенс використовувати ці самі фактори, якщо є потреба у «редагуванні» неадекватної харчової поведінки.

3. Емоційна прив'язаність зазвичай сприймається як негативна емоція. Потрібно використовувати повне усвідомлення для створення нового позитивного емоційного зв'язку з процесом споживання їжі. Наприклад, спробувати пов'язати вживання їжі з позитивними емоціями, такими, як впевненість. Чим здоровіше людина їсть, тим краще почуватиметься, тим самим надаючи великої впевненості самій собі.

4. Важливо вживати їжу з людьми, які мають здорові звички в цьому сенсі, без засуджень, змушувань і контролю.

5. Їсти біля комп'ютеру або телевізору – заважає мозку сприймати скільки вже було споживано, що призводить до переїдання і незникаючого почуття голоду. Подальші поради стосуються звернень до психологічної підтримки, якщо є відчуття неадекватного сприйняття процесу прийому їжі. Що стосується українських дослідників та спеціалістів, то в їх дослідженнях надається мало інформації про психологічну сторону здорового харчування.

Здебільшого все стосується стандартних порад про норму споживаних калорій, які продукти можна вважати здоровими та корисними. На сайті МОЗ України є стаття кандидата медичних наук Олега Швеця, експерта за напрямком «Харчування», де зазначені базові правила дієти, але також наголошується на тому, що людина не повинна постійно контролювати і переживати за споживане, навпаки дотримуватись балансу і отримувати задоволення [1]

1.2 Теоретичні аспекти дослідження феномену розладів харчової поведінки

Проблема розладів харчової поведінки (РХП) вперше привернула увагу зарубіжних фахівців в середині 60-х років XX ст., оцінити ступінь поширення РХП складно, оскільки ті, хто страждають ними, неохоче говорять про свій стан або повністю заперечують наявність у них будь-якого розладу. Звернення ж до фахівців - це в більшості випадків ініціатива рідних і близьких, які побоюються за їх життя і здоров'я [1, с. 189]. РХП у загальному можна визначити як порушення, що призводять до зміненого споживання їжі та впливають на фізичне здоров'я людини і на її психосоціальне функціонування. Різні такі розлади мають подібні механізми розвитку, супроводжуються патологічною занепокоєністю та заклопотаністю людини своєю вагою, формою тіла [2]. Труднощі

діагностики РХП на ранніх стадіях зумовлені тим, що хвороба ховається під різного роду дієтами або серйозним захопленням фітнесом, які активно пропагуються ЗМІ і прийняті як схвалювані соціумом моделі поведінки [3, с. 5].

Поширення РХП частково обумовлено доступністю їжі. Достаток продуктів, що містять цукор, хлібобулочних виробів створюють складнощі для утримання ваги в межах норми. У зв'язку з цим відбувається зведення худого тіла в культ. На щастя, не всі приймають його як еталон краси, що підтверджує думку про те, що доступність їжі - лише один з можливих факторів. Вчені вважають, що РХП - результат біологічних, психологічних і соціокультурних факторів [4, с. 461]. Деякі варіанти порушень харчової поведінки увійшли в класифікації хвороб і вважаються розладами. У Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10) в розділі розладів прийому їжі, вказана нервова анорексія (завзята активна відмова від їжі з прагненням до максимальної худоби і втрати ваги), булімія (неконтрольовані напади переїдання, за якими слідує компенсаторна поведінка: викликання блювоти, очищення кишечника або інтенсивні фізичні вправи), психогенне переїдання і психогенна втрата апетиту[5].

У стандарті DSM-5, на основі якого працюють психіатри, харчові розлади представлені більш диференційованою картиною. Там, крім перерахованих розладів, присутній румінація, тобто нав'язливе відригування їжі з метою або її повторного пережовування, або випльовування, або зворотного ковтання; розлад прийому їжі уникаючого і обмежувального типу, при якому людина обмежує прийом певної їжі (наприклад, насиченої жирами або вуглеводами) і в результаті недоотримує важливі поживні речовини; а також фетиші в апетиті, при якому люди відчують тягу до неїстівного: крейди, вугілля, папері і тому подібному [6]. Є феномени, які

описуються, вивчаються і обговорюються в медичному співтоваристві, але які поки не включені в діагностичні мануали. Серед них, зокрема, орторексія, при якій об'єктом фіксації і обмежувальної поведінки є здоровий спосіб життя, зокрема здорова їжа. У разі якщо ці обмеження займають більшу частину життя людини і мають шкідливий вплив на його здоров'я, можна стверджувати, що це близько до розладу.

В контексті потреб людини можна виділити кілька функцій їжі. Перша функція - це насичення. Друга функція, спрямована на задоволення емоційних потреб - це отримання задоволення. Людина може демонструвати деяку схильність справлятися зі стресом або з якимись негативними переживаннями за рахунок їжі. Третя функція їжі пов'язана з відчуттям контролю. Для людей з анорексією (які часто схильні до перфекціонізму) контроль за тим, що і як вони їдять, є способом досягти почуття контролю, пов'язаного з досягненням ідеального уявлення про себе. В даний час існують різні підходи до визначення сутності та структури харчової поведінки. З точки зору В. Д. Менделевича, харчова поведінка є складним феноменом, який передбачає ціннісне ставлення до їжі і пов'язаним з нею ритуалів, і одночасно які уособлюють собою певну когнітивну модель поведінки, реалізовану в різних умовах і орієнтовану на образ власного тіла [7].

Дослідники також вказують на роль харчової поведінки як складної поведінкової реакції на різні внутрішні і зовнішні чинники в підтримці сталості внутрішнього середовища організму, в тому числі і функціонування психіки [6]. У структуру харчової поведінки, як правило, включають установки, форми поведінки, звички і емоції, пов'язані з їжею або прийомом їжі [2]. Таким чином, порушення харчової поведінки може розглядатися як поведінковий синдром, детермінований сукупністю біологічних і

психологічних факторів, що веде до погіршення функціонального стану організму і соціальної дезадаптації. В даний час у вітчизняній клінічній психології відсутні дослідження, спрямовані на вивчення впливу психологічних і соціальних факторів на формування розлади харчової поведінки у співробітників кримінально-виконавчої системи, існує потреба в підготовці науково обґрунтованих рекомендацій по профілактиці зазначеного психічного розладу. Слід враховувати такі фактори впливу на харчову поведінку людини, як:

1. Культурні цінності. Слід розуміти, що культура у широкому значенні цього терміну є основою усіх харчових виборів. Люди використовують категорії та правила своїх власних культур, субкультур, етнічних та професійних груп для окреслення того, що саме вони вважають прийнятною та/або найбільш вдалою їжею, обсяги та можливі поєднання обраних харчових продуктів, та види продуктів, традиційно позначувані як найкращі чи навпаки, заборонені [5].

2. Сприйняття, переконання, установки та цінності. Люди вибудовують власні сприйняття, переконання та установки щодо їжі на основі культурних цінностей та психосоціальних факторів, які формують їх харчові вибори. Такі ширші культурні конструкції можуть не завжди співпадати зі строгими науковими поглядами на безпечність чи харчову поживність тих або інших продуктів. Наприклад, сприйняття широким загалом ризиків обробки фруктів та овочів знезаражувальними хімікатами відрізняється від аналогічного сприйняття серед вчених-хіміків та спеціалістів-дієтологів, бо громадська думка має тенденцію до перебільшення небезпечності зовнішніх, нечітких, неконтрольованих та техногенних ризиків, звертаючи набагато меншу увагу на ті ризики, щодо яких люди насправді мають та можуть робити вибір.

3. Соціальні впливи. Людина здебільшого споживає їжу у присутності інших. Дослідження показують, що ефект соціальної фасилітації призводить до нижчого рівня споживання їжі наодинці і відповідно до вищого у обстановці групового споживання, особливо коли такі групи складаються зі знайомих між собою людей.

4. ЗМІ та реклама. Засоби масової інформації є одним із ключових джерел інформації про їжу та харчування для багатьох людей. Більшість рекламних бюджетів витрачають компанії, які виробляють упаковані солодкі та жировмісні продукти з високим рівнем обробки.

Із порушеннями харчової поведінки асоційовані численні негативні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини, її благополуччя та якості життя. В осіб із РХП існує підвищений ризик розвитку різних соматичних порушень, передчасної смерті, вони частіше схильні до вчинення суїцидальних спроб, порівнюючи з особами без таких порушень. Розлад харчової поведінки є значним стресом як для самого хворого, так і для його сім'ї. У дорослому віці це ускладнює функціонування людини у значущих сферах життя, порушує її благополуччя і знижує якість життя в цілому (Schaumberg et al., 2017). Разом з тим, соматичні, психологічні та психосоціальні порушення, які супроводжують розлади харчової поведінки, часто буває складно виявити, через що такі пацієнти не завжди отримують потрібне лікування.

1.3. Психологічний аналіз порушення харчової поведінки серед сучасної молоді

Дослідники виділяють три основні типи порушень харчової поведінки: обмежувальну, емоціогенну та екстернальну харчову поведінку. Для екстернальної харчової поведінки характерна підвищена чутливість не до

внутрішніх гомеостатичних сигналів, а до зовнішніх факторів, таких як сервіровка столу, реклама продуктів та страв тощо. Цей тип поведінки спостерігається практично у всіх осіб, які страждають ожирінням.

Особи з екстернальним типом харчової поведінки споживають їжу без встановленого режиму, незалежно від того, коли і в якій кількості вони їли раніше. Головним чинником є наявність їжі в доступі. Така поведінка призводить до переїдання під час зустрічей з друзями чи родичами, частих перекусів, переїдання на святкових заходах, скупівлі зайвих продуктів тощо. В результаті ці люди продовжують їсти, поки їжа доступна і знаходиться в їх полі зору.

Здорові люди з нормальним індексом маси тіла реагують на зовнішні харчові стимули лише тоді, коли відчують голод. Вираженість цієї реакції залежить від часу між прийомами їжі, її кількості та хімічного складу. Натомість у людей з надмірною вагою спостерігається інша картина: у них часто є підвищений апетит і відсутнє адекватне відчуття насичення, яке формується повільно. Почуття ситості у таких осіб спостерігається із затримкою й пов'язане з фізичним заповненням шлунку.

Гіперфагічна реакція на стрес, або емоційне переїдання, є прикладом емоціогенної харчової поведінки, часто описуваної як «харчове пияцтво». У цьому випадку стимулом для споживання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт: особа їсть не через фізіологічну потребу, а щоб справитись з тривогою, роздратуванням, поганим настроєм, самотністю, нудьгою чи розчаруванням. Таким чином, можна сказати, що така людина «заїдає» свої проблеми та негаразди, подібно до того, як інші можуть «запивати» алкоголем свої емоційні труднощі.

Емоціогенна харчова поведінка найчастіше стає вираженою в стресових ситуаціях, таких як тяжка хвороба чи смерть близької людини,

новина про подружню зраду, розлучення, підготовка до екзаменів або негативний результат на них, тривале очікування важливої події з сумнівами щодо її успішного завершення, гострі конфлікти на роботі чи вдома, а також періоди глибоких переживань через нещасливе або невдахе життя, почуття некрасивості чи непотрібності.

Такий розлад харчової поведінки може проявлятися через компульсивні епізоди або переїдання, що відбуваються поза звичним режимом харчування, а також синдром нічного жору. При цьому близько 8% осіб з надмірною вагою демонструють компульсивну поведінку, а серед людей, які страждають на ожиріння, цей показник зростає до 30%. Характерною рисою компульсивної поведінки є втрата самоконтролю щодо прийому їжі.

Деякі молоді люди намагаються боротися з переїданнями за допомогою проносних засобів чи інших методів позбавлення їжі. Інші ж не вдаються до таких методів, але з часом стикаються з постійною боротьбою з надмірною вагою. Це характерно для синдрому булімії, зокрема нервової булімії без розвантажень. Як і при нервовій булімії, приступи переїдання чергуються з періодами самообмеження в харчуванні. Психопатологічна картина цих розладів є подібною, проте люди з компульсивним переїданням звертаються за медичною допомогою значно пізніше, коли потребують допомоги у схудненні. Вони частіше потрапляють до загальних клінік, а не до психіатричних.

Поширеність компульсивного переїдання становить близько 2%. Однак у осіб з ожирінням приступи обжерливості зустрічаються у чверті або навіть третині випадків, причому частота їх збільшується зі ступенем ожиріння. Таким чином, приступи обжерливості можна вважати фактором ризику ожиріння, і у значної кількості осіб з надмірною вагою спостерігається розлад

харчового потягу. Напади обжерливості ускладнюють лікування ожиріння, знижують самооцінку пацієнтів. Крім того, при ожирінні з нападами обжерливості ризик розвитку ускладнень є вищим, ніж при простому ожирінні. Часті коливання ваги є незалежним фактором ризику серцево-судинних захворювань, і очевидно, що приступи обжерливості сприяють таким коливанням.

Напади переїдань у людей з надмірною вагою можуть лікуватися за допомогою антидепресантів та психотерапевтичних методів. Ці підходи можуть бути використані як доповнення до основного лікування ожиріння, хоча ефективність такої комбінованої терапії ще не досліджена в повній мірі.

Синдром нічної їжі зустрічається дещо рідше, ніж синдром компульсивної харчової поведінки, і серед пацієнтів з ожирінням він виявляється у 9% випадків. Синдром нічної їжі характеризується тріадою симптомів: ранкова анорексія, вечірнє та нічне переїдання, а також порушення сну. Це розлад найчастіше спостерігається у жінок з надмірною вагою, які схильні до депресії. Люди, які страждають на синдром нічної їжі, зазвичай не їдять в першу половину дня. Зранку їх апетит знижений, їжа може викликати огиду, а спроби їсти примусово можуть спричинити нудоту. Вдень апетит різко зростає, і до вечора відчувається сильний голод, що веде до значного переїдання. Існує закономірність: чим більше емоційний дискомфорт протягом дня, тим сильніше виражене вечірнє переїдання. Хворі часто не можуть заснути без значної кількості їжі, а їхній сон є поверховим, тривожним і неспокійним, з частими пробудженнями та новими епізодами прийому їжі вночі.

Згідно з даними Т. Вознесенської та А. Вахмістрова, голод і ситість у осіб, що страждають на синдром нічної їжі, є специфічними модуляторами рівня неспання. Після прийому їжі у таких пацієнтів спостерігається

зниження активності та працездатності, з'являється сонливість, що впливає на їх професійну діяльність. Це одна з причин, чому деякі пацієнти відмовляються від їжі перед робочим днем або протягом нього. Вечірнє переїдання вони використовують як снодійне.

У ранньому дитячому віці голод є основним фактором, що активує немовля, пробуджує його і стимулює емоційну та моторну активність, в той час як ситість після прийому їжі викликає релаксацію та сон. Однак із процесом дозрівання організму роль голоду і ситості як регуляторів рівня неспання значно зменшується, поступаючи місцем іншим факторам і мотиваціям. У людей з ожирінням такої заміни не відбувається. Таким чином, синдром нічної їжі у осіб з ожирінням можна трактувати як прояв психофізіологічної незрілості.

Обмежувальна харчова поведінка характеризується надмірними обмеженнями в харчуванні та безсистемним дотриманням строгих дієт, до яких часто вдаються особи з ожирінням. Періоди обмеженого харчування чергуються з етапами переїдання, що призводить до інтенсивного набору ваги. Ці фази обмеження харчування часто викликають емоційну нестабільність, що, в свою чергу, призводить до розвитку дієтичної депресії. Дієтична депресія — це комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають під час дієтотерапії, зокрема підвищена дратівливість, стомлюваність, внутрішня напруга, агресивність, тривожність, пригнічений настрій тощо.

Ці стани емоційної нестабільності можуть призвести до відмови від подальшого дотримання дієти і сприяти рецидиву захворювання. Після таких епізодів пацієнти часто відчують почуття провини, зниження самооцінки та втрату віри в можливість ефективного лікування. Особливо важко

дієтотерапію переносять особи з емоційним переїданням, для яких їжа є засобом боротьби з емоційним дискомфортом та способом релаксації.

Згідно з дослідженнями Т.Г. Вознесенської та А.В. Вахмістрова, особи з ожирінням і емоціогенною харчовою поведінкою, які проходять дієтотерапію, у 100% випадків переживають симптоми дієтичної депресії в різній мірі. У 30% людей без виражених порушень харчової поведінки симптоми дієтичної депресії можуть з'явитися на тлі дієтотерапії, що супроводжується значним емоційним дискомфортом і часто призводить до відмови від лікування.

Ожиріння може виникнути внаслідок неправильного харчового поведінкового стилю батьків, коли вони постійно реагують на будь-яке зовнішнє вираження потреби дитини пропозицією їжі та пов'язують прояви своєї любові з тим, чи їсть дитина, чи ні. Такі взаємини можуть призвести до нестабільності внутрішнього «Я», через що дитина не може адекватно переживати та обробляти фрустрації, що веде до потреби їх нейтралізації за допомогою «підкріплення» у вигляді їжі.

У пацієнтів з ожирінням часто спостерігається надмірно тісна емоційна прив'язаність до матері, з домінуванням її фігури в сімейній ієрархії, тоді як батько займає підпорядковану роль. Надмірна турбота матері може затримати фізичний розвиток дитини та її готовність до соціальних контактів, фіксуючи її в пасивно-рецептивній позиції.

З точки зору психодинаміки, надмірне споживання калорій можна розглядати як механізм захисту від негативних емоцій, особливо від депресивних переживань та страху.

Розроблено сучасну концепцію накопичення надмірної ваги, яка не тільки пояснює труднощі схуднення, а й надає реальні можливості для ефективного зниження ваги та підтримки стрункої фігури. Це так звана

біопсихосоціальна модель. Відповідно до цієї моделі, можна виділити три основні групи причин, які ведуть до збільшення ваги:

- **Фізіологічні (біологічні) причини:** це включає малорухливий спосіб життя, генетичну схильність та порушення енергетичного обміну. Однак важливо зазначити, що біологічні фактори надмірної ваги тісно пов'язані з психологічними.
- **Психологічні причини:** основними аспектами є два ключових моменти:

Психологічна залежність від їжі: у цьому випадку їжа використовується для корекції емоційного стану, подібно до алкоголю або нікотину. Якщо чоловіки часто вдаються до алкоголю для полегшення горя чи нудьги, то для жінок найбільш соціально прийнятним способом "втішення" є їжа, що дозволяє перетворити негативні емоції в зайву вагу. Торти та шоколадки підвищують настрій, не викликаючи осуду в суспільстві.

Так звана гіперфагічна (від грец. *hyper* — більше, *phagein* — їсти, поїдати) реакція на стрес виникає, коли їжа використовується під час або після стресових ситуацій. В цьому випадку переїдання стає своєрідним способом втечі від реальності, розвагою, що створює видимість душевного благополуччя. Однак робити висновок про повноцінний антистресовий ефект передчасно, оскільки проблему не вирішено, вона просто відсувається в глибину свідомості і періодично дає про себе знати. Третя група причин надмірної ваги — соціум. Це використання їжі для покращення стосунків з близькими, друзями чи колегами. В цьому випадку зайва вага може бути наслідком виховання в родині, де часто їдять за великим столом, або звички розслаблятися в компанії за багатими святковими столами. Іноді переїдання є способом налагодження комунікації в робочому середовищі. Однією з

гіпотез поширення розладів харчової поведінки є великий вплив суспільства на індивідуальні норми та цінності. Останні десятиліття наше суспільство просуває ідеал стрункості, вважаючи худорлявість синонімом успішності, здоров'я, привабливості та дисциплінованості, в той час як повнота асоціюється з непривабливістю, лінню та некомпетентністю. Існує думка, що збільшення кількості харчових розладів за останні 40-50 років пов'язано з посиленням впливу суспільного ідеалу худорлявості. Ця думка базується на спостереженнях за пацієнтами з нервовою булімією та анорексією, які надмірно турбуються про свою вагу та тіло.

З «соціальної» гіпотези випливає припущення, що через прийняті в суспільстві ролі та стереотипи розладами харчової поведінки в основному страждають жінки, тоді як чоловіки схильні до трудового. Пріоритети в суспільстві такі, що жінка повинна бути привабливою зовні для успішної взаємодії з чоловічою статтю, тоді як чоловік повинен бути насамперед реалізований соціально, в суспільстві та на роботі. За даними західних психіатрів, розладами харчової поведінки страждає 4% жінок у віці від 14 до 20 років. У чоловіків такі розлади зустрічаються значно рідше.

У підлітковому віці часто відзначається підвищена увага до своєї зовнішності, а також думку оточуючих про неї. Велике значення мають прийняті в суспільстві стандарти краси, які в XXI столітті можна визначити як тендітну, повітряну, граціозну фігурку. Немає нічого поганого в тому, що дівчина стежить за своєю вагою, якщо це не виходить за межі норми. Але іноді лише злегка надмірна вага або просто особа з широкими вилицями викликають хворобливе ставлення до «свого дефекту»: знижується настрій, з'являється відчуття, що оточуючі помічають це «потворність» і підсміюються, обмінюються багатозначними поглядами. Тобто розвивається дисморфобічний синдром – болісне переживання свого «фізичного

недоліку». Тоді починаються пошуки найбільш прийняттого для себе способу схуднення, при цьому болюча боротьба із зайвою вагою може приймати різні форми. Обидва ці захворювання можна розцінювати як гіперболізацію прийнятих у соціумі цінностей. Нервова булімія може супроводжувати нервову анорексію, але може виникнути й самотійно. Пацієнти з нервовою булімією стежать за своєю вагою, багато займаються фізкультурою, регулярно дотримуються дієти, але принаймні два рази на тиждень у них виникають напади обжерливості. За короткий час вони можуть з'їсти величезну кількість висококалорійної їжі, при цьому часто буквально заковтують їжу, не пережовуючи її і не відчуваючи смаку. Це закінчується, коли від переїдання починає боліти живіт, і тоді жертва хвороби намагається викликати блювоту або використовує велику кількість проносних або сечогінних засобів. Такий цикл може повторюватися кілька разів на тиждень, а у важких випадках кілька разів на день. Друзі та родичі можуть і не знати, що близька їм людина страждає цим розладом, тому що бенкетують такі пацієнти, як правило, поодиночі. На відміну від людей, які страждають на нервову анорексію, вони не втрачають вагу так швидко, вони можуть важити трохи менше або навіть трохи більше норми для їх росту, але їх соматичний стан погіршується. Розлади харчової поведінки ясно ілюструють зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Психічні порушення при нервовій анорексії та нервовій булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта, призводять до серйозних порушень соматичного стану пацієнта.

Висновок до розділу 1

На основі проаналізованої інформації можна зробити висновок, що розлади харчової поведінки (РХП) є серйозними психопатологічними станами, що характеризуються порушенням природного процесу харчування, яке може призвести до значних фізичних і психологічних наслідків. Харчова поведінка включає в себе всі аспекти споживання їжі, що включають вибір продуктів, їх кількість, частоту прийому, а також ставлення до їжі, що визначає загальний процес харчування. В нормі, харчова поведінка регулюється біологічними, психологічними та соціальними факторами, однак при розладах ці механізми зазнають змін, що призводять до порушення нормального функціонування організму.

Розлади харчової поведінки мають тісний зв'язок з емоційним станом індивіда. Стрес, депресія та тривожність є основними психогенними факторами, що можуть сприяти розвитку цих розладів. Люди, що страждають на РХП, часто використовують їжу як спосіб управління емоційним дискомфортом, що створює патологічну залежність від їжі. Психологічні проблеми, такі як низька самооцінка, почуття провини чи сорому, часто супроводжують ці розлади, що ще більше погіршує психологічне та фізичне здоров'я пацієнтів.

Соціальні фактори також відіграють значну роль у розвитку РХП. Відповідно до соціальних норм і цінностей, до яких індивіди прагнуть відповідати, спостерігається високий тиск на зовнішній вигляд і ідеальні стандарти тіла. Це може призвести до формування негативного ставлення до власного тіла і харчових звичок, особливо в молодому віці, коли підлітки піддаються значному соціальному тиску щодо зовнішнього вигляду. Тому не лише індивідуальні психологічні проблеми, а й суспільні стереотипи щодо ідеальних форм можуть стати важливим фактором у розвитку РХП.

Крім того, важливу роль у виникненні розладів харчової поведінки грає сімейна динаміка, зокрема виховання. Взаємодія з батьками, особливо домінування матері, може мати великий вплив на формування ставлення до їжі та тіла дитини. Прихильність до матері, занадто опікунська роль матері в сім'ї, часто призводить до розвитку пасивної ролі у дитини, що може сприяти формуванню патологічних харчових звичок.

Таким чином, розлади харчової поведінки є серйозними багатофакторними психічними захворюваннями, які вимагають комплексного підходу до діагностики та лікування. Вони виникають на основі взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів, і потребують відповідного наукового розуміння для ефективної корекції та підтримки здоров'я пацієнтів.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

2.1 Характеристика вибірки та етапів дослідження

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса серед студентів 1-4 курсів різних факультетів було проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки.

У нашому дослідженні взяли участь 70 студентів віком від 18 до 22 років, середній вік яких становив $20 \pm 1,5$ роки. Вибірка складалася з 45 дівчат (64%) та 25 хлопців (36%). Такий гендерний розподіл відображає реальну ситуацію в університетах та враховує те, що дівчата можуть бути більш схильні до участі в дослідженнях, пов'язаних з психологічними аспектами харчової поведінки. Учасники були студентами 1–4 курсів різних факультетів, що дозволило охопити молодь на різних етапах навчання та отримати всебічні та об'єктивні дані щодо причин виникнення розладів харчової поведінки. Така структура вибірки дає можливість узагальнити отримані результати та виявити загальні закономірності, притаманні студентам, що стикаються з факторами, які можуть провокувати розвиток РХП у нестабільних соціальних умовах, а також отриманню репрезентативних даних щодо рівня стресу та розладів харчової поведінки серед студентської молоді. Респонденти були відібрані з різних факультетів університету, що забезпечило різноманітність та репрезентативність вибірки.

Дослідження було проведено у форматі онлайн, що стало адаптованим рішенням через актуальні соціальні та політичні обмеження. Цей спосіб збору

даних мав кілька суттєвих переваг. По-перше, онлайн-формат дозволив охопити ширшу аудиторію респондентів незалежно від їх місця проживання, що сприяло більш активній участі студентів різних спеціальностей та курсів. По-друге, така форма забезпечила конфіденційність і допомогла знизити можливі психологічні перешкоди, які могли виникнути під час особистої участі, особливо при обговоренні таких делікатних тем, як життєві труднощі та причини виникнення розладів харчової поведінки.

Ознаки та методи визначення тенденцій до розладів харчової поведінки у піддослідних були встановлені за допомогою стандартизованої методики EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire). Цей опитувальник дозволяє кількісно оцінити різні аспекти харчової поведінки та пов'язаних з нею переживань, характерних для розладів харчової поведінки (РХП). EDE-Q складається з 28 основних пунктів, що охоплюють чотири ключові підшкали: обмежувальна поведінка, занепокоєння щодо прийому їжі, занепокоєння щодо ваги та занепокоєння щодо форми тіла. Кожен пункт оцінюється за шестибальною шкалою від 0 до 6, де 0 означає відсутність симптомів, а 6 — їх максимальну вираженість.

Окрім підшкал, опитувальник включає питання про частоту специфічних поведінкових симптомів за останні 28 днів, таких як напади переїдання, очищувальна поведінка (викликання блювання, використання проносних або діуретиків) та надмірна фізична активність з метою контролю ваги. Тенденції до РХП визначалися на основі високих балів за підшкалами та частоти поведінкових симптомів. Бали вище 4 за будь-якою з підшкал вважалися критичними та свідчили про високий ризик РХП. Учасники з такими балами демонстрували значне занепокоєння щодо ваги, форми тіла, свідоме обмеження прийому їжі та інші симптоми.

Поведінкові симптоми також враховувалися при визначенні наявності тенденцій до РХП. Наприклад, більше 4 нападів переїдання за останні 28 днів вважалося клінічно значущим показником. Очищувальна поведінка, така як викликання блювання або використання проносних, навіть при меншій частоті, теж свідчила про наявність серйозних проблем. Надмірна фізична активність з метою схуднення, особливо щоденна або майже щоденна, також була важливим показником.

У нашому дослідженні учасники, які мали високі бали за підшкалами та повідомляли про клінічно значущу частоту поведінкових симптомів, були віднесені до групи з тенденціями до РХП. Це дозволило нам визначити такі критерії, як незадоволення власним тілом, спотворене сприйняття образу власного тіла, свідоме обмежування себе в їжі та провину після прийому їжі.

Процес визначення наявності тенденцій до РХП включав оцінку балів за підшкалами EDE-Q, аналіз поведінкових симптомів та комплексну оцінку результатів. Учасники, які відповідали критеріям за високими балами та частотою симптомів, були віднесені до групи ризику. Враховувалися як психологічні (емоційні), так і поведінкові аспекти харчової поведінки, що дозволило отримати повну картину стану піддослідних.

Додатково враховувались вплив рівня стресу з урахуванням гендерних особливостей та психологічні фактори, такі як соціокультурні впливи, які можуть посилювати ризик розвитку РХП.

Етичні аспекти діагностики були ретельно дотримані: забезпечено конфіденційність даних, отримано інформовану згоду учасників, питання були сформульовані з урахуванням можливого психологічного дискомфорту. Поважаючи приватність та добробут респондентів, дослідники прагнули мінімізувати будь-який негативний вплив дослідження на їхній психологічний стан.

Таким чином, визначення тенденцій до розладів харчової поведінки у піддослідних базувалося на комплексній оцінці їхніх відповідей за методикою EDE-Q, з урахуванням високих балів за підшкалами та частоти поведінкових симптомів. Поєднання психологічних та поведінкових показників дозволило зробити обґрунтований висновок про наявність ризику розвитку РХП у певної частини молоді. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики та впровадження профілактичних заходів для підтримки психічного та фізичного здоров'я студентів.

Етапи дослідження:

1. Організація та проведення діагностики порушень харчової поведінки у молоді та їх психологічних особливостей за допомогою блоку психодіагностичних методик.

Наше дослідження проводилося протягом жовтня, і складалося з кількох послідовних етапів, кожен з яких мав свої завдання та тривалість. Нижче наводиться детальний опис кожного з етапів із зазначенням дат та тривалості.

Етап 1. Підготовчий етап (1 жовтня – 5 жовтня 2024 року)

Тривалість: 5 днів

Завдання:

1. Визначення мети та завдань дослідження:
 - Формулювання основної мети дослідження — виявити психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді та їх зв'язок з рівнем стресу.
 - Постановка конкретних завдань, які необхідно вирішити для досягнення мети.
2. Розробка гіпотез:

- Висунення гіпотези про те, що високий рівень стресу є значущим фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки.

3. Підбір та адаптація методик:

- Вибір відповідних психологічних методик для вимірювання рівня стресу та розладів харчової поведінки (EDE-Q, PSM-25, тест Щербатих).

- Адаптація методик для онлайн-формату.

4. Підготовка дослідницьких матеріалів:

- Створення онлайн-анкети з використанням платформи Google Forms

- Розробка інформованої згоди для учасників дослідження.

Етап 2. Збір даних (6 жовтня – 20 жовтня 2024 року)

Тривалість: 15 днів

Завдання:

1. Розповсюдження інформації про дослідження:

- Розсилання запрошень до участі через електронну пошту, соціальні мережі та студентські групи.

2. Залучення учасників:

- Мотивація студентів до участі шляхом пояснення важливості дослідження.

3. Проведення опитування:

- Учасники заповнювали онлайн-анкети у зручний для них час.

- Забезпечення анонімності та конфіденційності відповідей.

4. Контроль якості даних:

- Перевірка анкет на повноту та коректність заповнення.

- Відсіювання некоректних або неповних відповідей.

5. Проміжний аналіз:

- Моніторинг кількості отриманих відповідей.

- За необхідності—додаткове залучення учасників для досягнення планової вибірки.

Етап 3. Обробка та аналіз даних (21 жовтня – 28 жовтня 2024 року)

Тривалість: 8 днів

Завдання:

1. Систематизація даних:

- Експорт відповідей з онлайн-платформи у формат, придатний для статистичного аналізу (наприклад, Excel або SPSS).

- Створення бази даних з урахуванням усіх змінних.

2. Описова статистика:

- Розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, розподілів за статтю, віком, курсом навчання тощо.

3. Кореляційний аналіз:

- Розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона між рівнем стресу та показниками розладів харчової поведінки.

4. Регресійний аналіз:

- Побудова регресійної моделі для виявлення детермінант розладів харчової поведінки.

5. Аналіз за підгрупами:

- Порівняння результатів між групами за статтю, рівнем стресу, курсом навчання.

6. Побудова графіків та діаграм:

- Створення наочних матеріалів для візуалізації отриманих даних.

Етап 4. Інтерпретація результатів та написання звіту (29 жовтня – 31 жовтня 2024 року)

Тривалість: 3 дні

Завдання:

1. Інтерпретація отриманих даних:
 - Аналіз результатів статистичного оброблення.
 - Визначення значущості отриманих зв'язків та їх інтерпретація в контексті гіпотез дослідження.
2. Порівняння з літературними даними:
 - Співставлення отриманих результатів з попередніми дослідженнями в цій галузі.
3. Написання звіту:
 - Оформлення методологічного розділу, результатів дослідження, обговорення та висновків.
 - Включення таблиць, графіків та діаграм для ілюстрації даних.
4. Формулювання висновків та рекомендацій:
 - Підбиття підсумків дослідження.
 - Розробка практичних рекомендацій щодо зниження рівня стресу та профілактики розладів харчової поведінки серед молоді.
5. Підготовка до захисту:
 - Створення презентації для представлення результатів дослідження на захисті магістерської роботи.

Загальна тривалість дослідження

- Початок дослідження: 1 жовтня
- Завершення дослідження: 31 жовтня
- Загальна тривалість: 31 день

Календарний план дослідження

- 1–5 жовтня: Підготовчий етап

- 6–20 жовтня: Збір даних
- 21–28 жовтня: Обробка та аналіз даних
- 29–31 жовтня: Інтерпретація результатів та написання звіту

Примітки щодо проведення дослідження

Гнучкість у термінах: Хоча основні етапи були заплановані на конкретні дати, деякі завдання могли виконуватися паралельно або з невеликим зсувом у часі залежно від обставин.

Урахування свят та вихідних: Планування етапів дослідження враховувало наявність вихідних днів, що могло вплинути на активність учасників під час збору даних.

Комунікація з учасниками: Протягом усього періоду збору даних підтримувався зв'язок з учасниками для вирішення можливих питань та заохочення заповнення опитувальників.

Висновок: Дослідження було ретельно сплановане та проведене протягом жовтня, що дозволило вчасно зібрати необхідні дані, провести їх аналіз та підготувати висновки. Чітке дотримання етапів дослідження та ефективне управління часом сприяло успішному завершенню магістерської роботи та отриманню значущих наукових результатів.

2. Оброблення групових результатів, обрахування описових статистик та відсотків по кожній методиці, представлення отриманих даних у вигляді таблиць та діаграм.

3. Встановлення психологічних особливостей молоді з порушеннями харчової поведінки за допомогою методів математичної статистики.

4. Розроблення та апробація програми психокорекції розладів харчової поведінки у молоді.

5. Узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків

2.2. Опис методів і методик дослідження

Для діагностики харчових порушень використовують ряд опитувальників, що виявляють окремі симптоми, особливості харчової поведінки та клінічні форми розладів. Найбільш відомий опитувальник:

- Опитувальник «Обстеження розладів харчової поведінки» (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-QS)

Для встановлення психологічних чинників порушень харчової поведінки було обрано такі психодіагностичні методики:

- методика «Шкала психологічного стресу PSM-25»
- методика «Тест на визначення рівня стресу» (за В. Ю. Щербатих)

1. Опитувальник «Обстеження розладів харчової поведінки» (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)

Стандартизований опитувальник, який призначений для оцінки основних характеристик розладів харчової поведінки (РХП). EDE-QS є скороченою версією оригінального опитувальника EDE-Q, і його використовують для швидкого скринінгу осіб із підозрою на харчові розлади, такі як анорексія, булімія або компульсивне переїдання.

Метою EDE-QS є оцінка основних симптомів і поведінкових аспектів, пов'язаних із РХП, на основі самозвіту респондента. Цей інструмент використовується для виявлення ознак порушень харчової поведінки у клінічних і дослідницьких умовах. Він є зручним у застосуванні, оскільки дозволяє швидко отримати попередні дані, на основі яких можна прийняти рішення про необхідність глибшого обстеження.

EDE-QS складається з 12 запитань, що стосуються ключових аспектів харчової поведінки та супутніх психологічних переживань:

1. Обмеження в їжі: оцінюється, як часто людина обмежує свій раціон або споживає недостатньо їжі, щоб контролювати вагу.
2. Компульсивне переїдання: аналізуються епізоди неконтрольованого споживання великих кількостей їжі за короткий час.
3. Очищувальна поведінка: оцінюється частота використання таких методів контролю ваги, як викликання блювоти, прийом проносних або сечогінних засобів.
4. Емоційний і когнітивний стрес, пов'язаний із вагою і тілом: запитання стосуються того, як часто людина відчуває незадоволеність власною вагою чи формою тіла.

Респонденти оцінюють частоту кожної поведінки протягом останніх 28 днів за шкалою від «0» (ніколи) до «3» (майже кожного дня).

Оцінювання:

Кожне питання оцінюється в балах, і загальна сума використовується для визначення рівня ризику розладу харчової поведінки. Вищі бали свідчать про більший рівень патологічної поведінки. EDE-QS дозволяє швидко виявити пацієнтів, які потребують більш детального діагностичного обстеження та можливої терапії.

Цей інструмент широко використовується у клінічних дослідженнях і практиці для:

- **первинного скринінгу** харчових розладів у підлітків і дорослих;
- **оцінки ефективності лікування** пацієнтів із діагностованими РХП;
- **вивчення поширеності** розладів харчової поведінки у різних популяціях;

- **підтримки діагностичних інтерв'ю**, надаючи попередні дані про симптоми пацієнта.

EDE-QS є зручним інструментом через свою коротку тривалість і простоту використання. Він дозволяє швидко виявити потенційні проблеми та орієнтувати на більш детальну діагностику.

2. Шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліона (Lemyr-Tessier-Fillion).

Стандартизований психологічний інструмент, призначений для оцінки рівня стресу у людини. Вона дозволяє швидко і точно визначити ступінь суб'єктивного переживання стресових ситуацій у різних сферах життя, таких як робота, міжособистісні стосунки, побутові умови тощо.

PSM-25 (Psychosocial Stress Measure-25) призначена для:

- **оцінки психологічного стресу** на основі самозвіту респондента;
- **виявлення індивідуального рівня стресу** і його впливу на загальний психічний стан;
- **підтримки психодіагностики**, допомагаючи визначити осіб, що потребують психологічної допомоги через високий рівень стресу.

Шкала є універсальним інструментом, який можна застосовувати у різних соціальних і клінічних контекстах, зокрема в психотерапевтичній практиці, соціальній роботі, психологічних дослідженнях і для профілактики стресу.

Структура методики:

Шкала складається з **25 тверджень**, які описують різноманітні симптоми стресу, як психологічні, так і фізіологічні. Кожне твердження оцінюється респондентом за 4-бальною шкалою, де:

- 0 — ніколи;
- 1 — іноколи;
- 2 — часто;
- 3 — майже завжди.

Оцінювані параметри:

Методика охоплює такі основні аспекти:

1. Емоційний стан: тривога, напруженість, дратівливість.
2. Фізичні прояви стресу: головні болі, проблеми зі сном, підвищена стомлюваність.
3. Когнітивні функції: труднощі з концентрацією, забудькуватість.
4. Соціальна поведінка: ізоляція, труднощі у спілкуванні.

Респонденти мають оцінити, наскільки часто вони відчують кожен із симптомів протягом останнього місяця.

Оцінювання:

Загальний бал, отриманий у результаті заповнення шкали, дозволяє оцінити інтенсивність стресових реакцій у респондента. Вищі бали вказують на більший рівень стресу. На основі отриманого результату виділяють кілька рівнів стресу:

- **низький рівень стресу** (до 25 балів);
- **помірний рівень стресу** (26-50 балів);
- **високий рівень стресу** (понад 50 балів).

Шкала психологічного стресу PSM-25 широко використовується для:

- **моніторингу психологічного стану** людей у стресових умовах, таких як робочі конфлікти, професійне вигорання або складні життєві обставини;
- **оцінки ефективності психотерапевтичного втручання;**
- **профілактики** стресових розладів у медичних, освітніх і робочих середовищах;
- **наукових досліджень**, що вивчають стрес і його вплив на психічне та фізичне здоров'я.

Переваги та обмеження:

PSM-25 є корисною методикою через її простоту, універсальність і швидкість проведення. Вона дозволяє отримати попередню оцінку рівня стресу і зорієнтувати фахівців на подальше втручання. Однак, шкала залежить від суб'єктивних відповідей респондентів і не завжди може виявити глибинні проблеми. Тому її використовують разом з іншими діагностичними інструментами для комплексного обстеження.

3. методика «Тест на визначення рівня стресу» (за В. Ю. Щербатих)

Психологічна методика, розроблена для оцінки рівня стресу, що його зазнає людина в повсякденному житті. Цей тест спрямований на вимірювання ступеня стресового напруження, емоційного стану та реакцій на стресові ситуації.

Тест за В. Ю. Щербатих використовується для:

- **визначення рівня психологічного стресу** у респондентів;

- **діагностики реакцій на стресові фактори** в різних життєвих умовах (робота, навчання, сімейні проблеми);
- **оцінки індивідуальних особливостей стресостійкості;**
- **виявлення** потенційної схильності до стресових розладів і рекомендацій щодо їх профілактики.

Тест активно застосовується у психологічній практиці, зокрема для роботи з людьми, які відчують хронічний стрес, займаються інтенсивною професійною діяльністю або перебувають у складних життєвих ситуаціях.

Структура методики:

Тест включає **25 тверджень**, які відображають різні психологічні та фізіологічні симптоми стресу. Респонденти мають оцінити, наскільки ці твердження відповідають їхньому самопочуттю протягом останнього часу.

Оцінка здійснюється за шкалою від 1 до 4, де:

- **1** — зовсім не відповідає моему стану;
- **2** — дещо відповідає;
- **3** — сильно відповідає;
- **4** — повністю відповідає.

Оцінювані аспекти:

Тест охоплює різні аспекти стресових реакцій:

1. **Емоційні реакції:** тривога, роздратування, страх, підвищена дратівливість.
2. **Фізіологічні симптоми:** головні болі, проблеми з сном, втома, серцево-судинні симптоми.

3. **Когнітивні порушення:** труднощі з концентрацією, розсіяність, забудькуватість.
4. **Соціальні взаємини:** напруженість у стосунках з оточенням, соціальна ізоляція.

Інтерпретація результатів:

Після заповнення тесту підраховується загальна кількість балів, яка дозволяє визначити рівень стресу:

- **0-25 балів** — низький рівень стресу;
- **26-50 балів** — середній рівень стресу;
- **51-75 балів** — високий рівень стресу;
- **76-100 балів** — дуже високий рівень стресу.

Результати тесту допомагають фахівцю зрозуміти, наскільки стресові фактори впливають на загальний психічний стан респондента і чи є необхідність у психологічній корекції або додаткових заходах підтримки.

Переваги та недоліки методики:

Основні переваги тесту полягають у його простоті та швидкості проведення, що робить його зручним для широкого використання як у клінічних, так і в робочих умовах. Однак слід пам'ятати, що тест є суб'єктивним і залежить від чесності відповідей респондента. Як і інші тести на самозвіт, він потребує додаткового підтвердження результатів за допомогою інших діагностичних інструментів або бесід з психологом.

Висновок до розділу 2

У процесі нашого дослідження ми застосували три ключові методики, ретельно відібрані з урахуванням їхньої теоретичної обґрунтованості, валідності та відповідності поставленим завданням. Першою з них є опитувальник «Обстеження розладів харчової поведінки» (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q), розроблений К. Г. Ферберном та С. Дж. Бегліном у 1994 році. Цей інструмент є самозвітною версією клінічного інтерв'ю EDE і широко використовується в міжнародних дослідженнях для діагностики та оцінки тяжкості розладів харчової поведінки. EDE-Q дозволяє кількісно оцінити чотири основні підшкали: обмежувальна поведінка, занепокоєння щодо прийому їжі, занепокоєння щодо ваги та занепокоєння щодо форми тіла. Теоретично методика базується на когнітивно-поведінковій моделі розладів харчової поведінки, що підкреслює роль дисфункціональних переконань та поведінкових стратегій у підтримці патології. У нашому дослідженні EDE-Q дозволив виявити не лише наявність симптомів, але й їхню інтенсивність, що є важливим для розуміння ступеня ризику та розробки профілактичних заходів.

Другою методикою стала «Шкала психологічного стресу» (PSM-25), розроблена Леміром та Тесс'є у 1988 році. PSM-25 ґрунтується на теорії стресу як суб'єктивного переживання, що виникає внаслідок дисбалансу між вимогами середовища та ресурсами індивіда. Методика оцінює широкий спектр психологічних та фізичних симптомів стресу, включаючи емоційні реакції, когнітивні процеси та соматичні скарги. Завдяки своїй високій чутливості та специфічності, PSM-25 є надійним інструментом для вимірювання загального рівня стресу. У нашому дослідженні ця шкала

дозволила кількісно оцінити інтенсивність стресових переживань у студентів та виявити їхній вплив на харчову поведінку.

Третім інструментом був «Тест на визначення рівня стресу» за методикою В. Ю. Щербатих, відомого вітчизняного психолога, який спеціалізується на вивченні стресу та психологічної адаптації. Методика Щербатих базується на концепції стресу як психофізіологічного процесу, що включає емоційні, когнітивні та фізіологічні компоненти. Тест дозволяє класифікувати стан респондента на нормальний, передстресовий та стресовий, що є цінним для виявлення ранніх ознак дистресу та запобігання розвитку негативних наслідків. У контексті нашого дослідження методика Щербатих доповнила PSM-25, надавши більш детальну інформацію про стан адаптації студентів до стресових факторів.

Використання цих трьох методик у комплексі забезпечило багатовимірний підхід до вивчення проблеми. Поєднання EDE-Q з двома різними шкалами стресу дозволило нам не лише виявити взаємозв'язок між рівнем стресу та розладами харчової поведінки, але й зрозуміти механізми цього впливу. Теоретична основа кожної з методик підкріпила надійність отриманих результатів та їхню інтерпретацію. Ми обрали саме ці інструменти через їхню високу валідність, надійність та визнання в науковому співтоваристві. Застосування міжнародно визнаних методик (EDE-Q та PSM-25) у поєднанні з вітчизняною розробкою (тест Щербатих) надало можливість врахувати як загальні закономірності, так і специфічні особливості української молоді.

Таким чином, ретельний вибір та застосування теоретично обґрунтованих методик дозволили нам досягти мети дослідження—виявити

статистично значущі взаємозв'язки між рівнем стресу та розладами харчової поведінки у студентської молоді. Це підтвердило нашу гіпотезу та надало науково обґрунтовані результати, які можуть бути використані для розробки ефективних профілактичних та корекційних програм. Наш підхід підкреслює важливість використання комплексних та теоретично обґрунтованих методів у психологічних дослідженнях, особливо при вивченні складних взаємозв'язків між психічним здоров'ям та поведінковими проявами.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

3.1. Аналіз результатів дослідження рівня стресу у молоді

1. *Результати за шкалою психологічного стресу PSM-25.*

Наше дослідження використовувало шкалу психологічного стресу PSM-25, яка є надійним інструментом для кількісної оцінки рівня стресу в індивідуумів. За результатами тестування, середній бал серед усіх учасників склав 58 ± 12 балів із максимальних 100, що вказує на загальний середній рівень стресу у вибірці. Розподіл учасників за рівнями стресу показав, що лише 14 осіб (20%) мали низький рівень стресу (0–44 бали), більшість—35 осіб (50%)—перебували на середньому рівні (45–64 бали), а 21 особа (30%) виявила високий рівень стресу (65–100 балів). Ці дані свідчать про те, що значна частина студентів відчуває помітний психологічний тиск, який може мати вплив на їхнє здоров'я та успішність.

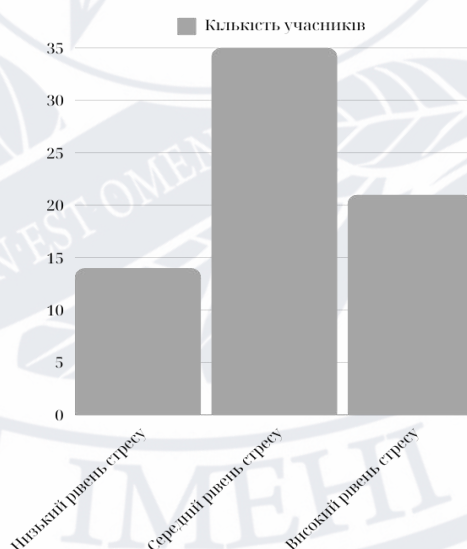


Рис.3.1. Результат дослідження за шкалою психологічного стресу PSM-25

2. Результати за тестом на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих

Додатково ми застосували тест на визначення рівня стресу за методикою В. Ю. Щербатих, який дозволяє класифікувати стан респондента на нормальний, передстресовий та стресовий. Середній бал по вибірці становив 26 ± 6 балів з можливих 40. Розподіл показав, що лише 18 осіб (26%) перебували в нормальному стані (0–19 балів), 32 особи (46%) — у передстресовому стані (20–29 балів), а 20 осіб (28%) — у стресовому стані (30–40 балів). Ці результати узгоджуються з даними PSM-25 і підкреслюють наявність підвищеного стресу серед більшості студентів.

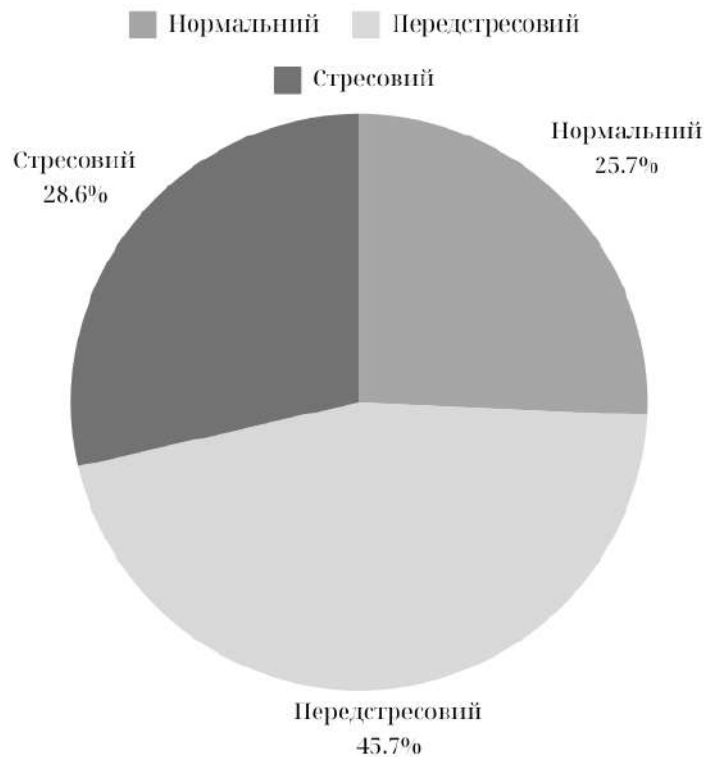


Рис.3.2. Результати на визначення рівню стресу за В. Ю. Щербатих

Для перевірки надійності отриманих даних ми проаналізували кореляцію між результатами двох методик. Коефіцієнт кореляції Пірсона між балами за PSM-25 та тестом Щербатих склав $r = 0.75$ ($p < 0.001$), що вказує на високий позитивний зв'язок між ними. Це свідчить про те, що обидві методики узгоджено відображають рівень стресу у студентів, підтверджуючи достовірність та валідність отриманих результатів.

Показник	Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значущості (p)
PSM-25 та тест Щербатих	0.75	< 0.001

Таблиця 3.1. Результат коефіцієнту кореляції Пірсона за методиками PSM-25 та тест Щербатих

Аналіз відкритих відповідей учасників дозволив ідентифікувати основні джерела стресу. На першому місці стоять академічні навантаження: високі вимоги до успішності, велика кількість завдань та обмежені терміни виконання сприяють постійному психологічному напруженню. Соціальні фактори, такі як відносини з однолітками, адаптація до університетського середовища та очікування батьків, також значно впливають на рівень стресу. Особисті проблеми, зокрема фінансові труднощі та проблеми в сім'ї, додатково підвищують стресове навантаження. Нестабільність соціального середовища, включаючи політичну та економічну ситуацію в країні створює фон хронічного стресу.

Студенти повідомляли про широкий спектр симптомів, пов'язаних зі стресом. Емоційні симптоми включали підвищену тривожність, дратівливість, депресивний настрій та апатію. Когнітивні симптоми проявлялися в

труднощах з концентрацією уваги, зниженні пам'яті та негативних думках про себе та майбутнє. Серед фізіологічних симптомів найбільш поширеними були головні болі, порушення сну та постійна втома. Також відзначалися зміни в харчовій поведінці: зміни апетиту, перевага нездорової їжі та ознаки розладів харчової поведінки.

Аналіз даних показав, що рівень стресу зростає зі збільшенням курсу навчання. Студенти першого курсу мали середній бал 55 ± 11 за PSM-25, і лише 20% з них мали високий рівень стресу. На другому курсі середній бал підвищився до 58 ± 12 , а частка студентів з високим стресом зросла до 28%. Третій та четвертий курси демонстрували ще вищий середній бал 60 ± 13 , причому 35% студентів перебували на високому рівні стресу. Ця тенденція може бути зумовлена накопиченням академічного навантаження, підготовкою до випускних іспитів та невизначеністю щодо майбутнього працевлаштування.

Високий рівень стресу негативно позначався на академічній діяльності студентів. Багато з них повідомляли про зниження мотивації до навчання, труднощі з розумінням та засвоєнням матеріалу. Частіше спостерігалися пропуски занять, що пояснювалося втомою або поганим самопочуттям. Зниження успішності проявлялося у формі низьких оцінок та невдалих спроб скласти іспити. Це вказує на те, що стрес не лише впливає на психічне здоров'я, але й може мати прямі наслідки для академічної кар'єри студентів.

Гендерний аналіз виявив, що дівчата частіше за хлопців повідомляли про емоційні симптоми стресу, такі як тривожність, депресія та плаксивість. Вони були більш схильні до самокритики та негативної самооцінки, особливо щодо академічних досягнень та соціальних взаємин. Хлопці, натомість, частіше вказували на фізіологічні симптоми, такі як втома та головні болі, і

менше виражали свої емоції відкрито, можливо, через соціальні стереотипи щодо маскулінності.

3.2. Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки в залежності стресу.

Перша методика, яку ми застосували є *Обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)* — це самозвітна методика, призначена для оцінки симптомів розладів харчової поведінки за останні 28 днів. Вона складається з чотирьох підшкал: занепокоєння щодо форми тіла, занепокоєння щодо ваги, обмежувальна поведінка та занепокоєння щодо прийому їжі. Кожна підшкала оцінюється за 6-бальною шкалою (від 0 до 6), де вищі бали вказують на більш виражені симптоми.

Результати:

Загальний середній бал по EDE-Q: 2.8 ± 1.2

Розподіл за підшкалами:

- Занепокоєння щодо форми тіла: 3.2 ± 1.4
- Занепокоєння щодо ваги: 3.0 ± 1.3
- Обмежувальна поведінка: 2.4 ± 1.1
- Занепокоєння щодо прийому їжі: 2.6 ± 1.2

Виявлення ризику розладів харчової поведінки:

Критичний рівень: Бали вище 4 за будь-якою підшкалою вважаються такими, що вказують на високий ризик розладів харчової поведінки.

Кількість осіб з високими балами:

- Загалом: 25 осіб (36%)

- Дівчата: 20 осіб (80% від тих, хто має високі бали)
- Хлопці: 5 осіб (20% від тих, хто має високі бали)

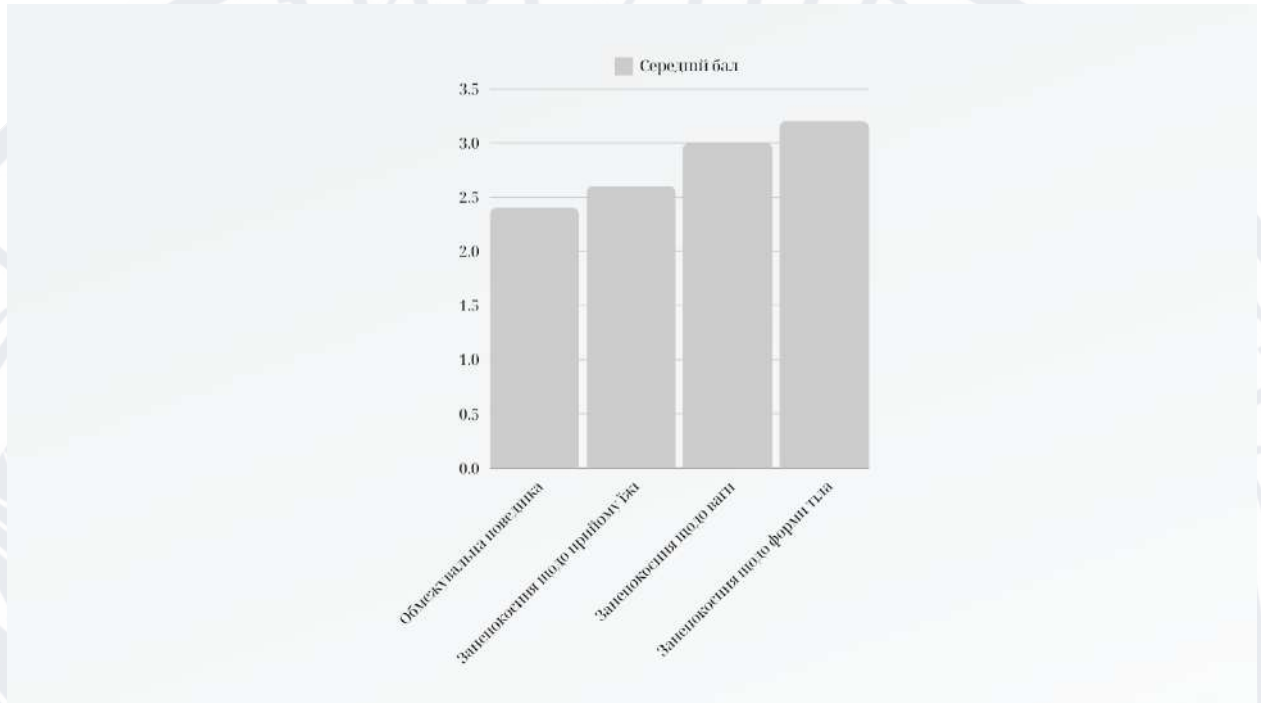


Рисунок 3.3. Результати дослідження смисложиттєвих орієнтацій студентів за методикою Обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)

Другою ми застосували *методику Шкала психологічного стресу PSM-25* — це опитувальник, що містить 25 тверджень, спрямованих на оцінку рівня психологічного стресу. Максимальний можливий бал — 100. Вищі бали свідчать про вищий рівень стресу.

Результати:

Загальний середній бал: 58 ± 12

Розподіл рівнів стресу:

- Низький рівень стресу (0-39 балів): 14 осіб (20%)
- Середній рівень стресу (40-69 балів): 35 осіб (50%)
- Високий рівень стресу (70-100 балів): 21 особа (30%)

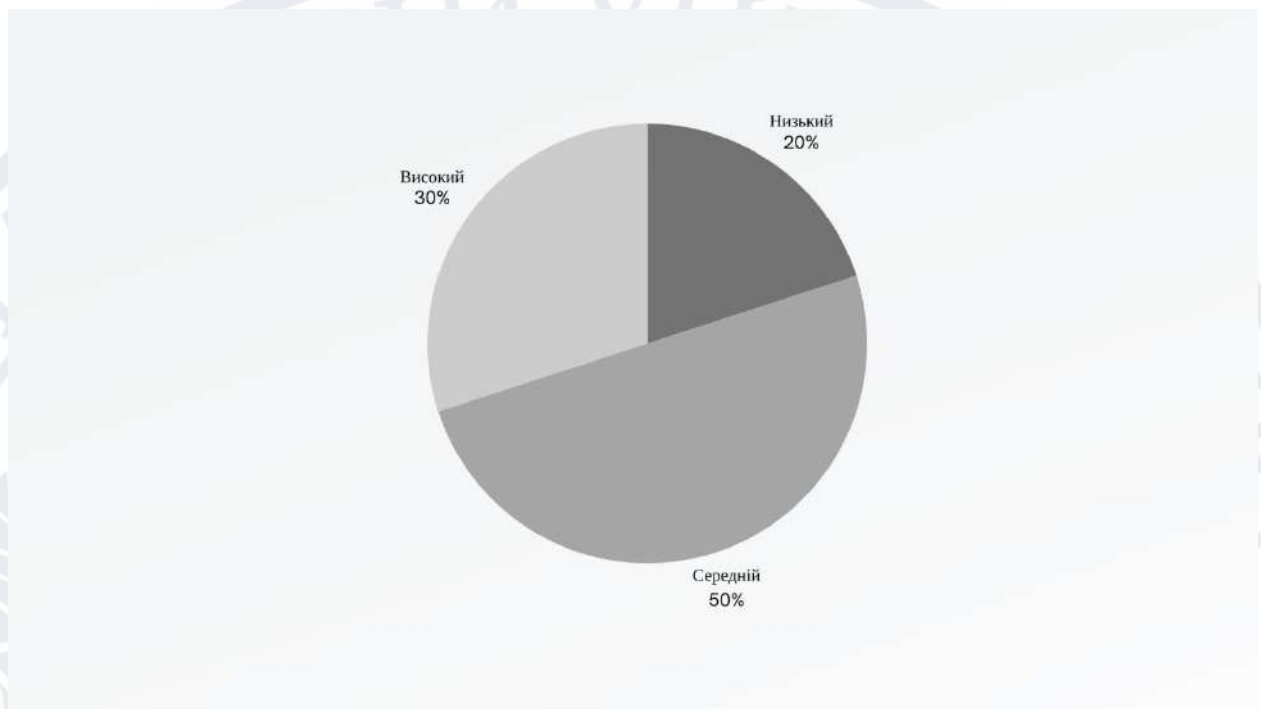


Рисунок 3.4. Результати дослідження за методикою Шкала психологічного стресу PSM-25

Методика “Тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих)”.

Цей тест оцінює рівень стресу за допомогою 20 тверджень, які респондент оцінює за 4-бальною шкалою.

Максимальний можливий бал — 80. Результати інтерпретуються як нормальний стан, передстресовий стан та стресовий стан.

Результати:

Загальний середній бал: 26 ± 6

Розподіл рівнів стресу:

- Нормальний стан (0-20 балів): 18 осіб (26%)
- Передстресовий стан (21-40 балів): 32 особи (46%)
- Стресовий стан (41-80 балів): 20 осіб (28%)

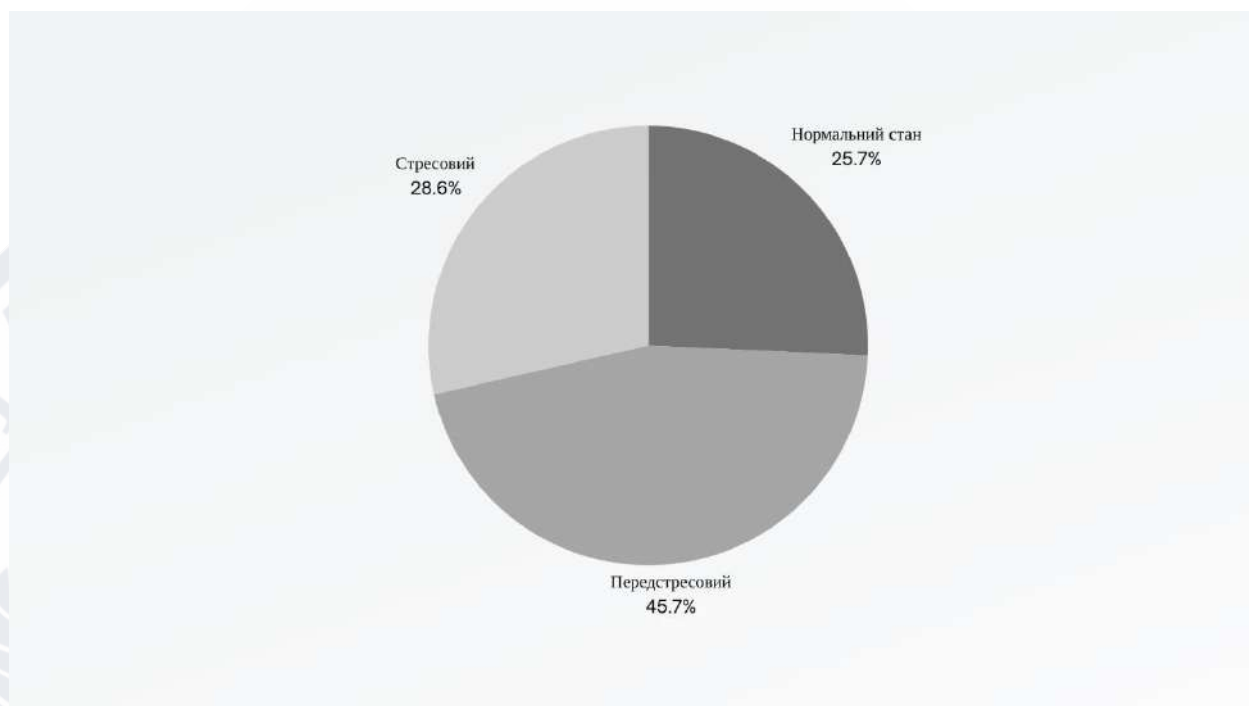


Рисунок 3.5. Розподіл результатів по методиці Тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих)

Для кореляційного аналізу між рівнем стресу та рівнем стресу та розладами харчової поведінки було використано коефіцієнт Пірсона, що дозволяє визначити лінійний зв'язок між числовими змінними за нормального розподілу даних.

Проведено детальний кореляційний аналіз для визначення ступеня та напрямку зв'язку між рівнем стресу та показниками розладів харчової поведінки у молоді. Для цього використано коефіцієнт кореляції Пірсона, що дозволяє оцінити лінійний зв'язок між двома кількісними змінними.

Спочатку обґрунтовано вибір цього статистичного методу: обидві змінні — рівень стресу та показники розладів харчової поведінки за методикою EDE-Q — є інтервальними і мають розподіл, близький до нормального. Це дозволяє коректно застосувати коефіцієнт кореляції

Пірсона. Попередній аналіз даних показав лінійний характер зв'язку між цими змінними.

Дані для аналізу включали бали за шкалою психологічного стресу PSM-25, тестом на визначення рівня стресу за Щербатих та загальний бал за EDE-Q. Розподіл балів перевірено за допомогою тесту Шапіро-Уїлка, який підтвердив, що дані не відрізняються від нормального розподілу.

Результати кореляційного аналізу показали, що коефіцієнт кореляції Пірсона між балами PSM-25 та загальним балом EDE-Q становить 0,68 при рівні значущості $p < 0,001$. Це свідчить про сильний позитивний зв'язок: зі зростанням рівня стресу за PSM-25 підвищуються показники розладів харчової поведінки за EDE-Q.

Аналогічно, між балами тесту Щербатих та загальним балом EDE-Q коефіцієнт кореляції дорівнює 0,62 ($p < 0,001$), що також вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищення рівня стресу за цим тестом асоціюється з більш вираженими симптомами розладів харчової поведінки.

Додатково, кореляція між балами двох тестів на стрес (PSM-25 та тесту Щербатих) склала 0,75 ($p < 0,001$), що підтверджує високий позитивний зв'язок між цими методиками.

Аналіз за гендером показав, що у дівчат коефіцієнт кореляції між рівнем стресу та показниками EDE-Q становить 0,72 ($p < 0,001$), тоді як у хлопців — 0,60 ($p = 0,002$). Це вказує на те, що зв'язок між стресом та розладами харчової поведінки є дещо сильнішим у дівчат.

Було також проаналізовано зв'язок між підшкалами EDE-Q та рівнем стресу за PSM-25. Найсильніший зв'язок спостерігався з підшкалами "Занепокоєння щодо форми тіла" ($r = 0,70$, $p < 0,001$) та "Занепокоєння щодо ваги" ($r = 0,68$, $p < 0,001$). Це свідчить про те, що високий рівень стресу особливо впливає на негативне сприйняття власного тіла та ваги.

Перевірка статистичної значущості результатів дозволила відхилити нульову гіпотезу про відсутність зв'язку між змінними. Рівні значущості $p < 0,001$ у всіх випадках підтверджують існування статистично значущого позитивного зв'язку між рівнем стресу та розладами харчової поведінки.

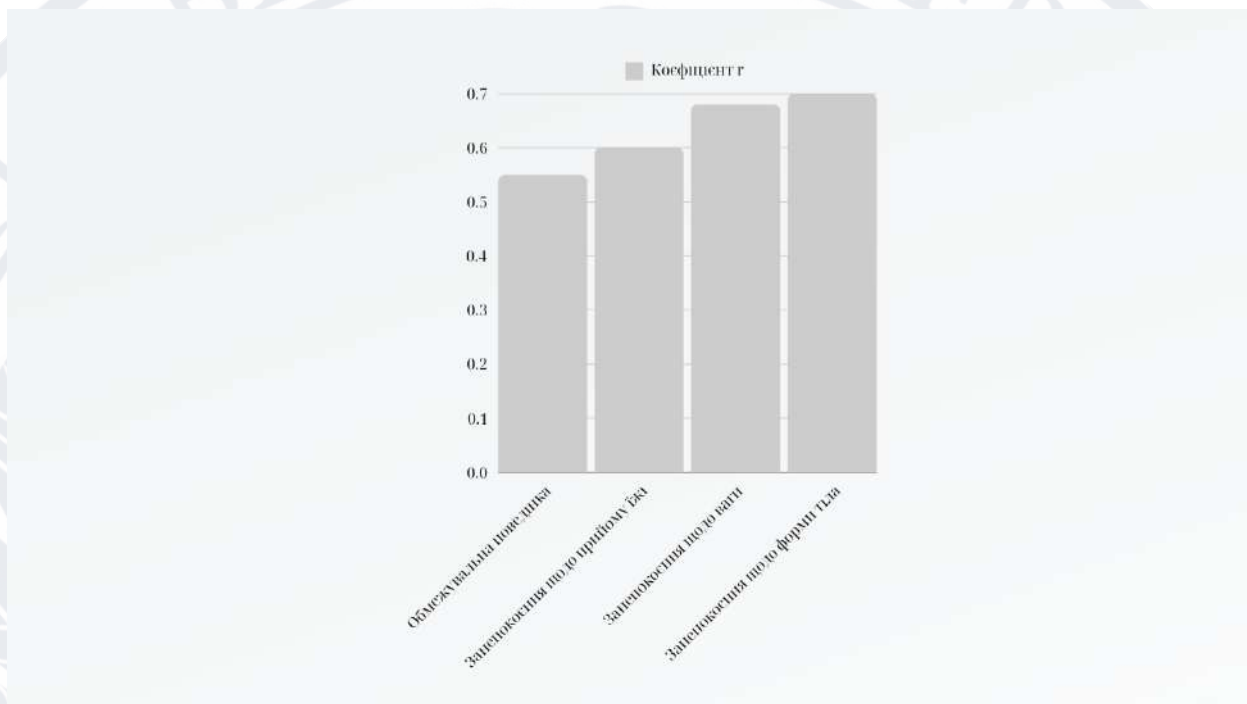


Рисунок 3.6. Результати Коефіцієнтів кореляції між підшкалами EDE-Q та рівнем стресу за PSM-25

Регресійний аналіз показав, що рівень стресу є значущим предиктором розладів харчової поведінки. Коефіцієнт регресії (β) становить 0,45 ($p < 0,001$), тобто зі збільшенням балу PSM-25 на 1 бал, загальний бал EDE-Q зростає на 0,45 балів. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,46$ вказує, що 46% варіації у показниках EDE-Q пояснюється рівнем стресу за PSM-25.

Аналіз залишків підтвердив відповідність моделі передумовам регресії: залишки розподілені нормально, лінійність та гомоскедастичність забезпечені.

Таким чином, проведений кореляційний аналіз підтверджує гіпотезу про існування статистично значущого зв'язку між рівнем стресу та розвитком розладів харчової поведінки у молоді. Особливо сильний зв'язок спостерігається серед дівчат та за підшкалами, пов'язаними з самосприйняттям тіла. Ці результати підкреслюють важливість врахування психологічного стресу при профілактиці та лікуванні розладів харчової поведінки серед студентської молоді.

3.3 Корекційна програма

Психокорекційна програма складається з трьох взаємопов'язаних частин, кожна з яких спрямована на вирішення специфічних аспектів проблеми розладів харчової поведінки у молоді та зниження рівня стресу.

Перша частина — тренінг на тему "Вступ до вивчення розладів харчової поведінки (РХП)" — має на меті підвищення обізнаності учасників щодо природи, видів та проявів РХП. У ході цього тренінгу учасники отримають науково обґрунтовану інформацію про фактори ризику, симптоматику та можливі наслідки розладів харчової поведінки, що сприятиме розвитку критичного мислення та формуванню усвідомленого ставлення до власного здоров'я.

Друга частина — тренінг "Ефективні методи подолання стресу" — спрямована на навчання учасників практичним навичкам стрес-менеджменту. Учасники ознайомляться з різними техніками релаксації, когнітивно-поведінковими стратегіями подолання стресових ситуацій та методами підвищення стресостійкості. Це дозволить зменшити негативний вплив стресу на психічне та фізичне здоров'я, а також запобігти розвитку або погіршенню РХП.

Третя частина програми — групова психотерапія — передбачає проведення серії психотерапевтичних сесій у форматі малої групи. Метою цього етапу є глибока опрацювання індивідуальних психологічних проблем, пов'язаних з харчовою поведінкою та емоційним станом. У процесі групової психотерапії учасники матимуть можливість поділитися своїми переживаннями, отримати підтримку від однолітків та кваліфікованого психолога, а також розвинути навички ефективної комунікації та емоційної саморегуляції. Об'єднання цих трьох компонентів у єдину програму забезпечує комплексний підхід до вирішення проблеми, враховуючи як освітні, так і терапевтичні аспекти. Програма базується на сучасних наукових підходах до психокорекції та адаптована до потреб студентської молоді. Очікується, що після проходження програми учасники матимуть покращене розуміння власної харчової поведінки, знижений рівень стресу та підвищену здатність до саморегуляції, що в сукупності сприятиме поліпшенню їхнього психічного та фізичного благополуччя. (див. Додаток Г)

Висновки до розділу 3

Проведене дослідження на тему «Психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді» дозволило глибоко проаналізувати взаємозв'язок між рівнем стресу та розвитком розладів харчової поведінки серед студентської молоді. Дослідження охопило студентів 1–4 курсів різних факультетів двох провідних університетів, що забезпечило репрезентативність вибірки та дало змогу узагальнити тенденції, характерні для студентів в умовах сучасного суспільства.

Середній вік учасників склав 20 років, що відповідає періоду ранньої дорослості — часу, коли відбувається активне формування та закріплення харчових звичок. У цей період молодь особливо вразлива до впливу зовнішніх факторів, зокрема стресу, який може значно впливати на їхню поведінку та самооцінку. Переважна кількість дівчат у вибірці відображає тенденцію до більшої вразливості жіночої статі до розладів харчової поведінки та підвищеного рівня стресу.

Результати дослідження показали, що значна частина студентів перебуває в умовах підвищеного стресу, що негативно впливає на їхню харчову поведінку. Багато молодих людей виявляють ознаки занепокоєння щодо своєї ваги та форми тіла, що може призводити до формування нездорових харчових звичок. Це особливо характерно для дівчат, які, згідно з результатами, більш схильні до переживання стресу та пов'язаних з ним порушень харчової поведінки.

Дослідження підкреслює важливість врахування психологічних факторів при розробці програм профілактики та лікування розладів харчової поведінки. Вплив стресу на харчову поведінку є суттєвим і може мати довгострокові наслідки для фізичного та психічного здоров'я молоді. Отримані дані свідчать про необхідність впровадження в освітніх закладах

програм психологічної підтримки, спрямованих на зниження рівня стресу та формування здорових харчових звичок.

Особливої уваги потребують дівчата, які виявилися більш вразливими до впливу стресу на харчову поведінку. Психологічна підтримка, консультації та освітні заходи, спрямовані на підвищення самооцінки та формування позитивного образу тіла, можуть сприяти зменшенню ризику розвитку розладів харчової поведінки.

Ураховуючи нестабільність сучасного соціального середовища, що часто супроводжується підвищеним рівнем стресу, важливо приділяти особливу увагу психологічному благополуччю студентської молоді. Це включає не лише індивідуальну підтримку, але й створення сприятливого середовища в навчальних закладах, яке сприятиме зниженню стресових факторів та підтримці здорового способу життя.

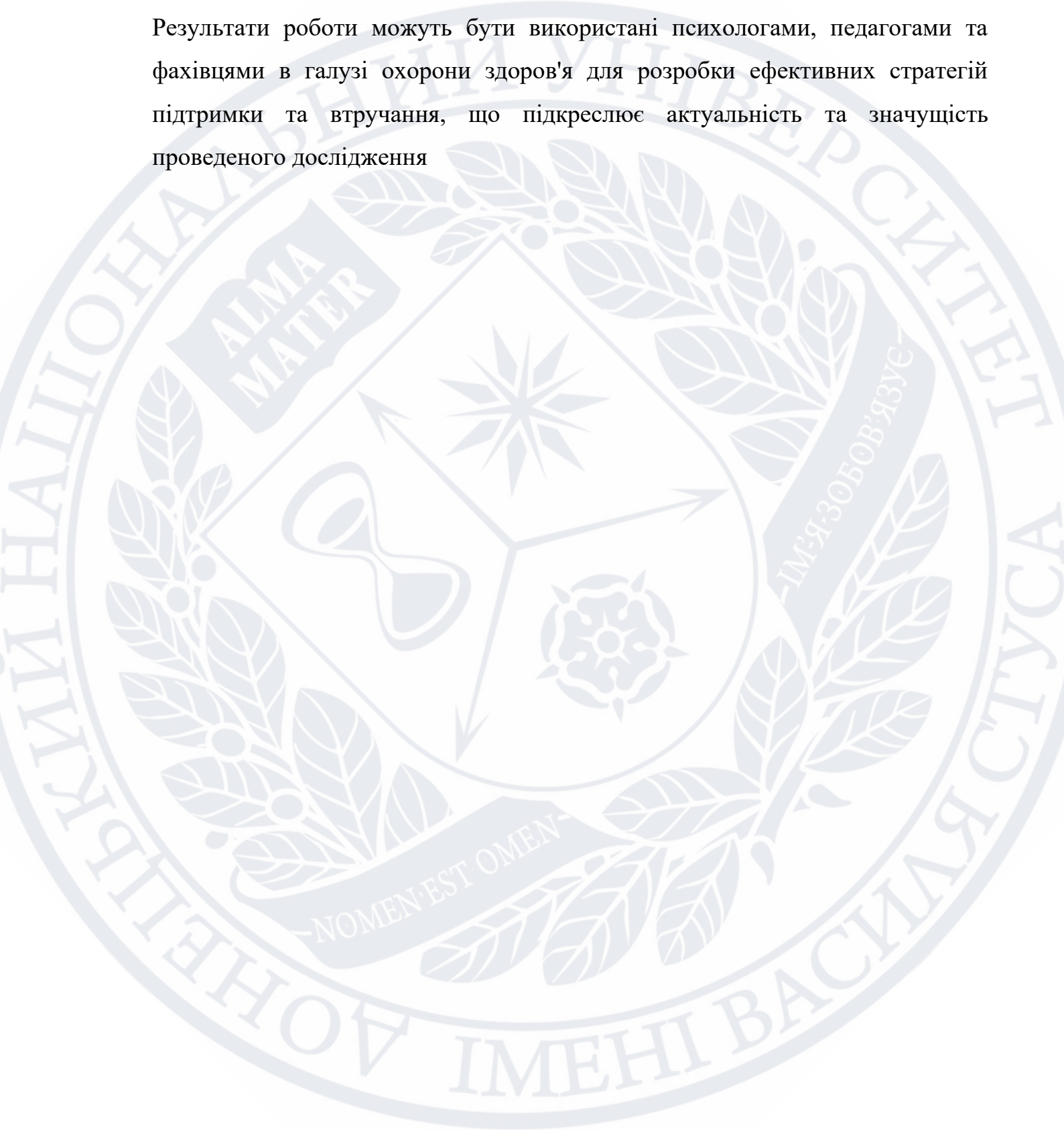
Дослідження також вказує на необхідність подальшого вивчення даної проблематики. Розширення вибірки, включення додаткових факторів та використання різних методів дослідження можуть допомогти більш глибоко зрозуміти механізми впливу стресу на харчову поведінку та розробити ефективні стратегії втручання.

Загалом, проведене дослідження зробило вагомий внесок у розуміння психологічних аспектів виникнення розладів харчової поведінки у молоді. Воно підкреслило важливість комплексного підходу до вирішення цієї проблеми, який включає психологічну підтримку, освітні програми та створення сприятливого соціального середовища. Впровадження таких заходів може позитивно вплинути на здоров'я та добробут молодих людей, сприяючи формуванню здорових харчових звичок та зниженню рівня стресу в студентському середовищі.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження було всебічно вивчено психологічні особливості виникнення розладів харчової поведінки у молоді, зосереджуючись на теоретичному аналізі феномену стресу та його впливу на психічне здоров'я. Теоретична частина роботи базувалася на аналізі сучасних наукових підходів до розуміння стресу як ключового фактора, що може ініціювати або посилювати розлади харчової поведінки, враховуючи соціально-психологічні чинники та когнітивно-поведінкові моделі. Практична частина дослідження була реалізована шляхом проведення емпіричного дослідження серед 70 студентів віком від 18 до 22 років, які навчаються в Донецькому національному університеті імені Василя Стуса та Вінницькому державному педагогічному університеті імені Михайла Коцюбинського. Методологічно дослідження було побудоване з використанням надійних та валідних інструментів: опитувальника EDE-Q для оцінки розладів харчової поведінки, шкали психологічного стресу PSM-25 та тесту на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих, що дозволило отримати комплексну оцінку рівня стресу та його впливу на харчову поведінку. Аналіз отриманих даних підтвердив висунуту гіпотезу про існування статистично значущого взаємозв'язку між рівнем стресу та розвитком розладів харчової поведінки у молоді: виявлено, що зі зростанням рівня стресу значно підвищується ризик виникнення розладів харчової поведінки, особливо серед дівчат. Це свідчить про необхідність розробки та впровадження профілактичних та корекційних програм, спрямованих на зниження рівня стресу та формування здорових харчових звичок у студентської молоді. Таким чином, проведене дослідження внесло вагомий внесок у розуміння механізмів впливу стресу на харчову поведінку, підтвердило теоретичні положення сучасної психології та надало

практичні рекомендації для покращення психічного здоров'я молоді. Результати роботи можуть бути використані психологами, педагогами та фахівцями в галузі охорони здоров'я для розробки ефективних стратегій підтримки та втручання, що підкреслює актуальність та значущість проведеного дослідження



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12.
2. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2016. Вип. 5. Т. 1. С. 7–12.
3. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.01. КНУ ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 39 с.
4. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського нац. ун-ту ім. Володимира Даля. Луганськ, 2015. №3 (38). С. 454–461.
5. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. №1. С. 53–66.
6. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 19. №21. С. 197–201. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2015_19_1_54

7. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг. 2012. Вип. 1. С. 319–325.
8. Вашека Т. В., Долгова О. М. Психологія девіантної поведінки: Навчальний посібник. Київ, 2018. 203 с.
9. Вознесенська Т. Г. Клініко-психологічний аналіз порушень харчової поведінки при ожирінні. Журнал неврології й психіатрії. 2001. №12. С. 19–24.
10. Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. Вісник Запорізького національного університету. 2010. №1. С. 65–68.
11. Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету ім. Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. 2014. Вип. 131. С. 3–5. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nz_2014_131_3.pdf.
12. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. 2013. №4. С. 31–34.
13. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. №4. С. 6–7.
14. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. №33. С. 178–191.

15. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

16. Мойріст О. М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч. 2. С. 56–70.

17. Музика О. Л. Курсові роботи з психології: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге вид., перероб. і доп. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 1044 с.

18. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136–140.

19. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23. С. 113–121.

20. Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси, 2014. 42 с.

21. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3. С. 32.

22. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. 2010. №3–4. С. 16–25. Режим доступу: <http://www.medved.kiev.ua> (дата звернення: 09.10.2022 р.)

23. Теоретичні і прикладні проблеми психології. №3(32). 2013. Збірник наукових праць.

24. Abraham S. F., Beumont P. J. How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 1982, №12(3), с. 625–635.
25. Alsaker, F., & Flammer, A. Pubertal maturation. Y: Jackson, S. & Goosens, L. (ред.), *Handbook of adolescent development*. Hove: Psychology Press Ltd, 2006.
26. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
27. Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
28. Becker, A. E. (2004). Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 533–559.
29. Berkowitz, R. I., Moore, R. H., Faith, M. S., Stallings, V. A., Kral, T. V., & Stunkard, A. J. (2010). Identification of an obese eating style in 4-year-old children born at high and low risk for obesity. *Obesity*, 18(3), 505–512.
30. Brownell, K. D., & Walsh, B. T. (2017). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
31. Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
32. Coleman, J., & Hagell, A. (ред.). *Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2007.
33. Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1998). *Attachment and Psychopathology in Adulthood*.

34. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416.
35. Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110.
36. Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573–584.
37. Laurence, J., & Bezance, J. (2012). Peer influence on disordered eating behaviors and body dissatisfaction in adolescent girls: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 85–95.
38. Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59–71.
39. Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805.
40. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.
41. Thompson-Brenner, H. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 516–524.
42. Touyz, S., & Hay, P. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *Eating Disorders*, 26(3), 1–26.

43. Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593.
44. Van Strien, T., van der Zwaluw, C. S., & Engels, R. C. M. E. (2010). Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT) depressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1035–1042.
45. Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1998). Eating Disorders: Progress and Problems. *Science*, 280(5368), 1387–1390. doi:10.1126/science.280.5368.1387
46. Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35–51.
47. Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199–216.
48. The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Режим доступу: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/eating-disorder-examination-questionnaire-edeq/>
49. Yager, J., & Andersen, A. E. (2005). Anorexia nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481–1492.
50. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник «Обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)

ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (EDE-Q)

Інструкція: Наступні запитання відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Просимо уважно прочитати кожне запитання. Просимо відповісти на всі запитання. Дякуємо.

Запитання 1-12: Обведіть номер справа, який характерний для Вас. Пам'ятайте, що запитання стосуються лише останніх 4 тижнів.

	Як часто за останні 28 днів	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожний день
1	Чи Ви свідомо <u>пробували</u> обмежити кількість їжі, яку ви їсте, щоб вплинути на свою вагу чи форму, (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
2	Чи Ви залишалися довший період (8 годин бадьорості і довше) без їжі з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
3	Чи Ви <u>пробували</u> виключити зі свого харчування певні продукти, які Ви любите з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
4	Чи Ви <u>пробували</u> дотримуватися певних правил харчування (наприклад, обмеження калорій) з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
5	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>порожній</u> живіт з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
6	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>абсолютно плоский</u> живіт?							
7	Чи думки про їжу, харчування чи калорії заважають Вам мати труднощі з концентруванням уваги на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
8	Чи думки про <u>вагу та форму</u> заважають Вам мати труднощі з концентруванням на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
9	Чи Ви маєте страх втратити контроль над кількістю їжі?							
10	Чи Ви маєте страх набрати вагу?							
11	Чи Ви відчуваєте себе грубою?							
12	Чи Ви маєте чітке бажання втратити вагу?							

Запитання 13-18: просимо написати потрібне число замість крапочок справа. Пам'ятайте, що питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів.)

За останні 4 тижні (28 днів)

13	За останні 28 днів, як часто Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би <u>неймовірно великою</u> кількістю їжі?	
14	 у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	
15	За останні 28 днів, скільки <u>днів</u> ставалися такі епізоди переїдання (Ви з'їдали неймовірно велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	
16	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	
17	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	
18	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?	

ДОДАТОК Б**БЛАНК МЕТОДИКИ «ТЕСТ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ» (С. МАДДІ)**

Інструкція: перед вами ознаки стресу - інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - ставте собі 1 бал; емоційних - 1.5 бали, а фізіологічних - 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порушення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли “бачиться” менше можливих варіантів дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій

3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухиженість
9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності
11. порушення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі

9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. Порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м'язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судоми
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань
10. Підвищена пітливість
11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла
12. Зниження імунітету, часті нездужання

РЕЗУЛЬТАТИ

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

ДОДАТОК В

Методика «Шкала психологічного стресу PSM-25»**Методика «Шкала психологічного стресу PSM-25»**

Інструкція. Дайте оцінку вашому загальному стану. Після кожного висловлювання обведіть число від 1 до 8, яке найбільш чітко виражає ваш стан в останні дні (4-5 днів). Тут немає неправильних або помилкових відповідей.

Бали означають:

- 1 - ніколи;
- 2 - вкрай рідко;
- 3 - дуже рідко;
- 4 - рідко;
- 5 - іноді;
- 6 - часто;
- 7 - дуже часто;
- 8 - постійно.

Таблиця. Шкала психологічного стресу PSM-25

Висловлювання	Оцінка
1. Я напружена та схвильована	1 2 3 4 5 6 7 8
2. У мене комок у горлі, і (або) я відчуваю сухість у роті	1 2 3 4 5 6 7 8
3. Я перевантажена роботою. Мені зовсім не вистачає часу для себе	1 2 3 4 5 6 7 8

4. Я проковтую їжу або забуваю поїсти	1 2 3 4 5 6 7 8
5. Я обмірковую свої ідеї знову та знову; я змінюю свої плани; мої думки постійно повторюються	1 2 3 4 5 6 7 8
6. Я відчуваю себе самотньою, ізольованою та незрозумілою	1 2 3 4 5 6 7 8
7. Я страждаю від фізичного нездоров'я: у мене болить голова, напружені м'язи шиї, болі у спині, спазми в шлунку	1 2 3 4 5 6 7 8
8. Я поглинена думками, змучена або стурбована	1 2 3 4 5 6 7 8
9. Мене раптово кидає то в жар, то в холод	1 2 3 4 5 6 7 8
10. Я забуваю про зустрічі або справи, які повина зробити або вирішити	1 2 3 4 5 6 7 8
11. Я легко можу заплакати	1 2 3 4 5 6 7 8
12. Я відчуваю себе втомленою	1 2 3 4 5 6 7 8
13. Я міцно стискаю зуби	1 2 3 4 5 6 7 8
14. Я не спокійна	1 2 3 4 5 6 7 8
15. Мені важко дихати, і (або) у мене раптово перехоплює подих	1 2 3 4 5 6 7 8
16. Я маю проблеми з травленням та з кишечником (болі, коліки, розлади або запори)	1 2 3 4 5 6 7 8
17. Я схвильована, стурбована або збентежена	1 2 3 4 5 6 7 8
18. Я легко лякаюся: шум або шурхіт змушує мене здригатися	1 2 3 4 5 6 7 8
19. Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути	1 2 3 4 5 6 7 8

20. Я збита з пантелику: мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості, і я не можу сконцентрувати уваги	1 2 3 4 5 6 7 8
21. У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима	1 2 3 4 5 6 7 8
22. Я відчуваю важкість на своїх плечах	1 2 3 4 5 6 7 8
23. Я стривожена. Мені необхідно постійно рухатися; я не можу встати на одному місці	1 2 3 4 5 6 7 8
24. Мені важко контролювати свої вчинки, емоції або жести	1 2 3 4 5 6 7 8
25. Я напружена	1 2 3 4 5 6 7 8

Обробка методики і інтерпретація результатів. Підрахуйте суму балів з усіх питань. Чим вона більше, тим вище рівень вашого стресу. *Шкала оцінок:*

- менше 99 балів - низький рівень стресу;
- 100-125 балів - середній рівень стресу;
- більше 125 балів - високий рівень стресу. Найкраще вам зможуть допомогти впоратися зі стресовим станом, який виснажує нервову систему, знижує імунітет, є причиною появи психосоматичних хвороб, фахівці: психологи, психотерапевти, психіатри.

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА

Тренінг на тему: «Вступ до вивчення розладів харчової поведінки (РХП)»

День 1: Вступ до теми

Мета: Ознайомити учасників з основами розладів харчової поведінки (РХП) та їхньою актуальністю.

План:

- Знайомство: вправа “Очікування і внесок”.

Теорія:

- Що таке РХП?
- Актуальність проблеми: статистика, причини розвитку.
- Роль суспільства та культури у формуванні РХП.
- Інтерактив:

Групова дискусія: “Стереотипи про їжу та тіло”.

- Домашнє завдання: Проаналізувати своє ставлення до харчування (заповнити анкету).

Вправа "Знайомство: Очікування і внесок"

Методичний задум вправи: ця вправа допомагає учасникам краще познайомитися, окреслити свої цілі на тренінг та визначити, яким чином вони можуть зробити свій внесок у створення ефективної роботи групи.

Вона створює атмосферу довіри та зацікавленості, а також дозволяє психологу адаптувати подальшу роботу до потреб учасників.

Практичне призначення: вправа сприяє формуванню командного духу, встановлює очікування, допомагає знизити тривожність на початку тренінгу та підвищує рівень мотивації учасників. Вона дозволяє кожному висловитися, що є важливим для створення комфортного простору.

Хід роботи:

Початок: *"Ми розпочнемо нашу зустріч із короткої вправи, яка допоможе нам краще познайомитися та зрозуміти, чого кожен із вас очікує від тренінгу. Водночас ми з'ясуємо, чим кожен із вас може збагатити нашу групу."*

Роздача матеріалів: *"Ось вам стікери (або картки) двох кольорів. На одному стікері напишіть, чого ви очікуєте від тренінгу: що б ви хотіли дізнатися, відчувати чи навчитися. Це ваші очікування. На другому стікері напишіть, чим ви можете бути корисні групі. Це може бути ваша готовність ділитися досвідом, ідеями чи підтримувати інших."*

Час на виконання: *"У вас є 5 хвилин, щоб подумати та записати свої відповіді. Якщо потрібно більше часу, скажіть."*

Обговорення: *"Тепер давайте поділимося своїми думками. Почнемо по черзі. Кожен називає своє ім'я, розповідає про свої очікування та внесок та кріпить свій стікер на дошку."*

Заключне узагальнення: *"Дякую кожному з вас за ваші думки та відкритість. Ми врахуємо ваші очікування у нашій роботі, а ваш внесок зробить цей тренінг ще цікавішим та кориснішим."*

Психолог під час вправи:

Важливо підтримувати дружню атмосферу, допомагати тим, хто соромиться висловитися, та уважно фіксувати очікування учасників для подальшого використання. Якщо група велика, можна попросити учасників прикріпити свої стікери на дошку, щоб зекономити час.

Ця вправа є ефективним стартом, який задає позитивний тон усьому тренінгу.

Лекція: №1

Розлади харчової поведінки (РХП) – це група психічних розладів, які характеризуються стійкими порушеннями харчової поведінки, що негативно впливають на фізичне і психічне здоров'я людини. До основних видів РХП належать анорексія нервова, булімія нервова та компульсивне переїдання. Ці розлади не є питанням сили волі чи звичайної примхи, вони виникають через складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів.

Анорексія нервова характеризується страхом перед набором ваги, який змушує людину різко обмежувати споживання їжі. Це може призводити до серйозного виснаження, гормональних порушень, серцево-судинних проблем і навіть смерті. Булімія нервова включає цикли переїдання, які супроводжуються компенсаторною поведінкою, такою як викликання блювання, використання проносних або надмірні фізичні навантаження. Такий підхід також серйозно шкодить організму, зокрема травній системі та серцю. Компульсивне переїдання, на відміну від булімії, не

супроводжується компенсаторними діями, але призводить до набору ваги, ожиріння і низки супутніх хвороб.

Біологічні причини РХП можуть включати генетичну схильність, гормональні дисбаланси чи порушення роботи мозку, особливо у зонах, які відповідають за контроль апетиту. Психологічні фактори, такі як низька самооцінка, перфекціонізм або депресія, також відіграють важливу роль. Соціальні фактори, зокрема вплив медіа, які популяризують нереалістичні стандарти краси, часто стають тригерами розвитку РХП.

Суспільство накладає значний тиск на людей, особливо на молодь, формуючи ідеали, яких майже неможливо досягти. Соціальні мережі, реклама та культурні стандарти створюють образ "ідеального тіла", який змушує людей сумніватися у власній цінності. Такий соціокультурний тиск часто посилює тривогу та дисморфічне сприйняття свого тіла.

РХП не лише впливають на фізичний стан, але й викликають сильні емоційні страждання. Люди, які страждають на ці розлади, часто переживають почуття провини, сорому, ізоляцію, що може спричинити депресію чи навіть суїцидальні думки. Водночас ці стани можна ефективно лікувати за допомогою психотерапії, медикаментозного втручання та створення підтримуючого соціального середовища.

Людям, які страждають на РХП, важливо зрозуміти, що вони не самотні, і звернення за допомогою є першим кроком до одужання. Розуміння природи цих розладів як психічного захворювання допомагає зняти з них стигму та сприяє більшій відкритості суспільства до цієї проблеми.

Актуальність проблеми

Розлади харчової поведінки є серйозною проблемою сучасного суспільства, яка щороку набирає обертів. За статистикою, близько 9% населення світу страждають на один із видів РХП. У розвинених країнах цей показник може досягати 15%, причому жінки в три рази частіше стикаються з такими розладами, ніж чоловіки. В Україні проблема також стає дедалі актуальнішою, зокрема через зростаючий вплив соціальних мереж і пропаганду ідеалізованого образу тіла. Особливо тривожним є те, що середній вік початку РХП знижується і часто припадає на підлітковий період.

Розлади харчової поведінки призводять не лише до значного погіршення якості життя, але й до серйозних економічних витрат. Лікування цих станів є тривалим і затратним процесом, а наслідки для здоров'я можуть бути незворотними. За оцінками, лише 10% людей із РХП отримують кваліфіковану допомогу, оскільки багато хто боїться стигматизації або недооцінює проблему.

Причини розвитку

Розвиток РХП залежить від багатьох факторів, які взаємодіють між собою.

Біологічні причини включають генетичну схильність, гормональні дисбаланси та особливості роботи мозку, наприклад, порушення у функціонуванні систем, що регулюють апетит і контроль імпульсів.

Психологічні причини часто включають дитячі травми, перфекціонізм, хронічну низьку самооцінку або незадоволення своїм тілом. Наприклад,

людина може сприймати харчову поведінку як єдиний спосіб контролювати стрес чи емоції.

Соціальні фактори відіграють ключову роль у формуванні РХП. Постійний тиск із боку оточення, бажання відповідати загальноприйнятим стандартам краси або конкуренція у соціальному середовищі можуть стати сильними тригерами. Люди, які часто чують критику своєї зовнішності або переживають порівняння з іншими, перебувають у зоні ризику.

Роль суспільства та культури у формуванні РХП

Сучасне суспільство та культура активно формують стандарти краси, які часто є недосяжними для більшості людей. Ідеалізація худорлявості, яку ми бачимо у фільмах, рекламі, журналах і соціальних мережах, формує нездорові уявлення про те, як має виглядати "ідеальне тіло". Наприклад, дослідження показують, що постійне спостереження за ідеалізованими зображеннями у соцмережах значно підвищує ризик розвитку РХП, особливо серед підлітків.

Соціальні медіа також посилюють проблему, створюючи фільтровану реальність, де "ідеальні" образи стають нормою. Фотошоп, фільтри та ретушування викривлюють сприйняття тіла, змушуючи багатьох сумніватися у власній цінності. Культурні стереотипи про "сильних" і "впевнених" людей, які контролюють себе навіть у їжі, також можуть формувати нездорові моделі поведінки.

Стереотипи впливають і на чоловіків, зокрема через культивування образу "ідеального атлета". У свою чергу, ті, хто не відповідає цим стандартам,

можуть відчувати соціальний тиск, що провокує ризик РХП. Крім того, культурні табу або ідеї про те, яка їжа "погана", а яка "хороша", формують викривлене ставлення до харчування.

Підсумовуючи, можна сказати, що розуміння масштабів проблеми та впливу суспільства є першим кроком у боротьбі з РХП. Важливо працювати над зміною суспільного ставлення до харчової поведінки, підвищенням обізнаності та формуванням культури прийняття тіла.

День 2: Типи РХП та їх ознаки

Мета: Вивчити основні типи РХП та їхні прояви.

Теорія:

- Анорексія, булімія, компульсивне переїдання: характеристики, симптоми.
- Менш поширені розлади (орторексія, пікорексія).

Інтерактив:

- Кейси: розпізнавання типів РХП за описами.
- Вправа “Як виглядає здоровий і нездоровий харчовий патерн?”

Домашнє завдання: Подивитися фільм/відео на тему РХП (список буде надано).

Лекція №2

Розлади харчової поведінки, зокрема анорексія, булімія та компульсивне переїдання, є складними психічними станами, які впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я людини. Хоча кожен із цих розладів має свої унікальні риси, їх об'єднує викривлене сприйняття харчування, ваги та власного тіла.

Анорексія нервова є, мабуть, найвідомішим із цих розладів. Її ключовою характеристикою є сильний страх перед набором ваги, навіть якщо людина вже має критично низьку масу тіла. Люди з анорексією часто обмежують

споживання їжі до мінімуму або зовсім відмовляються від неї, а також можуть надмірно займатися фізичними вправами. Типовими симптомами є значна втрата ваги, порушення менструального циклу, слабкість і виснаження. На психологічному рівні це супроводжується сильним перфекціонізмом, почуттям неповноцінності та страхом втрати контролю.

Булімія нервова характеризується циклами переїдання, після яких людина відчуває сильне почуття провини та намагається "компенсувати" це викликанням блювання, використанням проносних чи надмірними фізичними навантаженнями. Люди з булімією зазвичай мають нормальну вагу, через що їхній стан може довго залишатися непомітним. Фізичні симптоми включають пошкодження зубів і ясен через кислоту шлунка, зневоднення, порушення роботи серця та травної системи. Емоційно булімія супроводжується соромом і почуттям безпорадності через нездатність контролювати свої епізоди переїдання.

Компульсивне переїдання відрізняється від булімії тим, що після епізодів переїдання не спостерігається компенсаторної поведінки. Люди, які страждають на цей розлад, можуть споживати великі обсяги їжі навіть у стані ситості, відчуючи неможливість зупинитися. Це часто супроводжується почуттям сорому, відрази до себе та соціальної ізоляції. Компульсивне переїдання зазвичай призводить до набору ваги та ожиріння, що, у свою чергу, збільшує ризик розвитку діабету, серцево-судинних хвороб і проблем із суглобами.

Спільною рисою цих розладів є їхній серйозний вплив на психіку людини. Всі три стани супроводжуються низькою самооцінкою, страхом критики,

соціальною ізоляцією та навіть депресією. Люди часто використовують харчування як спосіб впоратися зі стресом або почуттям втрати контролю у своєму житті. Проте, замість вирішення проблем, це лише погіршує їхній фізичний і психічний стан.

Розуміння цих розладів є важливим для своєчасного виявлення симптомів та початку лікування. Лікування може включати психотерапію, медикаментозну підтримку, а також створення сприятливого середовища, яке допоможе людині відновити здорове ставлення до їжі та власного тіла. Важливо пам'ятати, що всі ці стани потребують комплексного підходу та підтримки з боку близьких, медичних працівників і суспільства загалом. Окрім широко відомих розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія та компульсивне переїдання, існують менш поширені, але не менш серйозні розлади, які часто залишаються поза увагою суспільства. До таких належать орторексія та пікорексія. Ці стани мають свої унікальні особливості, які відрізняють їх від інших типів РХП, хоча вони також можуть значно впливати на якість життя людини.

Орторексія нервова – це стан, при якому людина має надмірну зацікавленість на споживанні "здорової" їжі. Ця одержимість правильним харчуванням виходить за межі раціонального і стає нав'язливою ідеєю. Люди з орторексією проводять багато часу, досліджуючи інформацію про їжу, створюючи "ідеальні" дієти, які виключають величезну кількість продуктів, або суворо дотримуються обмежень. Вони можуть уникати соціальних подій, де присутня їжа, яку вони вважають "шкідливою". Симптоми орторексії включають тривожність щодо споживання будь-якого продукту, який не відповідає їхнім стандартам, зниження ваги, а іноді і дефіцит важливих поживних речовин. На психологічному рівні це супроводжується

почуттям моральної переваги через дотримання суворих правил харчування, яке поступово трансформується у соціальну ізоляцію та стрес.

Орторексія небезпечна тим, що її легко сплутати з "здоровим способом життя". Проте різниця полягає в тому, що вибір здорового харчування є гнучким, тоді як орторексія викликає страх і нав'язливу потребу уникати певних продуктів. Це може призводити до серйозних фізичних наслідків, таких як недоїдання або дефіцит вітамінів і мінералів, та емоційних – наприклад, тривожності та депресії.

Пікорексія, або пікалізм, – це розлад харчової поведінки, при якому людина має постійне бажання споживати нехарчові речовини, такі як глина, крейда, пісок, мило чи навіть фарба. Цей стан часто виникає у дітей, вагітних жінок або людей із дефіцитом певних поживних речовин, таких як залізо чи цинк. Хоча точні причини пікорексії не до кінця зрозумілі, дослідники пов'язують її з культурними традиціями, дефіцитом мікроелементів або психічними станами, такими як стрес чи шизофренія.

Пікорексія має серйозні фізичні ризики. Споживання нехарчових речовин може призводити до отруєння, пошкодження травної системи, кишкової непрохідності чи інфекцій. Люди з цим розладом часто соромляться свого стану і не звертаються по допомогу, що ускладнює діагностику і лікування.

Обидва розлади демонструють, наскільки важливо не тільки контролювати споживання їжі, але й уважно стежити за її якістю та контекстом. Такі стани потребують комплексного підходу до лікування, який включає консультації з лікарями, дієтологами та психологами. Усвідомлення цих менш поширених розладів допомагає не лише вчасно їх розпізнати, але й сприяє зниженню стигматизації та підтримці тих, хто з ними стикається.

Інтерактив

Кейси: розпізнавання типів РХП за описами.

Вправа: Кейси: розпізнавання типів РХП за описами

Мета вправи:

Ця вправа допомагає учасникам тренінгу навчитися розпізнавати основні типи розладів харчової поведінки (РХП) на основі реальних життєвих ситуацій або описів. Вона сприяє глибшому розумінню проявів РХП та відмінностей між їх видами.

Інструкція до виконання:

Початок:

"Зараз ми розглянемо кілька коротких описів, які описують поведінку або думки людей щодо харчування, тіла та емоцій. Ваше завдання – уважно прочитати кожен кейс і визначити, який тип РХП у ньому описується. Якщо є сумніви, спробуйте обґрунтувати свої міркування."

Хід виконання:

1. Учасникам видаються друковані кейси (або вони зачитуються психологом).
2. Група працює разом або ділиться на підгрупи для обговорення кожного кейсу.
3. На аналіз одного кейсу виділяється 5-7 хвилин.
4. Після обговорення кожен учасник або підгрупа ділиться своїм висновком. Психолог надає зворотний зв'язок і пояснення.

Приклади кейсів:

- Кейс 1: Олена завжди рахує калорії і обмежує себе навіть у корисній їжі. Вона часто відмовляється від обіду з друзями, щоб не "зірватися". Її вага набагато нижча за норму, але вона все одно вважає себе "недостатньо худю".

Відповідь: Анорексія нервова.

- Кейс 2: Андрій помічає, що час від часу не може зупинитися їсти навіть після того, як відчуває ситість. Він часто їсть потайки і соромиться цього. Після таких епізодів він відчуває провину, але не намагається викликати блювання чи використовувати проносні.

Відповідь: Компульсивне переїдання.

- Кейс 3: Марина регулярно їсть великі обсяги їжі за короткий час. Після цього вона викликає блювання, бо боїться набрати вагу. Вона соромиться своєї поведінки і намагається приховати її від близьких.

Відповідь: Булімія нервова.

- Кейс 4: Іван за останній місяць перестав їсти "нездорову" їжу, як він її називає. У його раціоні залишилися лише кілька продуктів, які, на його думку, є "абсолютно чистими". Його соціальне життя погіршилося, бо він уникає спільних прийомів їжі.

Відповідь: Орторексія нервова.

- Кейс 5: Катя помічає, що постійно хоче їсти речі, які не є їжею, наприклад крейду чи пісок. Вона соромиться розповідати про це близьким і боїться, що це ненормально.

Відповідь: Пікорексія.

Обговорення:

Після завершення вправи психолог коротко підсумовує, наголошуючи на ключових симптомах кожного типу РХП. Також він підкреслює важливість розпізнавання цих станів для надання своєчасної допомоги.

Результати вправи:

- Учасники краще розуміють різницю між типами РХП.
- Формується емпатія та розуміння того, як виглядають проблеми "зсередини".
- Розвивається здатність аналізувати поведінку та виявляти її тривожні ознаки.

Вправа: "Як виглядає здоровий і нездоровий харчовий патерн?"

Мета вправи:

Розвинути уявлення учасників про здорові та нездорові харчові патерни, навчити їх аналізувати власну харчову поведінку та визначати можливі ризики її викривлення. Вправа допомагає формувати критичне мислення та здатність розпізнавати проблемні моделі харчування.

Інструкція до виконання:

Початок:

"Для того щоб краще зрозуміти, що таке здорова харчова поведінка і як її можна відрізнити від нездорової, ми виконаємо практичну вправу. Ви спробуєте створити список характеристик для обох типів патернів і проаналізуєте приклади поведінки, щоб визначити, чи є вона здоровою чи потребує корекції."

Хід виконання:

Учасники працюють в групах або парах.

Кожна група отримує два аркуші паперу: один із заголовком "Здоровий харчовий патерн", інший – "Нездоровий харчовий патерн".

На першому етапі групи мають скласти список характеристик для кожного типу харчової поведінки, опираючись на свої знання та здоровий глузд.

На другому етапі групам зачитуються приклади харчової поведінки (кейси).

Їхнє завдання – обговорити та визначити, до якого типу патерна належить описана поведінка.

Приклади для аналізу:

Людина планує свій раціон, включаючи всі групи продуктів, але дозволяє собі інколи їсти солодке чи інші "нездорові" продукти, якщо хочеться.

Відповідь: Здоровий харчовий патерн.

Людина виключає цілі групи продуктів без медичних показань (наприклад, всі вуглеводи) і відчуває провину, якщо випадково їх з'їла.

Відповідь: Нездоровий харчовий патерн.

Людина їсть тричі на день, але під час прийому їжі постійно відволікається на телефон чи телевізор.

Відповідь: Може бути ризиком нездорового патерну.

Людина повністю ігнорує свій голод або їсть лише у визначені години, навіть якщо дуже голодна.

Відповідь: Нездоровий харчовий патерн.

Людина прислухається до сигналів свого тіла, їсть, коли відчуває голод, і зупиняється, коли відчуває ситість.

Відповідь: Здоровий харчовий патерн.

Обговорення:

Після виконання завдання психолог проводить рефлексію:

"Що вам здалося найбільш очевидним у визначенні здорових і нездорових патернів?"

"Чи є у вас якісь схожі звички, які ви б хотіли переглянути після виконання цієї вправи?"

Психолог також пояснює, що здоровий харчовий патерн включає не лише те, що ми їмо, але й те, як ми це робимо: із задоволенням, без почуття провини чи нав'язливих думок.

Результати вправи:

Учасники отримують чітке розуміння здорових і нездорових харчових моделей.

Вони вчаться критично оцінювати власну поведінку та вчасно помічати можливі ризики.

Формується свідомий підхід до харчування, який сприяє як фізичному, так і психічному благополуччю.

Домашнє завдання:

Список фільмів, які висвітлюють тему розладів харчової поведінки. Вони можуть бути використані для кращого розуміння цієї проблематики, як для учасників тренінгу, так і для глибшого занурення у тему.

Документальні фільми

1. *“Thin” (2006)* - Документальний фільм, який досліджує життя жінок у клініці лікування анорексії та булімії. Режисер: Лорен Грінфілд
2. *“FED UP” (2014)* - Фільм про вплив харчової індустрії на здоров'я, який також торкається теми нездорових харчових звичок. Режисер: Стефані Сочтік Гріггс
3. *“Embrace” (2016)* - Документальний фільм про прийняття свого тіла і боротьбу з соціальними стандартами краси. Режисер: Тарін Брамфіт
4. *“America the Beautiful” (2007)* - Вивчає, як стандарти краси в США впливають на самооцінку та розвиток РХП. Режисер: Даррелл Робертс

Художні фільми

1. *“To the Bone” (2017)*
 - Режисер: Марті Ноксон
 - Історія дівчини з анорексією, яка проходить лікування в терапевтичному центрі.
2. *“For the Love of Nancy” (1994)*
 - Режисер: Пол Шнайдер
 - Біографічна драма про боротьбу молодої жінки з анорексією.
3. *“My Skinny Sister” (2015)*
 - Режисер: Санна Ленкен
 - Сімейна драма, яка показує, як РХП впливає не лише на особу, а й на її близьких.
4. *“Little Miss Perfect” (2016)*
 - Режисер: Марісса Л. Вінокур

- Історія про підлітка, який піддається тиску і розвиває нездорові звички в харчуванні.

5. “Starving in Suburbia” (2014)

- Режисер: Тара Міллер
- Фільм про небезпеки про-анорексійних онлайн-спільнот.

Фільми з аспектами РХП

1. “Black Swan” (2010)

- Режисер: Даррен Аронофскі
- Хоча це не фільм про РХП, він демонструє перфекціонізм і саморуйнівну поведінку, які часто супроводжують ці розлади.

2. “The Best Little Girl in the World” (1981)

- Режисер: Сэм О’Шин
- Фільм про підлітка, який розвиває анорексію через тиск та бажання бути ідеальною.

3. “Girl, Interrupted” (1999)

- Режисер: Джеймс Менголд
- Показує різні психічні розлади, включаючи булімію.

4. “Super Size Me” (2004)

- Режисер: Морган Сперлок
- Вивчає вплив нездорового харчування та надмірного споживання фаст-фуду.

День 3: Причини розвитку РХП

Мета: Розглянути фактори, які призводять до РХП.

- Теорія:
- Біологічні, психологічні, соціальні та культурні причини.
- Сімейна динаміка та вплив.

- Інтерактив:
- Групова вправа: “Фактори ризику в життєвих історіях”.
- Створення карти причин РХП (робота в групах).
- Домашнє завдання: Написати есе: “Фактори, які впливають на мій підхід до харчування”.

Лекція №3. Лекція: Біологічні, психологічні, соціальні та культурні причини РХП. Сімейна динаміка та вплив

Розлади харчової поведінки (РХП) мають багатфакторну природу, тобто їх розвиток зумовлений комплексом причин, що включають біологічні, психологічні, соціальні та культурні чинники. Розуміння цих причин дозволяє краще усвідомити механізми формування РХП та визначити ефективні підходи до їхнього лікування.

Біологічні причини охоплюють генетичну схильність та особливості функціонування мозку. Дослідження показують, що у людей із РХП можуть бути зміни в роботі певних зон мозку, зокрема тих, які відповідають за контроль апетиту, емоції та імпульси. Наприклад, у хворих на анорексію та булімію часто спостерігається дисбаланс нейротрансмітерів, таких як серотонін і дофамін, які впливають на відчуття задоволення та ситості.

Генетичні дослідження також вказують на підвищений ризик розвитку РХП у тих, чії близькі родичі страждали на ці розлади.

Психологічні причини включають низьку самооцінку, перфекціонізм, депресію та тривожність. Часто люди з РХП мають високий рівень самокритичності та страх невдачі. Вони можуть використовувати контроль над їжею як спосіб впоратися з емоційним дискомфортом чи почуттям

безпорадності. Наприклад, анорексія може бути вираженням прагнення до абсолютного контролю у світі, який здається хаотичним.

Соціальні причини нерозривно пов'язані з тиском суспільства. Сучасна культура часто пропагує ідеал худорлявості як символ краси, успіху та самодисципліни. Реклама, медіа та соціальні мережі створюють образ "ідеального тіла", який є недосяжним для більшості людей. Порівняння себе з такими ідеалами може призводити до відчуття невдоволення власним тілом, що стає одним із факторів розвитку РХП.

Культурні причини включають традиції та норми, які впливають на ставлення до їжі та тіла. Наприклад, у деяких культурах худорлявість асоціюється з високим соціальним статусом, тоді як у інших — повнота може вважатися ознакою здоров'я або добробуту. Зміни культурних норм, глобалізація та вплив західних стандартів краси також впливають на формування харчової поведінки.

Сімейна динаміка та вплив є ще одним важливим фактором. Родина відіграє центральну роль у формуванні ставлення до їжі та тіла, особливо у дитинстві та підлітковому віці. Наприклад, надмірна критика щодо ваги або зовнішності з боку батьків чи інших членів родини може стати тригером для розвитку РХП. Діти, які бачать, як їхні батьки постійно сидять на дієтах або критикують свою зовнішність, часто переймають ці моделі поведінки.

Також важливим є емоційний клімат у сім'ї. Напружені стосунки, конфлікти, надмірний контроль або, навпаки, емоційна байдужість можуть сприяти тому, що дитина шукає способи контролювати своє життя через

харчування. Наприклад, анорексія може розвиватися у сім'ях, де домінує надмірна турбота або високі очікування щодо дитини, а булімія – у сім'ях із низьким рівнем емоційної підтримки.

Нарешті, важливо зазначити, що РХП не є наслідком лише одного фактора.

Це комплексний процес, де всі ці причини взаємодіють між собою.

Біологічна схильність може посилюватися психологічними травмами, а соціальний тиск і сімейна динаміка створюють додаткові тригери. Тому лікування та профілактика РХП мають враховувати всі ці аспекти, а також забезпечувати емоційну підтримку, розвивати стійкість до зовнішнього тиску та допомагати формувати здорове ставлення до тіла й харчування.

День 4: Психологічний профіль осіб з РХП

Мета: Дослідити особистісні риси людей з РХП.

- Теорія:
- Низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність.
- Вплив дитячих травм і стресів.
- Інтерактив:
- Вправа “Профіль клієнта”: створення гіпотетичного образу.
- Рольова гра: “Розуміння внутрішнього світу людини з РХП”.
- Домашнє завдання: Заповнити таблицю: “Як травми впливають на мої звички”.

Лекція №4. Лекція: Низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність. Вплив дитячих травм і стресів

Розлади харчової поведінки (РХП) мають глибокі психологічні корені, серед яких ключову роль відіграють низька самооцінка, перфекціонізм і

тривожність. Ці стани часто формуються у дитинстві через вплив травматичних подій, стресу та оточення. Вони не лише впливають на психічне здоров'я, а й стають значним фактором ризику для розвитку РХП.

Низька самооцінка є однією з найпоширеніших причин РХП. Люди, які відчують невпевненість у собі, часто орієнтуються на зовнішні оцінки та соціальні стандарти, шукаючи підтвердження своєї цінності. У таких випадках харчова поведінка може стати способом "компенсації".

Наприклад, обмеження їжі в анорексії або надмірне переїдання можуть використовуватися як спосіб уникнення негативних емоцій або відчуття контролю над своїм життям. Часто такі люди сприймають себе через призму своїх недоліків і вважають, що "ідеальне тіло" може вирішити всі їхні проблеми.

Перфекціонізм – це прагнення до ідеальності, яке часто супроводжується страхом зробити помилку або виглядати "недостатньо хорошим". У контексті РХП це проявляється у вигляді нав'язливого бажання контролювати вагу, вигляд і харчування. Наприклад, людина може суворо слідкувати за калорійністю раціону, уникаючи навіть найменших відхилень від правил. Перфекціонізм часто формується у дитинстві, якщо дитина зростає в середовищі, де від неї очікують високих досягнень і не допускають помилок. Такий підхід може створювати надмірний тиск і викликати відчуття, що її цінність залежить лише від успіхів.

Тривожність також має вагоме значення у формуванні РХП. Люди з високим рівнем тривожності схильні до нав'язливих думок і поведінки. Вони можуть використовувати харчування як механізм зниження тривоги.

Наприклад, надмірне обмеження їжі в анорексії може здаватися способом "організувати" хаос у житті, тоді як переїдання у булімії чи компульсивному переїданні використовується для тимчасового полегшення емоційного стресу.

Вплив дитячих травм і стресів є одним із ключових факторів, які можуть призвести до формування РХП. Травматичні події, такі як насильство, зневажання, втрата батьків чи серйозні конфлікти у родині, залишають глибокий емоційний відбиток. Такі діти часто відчують себе беззахисними, ізольованими чи недооціненими, що створює основу для низької самооцінки та підвищеної тривожності.

Додатково, травми, пов'язані із зовнішністю чи тілом, наприклад, булінг через вагу, можуть стати тригером для розвитку негативного ставлення до свого тіла. Діти, які часто чують критику або насмішки щодо свого вигляду, починають асоціювати власну цінність лише з зовнішністю, формуючи викривлене сприйняття себе.

Стрес у дитячому віці, пов'язаний із постійними конфліктами в сім'ї, бідністю, переїздами чи зміною школи, також може сприяти формуванню РХП. Відчуття нестабільності часто змушує дітей шукати способи контролювати хоча б якусь частину свого життя, і харчова поведінка стає одним із таких механізмів.

Підсумовуючи, низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність, а також вплив дитячих травм і стресів створюють базу для розвитку розладів харчової поведінки. Вони формують викривлене сприйняття себе, страх

перед критикою та залежність від зовнішніх оцінок. Ефективне лікування цих станів вимагає роботи з їхніми коренями, тобто з дитячими травмами, формуванням здорової самооцінки та стійкості до стресу. Важливо допомогти людині відновити відчуття власної цінності, незалежної від зовнішності чи досягнень.

День 5: Діагностика РХП

Мета: Познайомити з методами діагностики РХП.

- Теорія:
- Клінічні критерії DSM-5.
- Психометричні методи: опитувальники, анкети.
- Інтерактив:
- Аналіз анкет учасників (анонімно).
- Практика: використання опитувальників для діагностики.
- Домашнє завдання: Скласти коротке самоспостереження харчової поведінки протягом дня.

Лекція №5 Лекція: Клінічні критерії DSM-5. Психометричні методи: опитувальники, анкети

Діагностика розладів харчової поведінки (РХП) базується на чітких клінічних критеріях, розроблених фахівцями у сфері психічного здоров'я. У сучасній практиці одним із основних інструментів діагностики є DSM-5 – п'яте видання "Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів", який надає стандартизовані критерії для виявлення різних типів РХП. Окрім цього, для діагностики широко використовуються психометричні методи, такі як опитувальники та анкети, які допомагають зібрати додаткову інформацію про стан пацієнта.

Клінічні критерії DSM-5 чітко визначають характеристики основних розладів харчової поведінки, включаючи анорексію нервову, булімію нервову та компульсивне переїдання.

Для анорексії нервової в DSM-5 зазначено такі критерії:

Значне обмеження калорійності їжі, що призводить до надмірної втрати ваги.

Інтенсивний страх перед набором ваги або жирінням, навіть якщо вага є недостатньою.

Викривлене сприйняття власного тіла або нездатність усвідомити серйозність власного фізичного стану.

Для булімії нервової ключовими критеріями є:

Повторювані епізоди неконтрольованого переїдання, під час яких людина споживає значно більше їжі, ніж зазвичай.

Використання компенсаторної поведінки після переїдання, такої як викликання блювання, прийом проносних чи надмірні фізичні вправи.

Ці епізоди виникають не менше одного разу на тиждень протягом трьох місяців.

Для компульсивного переїдання основними ознаками є:

Регулярні епізоди переїдання без подальшої компенсаторної поведінки.

Відчуття сорому, провини чи дискомфорту після переїдання.

Епізоди переїдання відбуваються не менше одного разу на тиждень протягом трьох місяців.

DSM-5 також визнає інші уточнені та не уточнені розлади харчової поведінки, які не підпадають під перелічені критерії, але значно впливають на життя пацієнта.

Психометричні методи: опитувальники, анкети

Для поглибленого аналізу та оцінки стану пацієнта фахівці часто використовують психометричні інструменти. Ці методи дозволяють стандартизувати збір інформації та забезпечити об'єктивність діагностики.

Одним із найпоширеніших інструментів є EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) – опитувальник, який оцінює частоту та інтенсивність симптомів РХП. Він включає питання про контроль ваги, обмеження в їжі, компенсаторну поведінку та ставлення до свого тіла. Іншим важливим інструментом є SCOFF Questionnaire, який містить 5 ключових запитань для скринінгу можливих розладів харчової поведінки. Наприклад, одне з питань: "Чи траплялося вам викликати блювання, щоб почуватися легше після їжі?"

Ще одним корисним методом є BDI (Beck Depression Inventory), який допомагає оцінити рівень депресії у пацієнта, що часто супроводжує РХП. Оцінка тривожності може проводитися за допомогою STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

Для дітей та підлітків часто використовують ChEAT (Children's Eating Attitudes Test), який адаптований до їхньої вікової групи та враховує особливості їхнього психосоціального розвитку.

Переваги психометричних методів:

Вони дозволяють зібрати важливу інформацію за відносно короткий час. Дані, отримані з опитувальників, можна порівнювати з нормами для визначення ступеня відхилення.

Опитувальники створюють базу для подальшої роботи, зокрема під час складання індивідуального плану лікування.

У підсумку, клінічні критерії DSM-5 забезпечують чіткі рамки для діагностики РХП, тоді як психометричні методи допомагають уточнити ці діагнози та оцінити психоемоційний стан пацієнта. Використання обох підходів у комплексі дозволяє створити детальну картину проблеми, що є критично важливим для розробки ефективного лікування.

День 6: Наслідки РХП

Мета: Розглянути фізіологічні, психологічні та соціальні наслідки РХП.

- Теорія:
- Вплив на організм: дефіцити, порушення функцій органів.
- Соціальна ізоляція, депресія, тривожність.
- Інтерактив:
- Практичне завдання: створення інфографіки про наслідки РХП.
- Дискусія: “Що можна змінити до того, як розлади погіршуються?”
- Домашнє завдання: Придумати 3 способи профілактики РХП у своєму оточенні.

Лекція №6. Вплив на організм РХП: дефіцити, порушення функцій органів.
Соціальна ізоляція, депресія, тривожність

Розлади харчової поведінки (РХП) мають серйозний вплив не лише на психіку, але й на фізичний стан організму. Вони викликають численні порушення функцій органів, що пов'язані з дефіцитом поживних речовин, а також мають значні соціальні та емоційні наслідки, такі як ізоляція, депресія та тривожність.

Вплив на організм: дефіцити, порушення функцій органів РХП призводять до хронічного недоотримання організмом важливих поживних речовин, що негативно впливає на всі системи.

Дефіцити вітамінів та мінералів:

Люди з анорексією чи булімією часто страждають на дефіцит заліза, кальцію, магнію, вітамінів групи В, що спричиняє анемію, остеопороз та проблеми з нервовою системою. Недоїдання може призвести до дефіциту білків, що викликає атрофію м'язів, ослаблення імунітету та затримку загоєння ран.

Серцево-судинна система:

У людей із значним обмеженням харчування або викликаним блюванням порушується електролітний баланс, особливо рівень калію, що може спричинити аритмію або навіть серцеву недостатність. Постійне виснаження організму також знижує артеріальний тиск і уповільнює серцевий ритм.

Травна система:

Випадки хронічного переїдання або регулярного викликання блювання викликають серйозні ушкодження травного тракту. Наприклад, у хворих на

булімію спостерігається запалення стравоходу, пошкодження зубної емалі через кислоти, а також запори через надмірне використання проносних засобів.

Гормональні порушення:

Анорексія призводить до зниження рівня гормонів, зокрема естрогену та тестостерону, що викликає припинення менструального циклу у жінок та проблеми з репродуктивною функцією. У чоловіків знижується рівень тестостерону, що впливає на лібідо та м'язову масу.

Нервова система:

Постійний дефіцит енергії впливає на мозок, викликаючи порушення концентрації, втрачу пам'яті та навіть атрофію деяких ділянок мозку. У тяжких випадках можливі серйозні психоневрологічні порушення, такі як судоми або периферична невропатія.

Соціальна ізоляція, депресія, тривожність

РХП мають значний вплив на емоційний стан людини та її соціальне життя.

Соціальна ізоляція:

Люди з РХП часто уникають соціальних заходів, пов'язаних із їжею, через сором або страх критики. Це призводить до відчуття самотності та втрати соціальних контактів. З часом така ізоляція може стати самопідтримуваною поведінкою, яка лише поглиблює проблему.

Депресія:

Хронічний стрес, відчуття власної неадекватності та постійне незадоволення собою сприяють розвитку депресії. Люди з РХП часто мають низький рівень серотоніну, що лише посилює депресивний стан. Симптоми включають постійний сум, апатію, втрату інтересу до життя, а у тяжких випадках – суїцидальні думки.

Тривожність:

РХП зазвичай супроводжуються тривожними розладами, такими як генералізована тривога, соціофобія або obsесивно-компульсивний розлад. Люди можуть хвилюватися через кожний прийом їжі, свій вигляд або реакцію оточення. Тривожність може стати тригером для розладу, а також посилювати його прояви.

Почуття провини та сорому:

Багато людей з булімією чи компульсивним переїданням відчують сильний сором і провину після епізодів переїдання або компенсаторної поведінки, що створює замкнене коло: негативні емоції спричиняють черговий епізод порушення харчової поведінки.

Зниження якості життя:

Психологічні та соціальні наслідки РХП впливають на всі сфери життя людини, від професійної діяльності до міжособистісних стосунків. Людина може відчувати себе нездатною досягати своїх цілей або підтримувати близькі стосунки.

У підсумку, РХП завдають комплексної шкоди як фізичному, так і психічному стану людини. Порушення функцій органів, спричинені

дефіцитом поживних речовин, часто є незворотними, якщо не вчасно почати лікування. Емоційні аспекти, такі як депресія та ізоляція, посилюють тяжкість розладу. Тому ефективне лікування має враховувати всі ці аспекти, комбінуючи медичну, психологічну та соціальну підтримку.

День 7: Лікування та підтримка

Мета: Ознайомити з підходами до терапії та роллю соціальної підтримки.

- Теорія:
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).
- Медикаментозна терапія.
- Групова терапія та підтримка сім'ї.
- Інтерактив:
- Вправа “Які слова підтримки є ефективними?”
- Рольова гра: “Як говорити з близьким, який має РХП”.
- Домашнє завдання: Написати короткий діалог підтримки.

Лекція №7 Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при РХП, медикаментозна терапія та групова терапія і підтримка сім'ї

Розлади харчової поведінки (РХП) потребують комплексного підходу до лікування, оскільки вони впливають як на психічний, так і на фізичний стан.

Сучасні підходи до терапії включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), медикаментозну терапію, а також групову терапію та активну участь сім'ї у процесі одужання. Ці методи взаємодоповнюють один одного і забезпечують системний вплив на основні симптоми та причини РХП.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при РХП

КПТ є одним із найефективніших методів лікування РХП, особливо булімії та компульсивного переїдання. Її основною метою є виявлення та зміна дисфункціональних думок і поведінкових патернів, які підтримують розлад.

Основні етапи КПТ:

Психоосвіта: Пацієнт отримує знання про РХП, їхній вплив на організм і психіку, що допомагає знизити почуття провини та сорому.

Робота з когніціями: Пацієнт вчиться ідентифікувати автоматичні негативні думки щодо їжі, тіла або своєї ваги та замінювати їх більш реалістичними і позитивними.

Формування здорових поведінкових навичок: Терапевт допомагає розробити нові стратегії управління стресом, які не включають харчову поведінку.

Приклади технік КПТ:

Ведення харчового щоденника: Пацієнт записує, що і як він їв, а також свої емоції під час прийому їжі. Це дозволяє виявити тригери для нездорової поведінки.

Експозиція: Використовується для роботи зі страхами, пов'язаними з певними продуктами або ситуаціями (наприклад, їжа в громадських місцях).

Планування харчування: Допомагає стабілізувати прийоми їжі, уникаючи голоду чи переїдання.

Ефективність КПТ:

Дослідження показують, що КПТ допомагає зменшити частоту епізодів булімії та компульсивного переїдання, покращити сприйняття тіла та

загальний психологічний стан пацієнтів. Вона також дає тривалі результати, якщо пацієнт дотримується рекомендацій.

Медикаментозна терапія при РХП

Медикаментозна терапія є додатковим методом, який використовується у випадках, коли РХП супроводжуються іншими психічними станами, такими як депресія або тривожність.

Антидепресанти:

Для лікування булімії та компульсивного переїдання часто використовуються антидепресанти класу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), наприклад, флуоксетин. Вони допомагають зменшити частоту епізодів переїдання та покращити емоційний стан.

Препарати для контролю апетиту:

У випадках компульсивного переїдання можуть застосовуватися ліки, які знижують відчуття голоду, наприклад, ліраглутид.

Гормональна терапія:

У пацієнтів із анорексією, які мають гормональні порушення, може бути призначена терапія для стабілізації рівня гормонів, таких як естроген.

Заспокійливі препарати:

У випадках високого рівня тривожності можуть використовуватися легкі седативні засоби, але їх застосування має бути обмеженим через ризик звикання.

Медикаментозна терапія не є основним методом лікування, але її комбінування з психотерапією може дати кращі результати, особливо у випадках складних коморбідних станів.

Групова терапія та підтримка сім'ї при РХП

Групова терапія:

Групова терапія є ефективним способом роботи з пацієнтами, які страждають на РХП. Учасники групи мають можливість ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку від людей з подібними проблемами та розвивати почуття спільності.

Групова терапія зазвичай включає елементи КПТ, рольові ігри, обговорення тригерів і технік управління емоціями.

Пацієнти в групах вчаться бачити, що вони не самотні у своїй боротьбі, і це знижує відчуття ізоляції.

Роль сім'ї:

Підтримка сім'ї є ключовим фактором у процесі одужання, особливо для підлітків. Родичі проходять навчання, щоб краще розуміти суть РХП, їхні тригери та як надавати підтримку.

У сімейній терапії працюють над покращенням комунікації, зниженням конфліктності та формуванням здорового середовища для пацієнта.

Сімейна терапія при анорексії:

Сімейний підхід, такий як метод Маудслі, передбачає активну участь батьків у процесі рефідінгу (відновлення нормального харчування). Батьки навчаються допомагати дитині боротися з її страхами щодо їжі.

Емоційна підтримка:

Родина є джерелом емоційної стабільності, яка необхідна для довготривалого одужання. Важливо уникати критики або звинувачень, натомість зосереджуватися на підтримці й позитивному підкріпленні.

Висновок:

Когнітивно-поведінкова терапія є основним методом лікування РХП, оскільки вона працює з основними причинами розладів і їх проявами. Медикаментозна терапія допомагає впоратися із супутніми станами, такими як депресія або тривожність, тоді як групова терапія та сімейна підтримка створюють сприятливе середовище для пацієнта. Комплексне застосування цих методів забезпечує найбільш ефективні результати у процесі лікування та відновлення.

День 8: Профілактика РХП

Мета: Розробити рекомендації для профілактики РХП.

- Теорія:
- Виховання здорового ставлення до тіла.
- Навички стрес-менеджменту.
- Інтерактив:
- Вправа “Мій план здорового харчування”.
- Створення буклету: “Як запобігти РХП?”
- Домашнє завдання: Поділитися буклетом у своєму оточенні.

Лекція 8. Розробка рекомендацій для профілактики РХП: виховання здорового ставлення до тіла та навички стрес-менеджменту

Мета:

Розробити рекомендації для профілактики розладів харчової поведінки (РХП), які допоможуть знизити ризик розвитку цих станів. Основними аспектами профілактики є виховання здорового ставлення до тіла та навчання навичкам управління стресом.

Виховання здорового ставлення до тіла

Однією з ключових причин розвитку РХП є викривлене сприйняття власного тіла, що формується під впливом соціальних та культурних факторів. Виховання здорового ставлення до тіла починається ще в дитинстві і має включати як індивідуальні, так і соціальні аспекти.

Навчання критичному мисленню щодо медіа-контенту:

Реклама, соціальні мережі та інші медіа активно просувають стандарти "ідеального тіла", які часто є недостижними.

У профілактиці важливо навчати дітей та підлітків розпізнавати маніпулятивний контент і розуміти, що зображення у медіа не завжди відповідають реальності.

Розвиток позитивного сприйняття тіла:

Батьки, вчителі та інші дорослі, які впливають на дитину, повинні демонструвати позитивне ставлення до свого тіла.

Важливо уникати коментарів щодо ваги чи зовнішності дитини, натомість акцентувати увагу на її сильних сторонах, досягненнях і навичках.

Освітні програми про здорове харчування:

У школах та сім'ях необхідно формувати культуру збалансованого харчування без акценту на суворі дієти чи заборони.

Діти мають розуміти, що здоров'я не завжди дорівнює худорлявості, і всі люди мають різні типи тілобудови.

Формування емоційної стійкості:

Емоційна підтримка з боку близьких допомагає дитині уникати асоціації своєї цінності виключно з зовнішнім виглядом.

Важливо навчити людину зосереджуватися на внутрішньому комфорті, а не на прагненні відповідати ідеалам.

Навички стрес-менеджменту

Стрес є однією з найпоширеніших причин розвитку РХП, оскільки багато людей використовують їжу як спосіб впоратися з емоційними труднощами.

Навчання стрес-менеджменту допомагає зменшити ризик такого деструктивного реагування.

Розпізнавання та управління емоціями:

Люди повинні навчитися розуміти, які емоції вони переживають, і розпізнавати, коли ці емоції стають тригерами для нездорової харчової поведінки.

Ефективною технікою є ведення щоденника емоцій, де людина записує свої переживання та способи їхнього вирішення.

Техніки релаксації:

Для зниження рівня стресу рекомендується використовувати дихальні вправи, медитацію, йогу чи інші практики, які допомагають заспокоїти нервову систему.

Релаксація має стати частиною щоденної рутини, щоб забезпечити емоційну стабільність.

Тайм-менеджмент:

Багато стресу пов'язано із перевантаженням завданнями або відчуттям браку часу.

Навчання плануванню часу, розстановці пріоритетів і відпочинку може значно знизити рівень стресу.

Формування здорових стратегій подолання стресу:

Їжа не повинна ставати головним способом боротьби зі стресом. Люди можуть навчитися знаходити інші джерела емоційної підтримки, наприклад, спілкування з друзями, хобі або фізична активність.

Заняття спортом:

Фізична активність сприяє зниженню рівня кортизолу (гормону стресу) та підвищенню рівня ендорфінів, що покращують настрій.

Важливо, щоб спорт не асоціювався із схудненням, а розглядався як спосіб підтримки здоров'я та задоволення.

Профілактичні рекомендації:

У школах:

Впровадження освітніх програм із позитивного сприйняття тіла, управління емоціями та здорового харчування.

У сім'ях:

Формування культури прийняття і підтримки, уникнення акцентів на зовнішності та харчуванні як засобі контролю.

Для молоді:

Програми підтримки критичного мислення щодо медіа та навчання управлінню стресом через терапевтичні або освітні заняття.

Висновок:

Профілактика РХП починається з виховання здорового ставлення до тіла, яке включає прийняття себе, розуміння різноманітності типів тілобудови та розвиток емоційної стійкості. Навчання навичкам управління стресом дозволяє уникнути використання їжі як механізму боротьби з емоційними труднощами. Ефективні профілактичні заходи включають взаємодію на рівні школи, сім'ї та індивідуальної роботи, що сприяє формуванню здорових харчових звичок і зниженню ризику розвитку РХП.

День 9: Підбиття підсумків

Мета: Закріпити знання та навички, отримані протягом тренінгу.

- Інтерактив:
- Тест/квіз для перевірки знань.
- Обговорення: “Як цей тренінг змінить мою роботу/життя?”
- Створення колажу “Моє здорове майбутнє”.
- Завершення:
- Вправа на рефлексію: “Мої три головні відкриття”.

Тренінг «Ефективні методи подолання стресу»

День 1: Розуміння стресу

Мета: Дати базові знання про стрес, його види та механізми виникнення.

- Теорія:

- Що таке стрес? Еустрес і дистрес.
- Фізіологічні та психологічні реакції на стрес.
- Тригери стресу в сучасному житті.
- Інтерактив:
- Вправа “Колесо життя”: визначення сфер, що викликають стрес.
- Обговорення: “Як я реаую на стрес?” (групова рефлексія).
- Домашнє завдання: Вести щоденник стресу (записувати ситуації, що викликали стрес, і свої реакції).

День 2: Як стрес впливає на організм і психіку

Мета: Дослідити, як стрес впливає на здоров'я, поведінку і емоції.

- Теорія:
- Вплив стресу на мозок, серцево-судинну систему, імунітет.
- Емоційне вигорання та його стадії.
- Вплив хронічного стресу на міжособистісні стосунки.
- Інтерактив:
- Вправа “Як стрес проявляється у моєму тілі?” (робота з тілесною картою).
- Групова дискусія: “Ознаки хронічного стресу у мене та моєму оточенні”.
- Домашнє завдання: Виконати вправу на самоспостереження: записувати фізичні та емоційні реакції на стресові ситуації.

День 3: Методи релаксації

Мета: Навчити учасників базових технік розслаблення та зняття напруги.

- Теорія:
- Що таке релаксація і чому вона важлива?
- Дихальні техніки як інструмент заспокоєння.

- Релаксація через тіло: прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона).
- Інтерактив:
- Практика: “Дихання по квадрату”, методика “4-7-8”.
- Вправа: прогресивна м'язова релаксація (групова практика).
- Домашнє завдання: Включити одну з технік у свій розпорядок дня та спостерігати за ефектом.

День 4: Управління емоціями в стресових ситуаціях

Мета: Освоїти методи регуляції емоцій під час стресу.

- Теорія:
- Емоційний інтелект: основи і його роль у стрес-менеджменті.
- Техніки регуляції негативних емоцій (заміщення, перепрограмування).
- Інтерактив:
- Вправа: “Стоп! Дихай! Дій!” (алгоритм зупинки емоційної реакції).
- Групова робота: “Як трансформувати негативні думки у позитивні”.
- Домашнє завдання: Відпрацювати алгоритм “Стоп! Дихай! Дій!” у реальних ситуаціях.

День 5: Тайм-менеджмент і стрес

Мета: Ознайомити учасників із взаємозв'язком між управлінням часом і рівнем стресу.

- Теорія:
- Як хаос у розпорядку дня підсилює стрес?
- Принципи пріоритизації задач: метод Ейзенхауера, правило “80/20”.
- Роль перерв і відпочинку.
- Інтерактив:
- Вправа “Мої 5 пріоритетів” (складання списку важливих завдань).

- Створення особистого розкладу з обов'язковими зонами для відпочинку.
- Домашнє завдання: Скласти розклад на тиждень із акцентом на баланс між роботою та відпочинком.

День 6: Формування стресостійкості

Мета: Сформувати навички довгострокового управління стресом і розвитку стресостійкості.

- Теорія:
- Що таке стресостійкість і як її розвивати?
- Ресурсний стан: як наповнювати свій “емоційний резервуар”?
- Практика вдячності та позитивного мислення.
- Інтерактив:
- Вправа “Мої ресурси”: створення особистої карти ресурсів (емоційних, фізичних, соціальних).
- Медитація: “Вдячність як ресурс”.
- Підбиття підсумків:
- Рефлексія: “Мої головні відкриття за час тренінгу”.
- План дій: “Як я інтегрую ці методи у своє життя?”

Групова психотерапія

День 1: Знайомство та створення безпечного середовища

Мета: Познайти учасників, сформувати групову довіру та визначити правила роботи.

- 1 година:
- Вправа на знайомство: “Моя історія в трьох словах”.
- Встановлення правил групової роботи (конфіденційність, повага тощо).
- 1 година:

- Ознайомлення з поняттям РХП: що це таке, причини та наслідки.
- Розвінчування міфів про РХП.
- 1 година:
- Рефлексія: “Чому я тут?” (короткий опис своєї мотивації).
- Домашнє завдання: написати про свої відчуття під час прийому їжі.

День 2: Розуміння своїх звичок

Мета: Дослідити власну харчову поведінку та усвідомити тригери.

- 1 година:
- Вправа: “Хронологія моєї харчової поведінки” (малюнок чи текст).
- 1 година:
- Обговорення: “Що впливає на мої харчові звички?” (стрес, емоції, культура).
- 1 година:
- Групова вправа: “Аналіз харчового щоденника”.
- Домашнє завдання: продовжувати вести харчовий щоденник, додавши емоційні стани.

День 3: Робота з емоціями

Мета: Розпізнавати свої емоції та їхній вплив на харчову поведінку.

- 1 година:
- Психоедукація: зв'язок емоцій та харчової поведінки.
- Техніка розпізнавання емоцій: “Колесо емоцій”.
- 1 година:
- Групова вправа: “Як я реаую на стрес?” (поділитися прикладами).
- 1 година:
- Практика регуляції емоцій: техніка “Стоп! Дихай! Аналізуй!”.
- Домашнє завдання: описати, як впливають емоції на прийом їжі.

День 4: Тілесність та образ тіла

Мета: Опрацювати ставлення до свого тіла та прийняття себе.

- 1 година:
- Психоедукація: соціальні стандарти краси та їх вплив на образ тіла.
- 1 година:
- Практика: “Тіло як ресурс” (вправа на виявлення позитивних якостей тіла).
- 1 година:
- Арт-терапія: “Мій ідеальний та реальний образ тіла”.
- Домашнє завдання: написати лист вдячності своєму тілу.

День 5: Перфекціонізм і самокритика

Мета: Дослідити роль перфекціонізму та негативного мислення в РХП.

- 1 година:
- Психоедукація: зв’язок перфекціонізму з РХП.
- 1 година:
- Вправа: “Діалог із внутрішнім критиком”.
- 1 година:
- Практика самопідтримки: техніка “Комплімент собі”.
- Домашнє завдання: записати свої досягнення протягом тижня.

День 6: Управління стресом

Мета: Розробити навички стрес-менеджменту як важливої частини лікування РХП.

- 1 година:
- Психоедукація: як стрес впливає на харчову поведінку.
- 1 година:
- Практика: техніки дихання та прогресивна м’язова релаксація.
- 1 година:
- Групова робота: “Мій план зниження стресу”.

- Домашнє завдання: використовувати техніку релаксації щодня.

День 7: Здорове харчування як спосіб турботи про себе

Мета: Ознайомити з принципами здорового харчування.

- 1 година:
- Теорія: баланс між фізіологічними та емоційними потребами.
- 1 година:
- Вправа: “Слухаючи сигнали свого тіла” (дослідження голоду та ситості).
- 1 година:
- Створення персонального плану здорового харчування.
- Домашнє завдання: спробувати усвідомлене харчування під час одного прийому їжі.

День 8: Робота з негативними думками

Мета: Освоїти когнітивні техніки для боротьби з деструктивними переконаннями.

- 1 година:
- Психоедукація: автоматичні негативні думки.
- 1 година:
- Практика: техніка “Переформулювання негативних думок”.
- 1 година:
- Групова дискусія: “Як змінюються мої переконання?”.
- Домашнє завдання: вести список негативних думок і замінювати їх позитивними.

День 9: Соціальна підтримка та комунікація

Мета: Навчитися шукати підтримку та будувати здорові стосунки.

- 1 година:
- Теорія: роль соціального оточення в РХП.

- 1 година:
- Практика: “Ассертивна комунікація” (робота над умінням говорити про свої потреби).
- 1 година:
- Рольові ігри: “Як просити про допомогу”.
- Домашнє завдання: знайти спосіб отримати підтримку від близьких.

День 10: Усвідомленість у повсякденному житті

Мета: Освоїти навички майндфулнес для зниження тривожності.

- 1 година:
- Психоедукація: що таке усвідомленість і як вона допомагає.
- 1 година:
- Практика: майндфулнес-медитація “Сканування тіла”.
- 1 година:
- Вправа: усвідомлене харчування (повільне споживання їжі з аналізом відчуттів).
- Домашнє завдання: застосовувати майндфулнес у щоденних справах.

День 11: Планування змін

Мета: Скласти індивідуальний план підтримки здорової поведінки.

- 1 година:
- Аналіз прогресу: “Що я змінив/-ла в собі?”.
- 1 година:
- Вправа: створення “Плану підтримки здорової поведінки”.
- 1 година:
- Групова дискусія: “Мої ресурси для подолання труднощів”.

День 12: Підбиття підсумків і завершення

Мета: Узагальнити досвід терапії, закріпити позитивні зміни та попрощатися.

- 1 година:
- Вправа: “Лист собі в майбутнє”.
- 1 година:
- Техніка завершення групи: “Коло вдячності”.
- 1 година:
- Рефлексія: “Що я беру із собою з цієї групи?”.
- Урочисте завершення терапії.

Ця структура є гнучкою: її можна адаптувати до потреб групи.