

Собко Анастасія ПСЗм-22

**Психологічні особливості розладів харчової поведінки в
підлітковому віці**

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПІДҐРУНТЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

1.1. Сутність психологічного перебігу порушень харчової поведінки підлітків

1.2. Методики дослідження розладів харчової поведінки підлітків в сучасній психології

РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

2.1. Механізм емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у підлітків

2.2. Аналіз психологічних особливостей вираження розладів харчової поведінки у підлітків

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

3.1. Механізми психологічної корекції розладів харчової поведінки підлітків

3.2. Модель тренінгу напрацювання прикладних навичок здорового харчування підлітків, які стикнулися з розладами харчової поведінки

ВСТУП

Актуальність дослідження. Саме в підлітковому віці люди стикаються з значною кількістю фізіологічних і психологічних змін. У цей період у підлітків відбувається статеве дозрівання, зміни у відносинах із однолітками, зміни в зовнішності, формування ідентичності, розвиток самостійності. Значний відсоток підлітків страждає нервовою анорексією, нервовою булімією, компульсивним переїданням, орторексією, дисморфічними розладами та іншими розладами харчової поведінки. Підлітки найбільш уразливі і відносяться до кола високого ризику розвитку розладів харчової поведінки. Це може включати в себе безліч факторів, таких як сімейні труднощі, генетика, вплив медіакультури, незадоволеність зовнішністю, низька самооцінка, недовіра до відносин, невідповідність досягнутих цілей, тривожність, емоційна самотність, почуття досконалості, надмірний перфекціонізм і високі вимоги до навколишнього середовища. Молоді люди, які відчувають себе позбавленими підтримки або ізольованими, можуть звертати свою увагу на їжу як спосіб впоратися з емоціями. Сюди відноситься відсутність глибокого і тісного контакту з рідними і друзями, що є причиною розвитку нездорових звичок в харчуванні. Крім того, часто під впливом ідеалів веб-ресурсів та соціальних мереж, молодь прагне до досконалості, висуваючи до себе завищені очікування, що є наслідками втрати контролю над зовнішністю та ваги.

Розлади харчової поведінки у підлітків – дуже актуальна і складна проблема, яка потребуватиме великої уваги як з боку суспільства, та широкого кола фахівців. Розробці механізмів підтримки й допомоги, у корекції даної проблеми можуть сприяти подальші дослідження цієї теми.

Об'єкт: харчова поведінка та її розлади у осіб підліткового віку.

Предмет: психосоматичні особливості розвитку порушень та розладів харчової поведінки підлітків

Мета: опрацювання передумов проявлення розладу харчової поведінки підлітків та розробка шляхів формування звичок здорового харчування.

Задля досягнення окресленої мети необхідно виконати наступні *завдання*.

- здійснити теоретичне дослідження проблем зародження та розвитку підліткових розладів харчової поведінки;
- провести аналіз наукової літератури щодо розладів харчової поведінки, включаючи їх різновиди (нервова булімія, нервова анорексія, компульсивне переїдання), а також психологічні особливості їх проявів і супутніх станів (дисморфобія, низька самооцінка, тощо).
- розглянути психологічні характеристики підліткового віку, кризові періоди, а також фактори, що сприяють порушенням харчування
- вибрати психодіагностичні інструменти та методики для діагностики розладів підліткового харчування.
- реалізувати психологічно-діагностичний аналіз зазначеної проблеми.
- розробити та протестувати тренінговий механізм напрацювання прикладних навичок здорового харчування підлітків, які стикнулися з розладами харчової поведінки.

Теоретико-методична основа дослідження. Теоретичні й емпіричні пошуки за проблематикою психологічних розладів, в тому числі і харчової поведінки проводило широке коло науковців, серед яких М. Фергюсон, Е. Шпрангер, А. Рождественський, А. Мельник, А. Гірняк, Бр. Вейнкіс, В. Поліщук, В. Г. Ложкін, С. Литвин-Кіндратюк, Ромацький, Д. Рассел, З. Фрейд, Л. Абсалямова, Л. Магдисюк, Л. Кронбах, М. Савчин, О. Мойзріст, О. Скугалецький, О. Швець, П. Шілдер, О. Шопша, Є. Донченко, Р. Бернс, С. Буллер, Р. Федоренко, С. Кронберг, С. Максименко, С. Холла, Т. Титаренко, Т. Ільницька, Ф. Василюк, Д. Карвасарський.

Новизна отриманих результатів. Дістали подальшого розвитку питання обґрунтованості взаємозв'язку між розладами харчової поведінки та психологічними особливостями особистості. Акцентовано увагу на різниці психологічних реакцій дівчат і юнаків та впливу психологічного середовища на процеси формування здорових харчових звичок.

Практична цінність здобутих результатів: здобутий під час дослідження емпіричний та теоретичний матеріал може бути застосований у психологічних практиках, присвячених подоланню проблеми прояву розладів підліткової харчової поведінки та формування здорових харчових звичок. Розроблений тренінг стане у нагоді психологам-практикам під час праці з підлітками, які потребують корекції харчових звичок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПІДГРУНТЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

1.1. Сутність психологічного перебігу порушень харчової поведінки підлітків

Розлади харчової поведінки в підлітковому віці є серйозними психологічними порушеннями, що впливають на ставлення підлітка до їжі, його фізичне та психологічне здоров'я. Ці розлади часто з'являються в періоді підліткового становлення, коли фізичні, емоційні та соціальні зміни можуть впливати на харчові звички та ставлення до власного тіла. Розлади харчової поведінки (РХП) серед підлітків є серйозною проблемою, що впливає на фізичне та психічне здоров'я молоді. Згідно з даними Центру контролю за захворюваннями, поширеність РХП у світі зросла з 3,4% до 7,8% у період з 2012 по 2022 рік. В Україні майже 5% дітей та підлітків мають прояви різних форм РХП. Основні типи РХП включають:

1. Нервову анорексію: «характеризується відмовою від їжі, значною втратою ваги та страхом перед її набором» [26].

2. Нервову булімію: «проявляється епізодами переїдання, після яких сліднують спроби позбутися з'їденого через блювання або надмірні фізичні навантаження» [1].

3. Компульсивне переїдання: «характеризується неконтрольованими нападами переїдання без подальших компенсаторних дій» [29].

Фактори ризику розвитку РХП серед підлітків перш за все :

- психологічні: низька самооцінка, тривожність, депресія, перфекціонізм;
- соціальні: вплив медіа, соціальні мережі, де популяризуються певні стандарти краси;
- сімейні: проблеми у стосунках в сім'ї, дотримання дієт одним із членів сім'ї, завищені вимоги з боку батьків.

Раннє виявлення та своєчасна допомога є критично важливими для запобігання серйозним наслідкам РХП. Батькам слід звертати увагу на зміни в поведінці та ставленні підлітка до їжі, а також на фізичні та психологічні симптоми, що можуть свідчити про наявність розладу. Розглянемо більш детально основні форми РХП.

Анорексія нервозна: «Це серйозний розлад, при якому підліток надмірно обмежує своє харчування, через що відбувається значна втрата ваги» [14]. Основний страх – це набір ваги, незважаючи на фізичну виснаженість. Як свідчить переважна кількість досліджень, «анорексія (анорексія нервоза) – це психічний розлад, при якому людина має нав'язливий страх перед набором ваги та сильну потребу обмежувати своє харчування, що призводить до значної втрати ваги і фізичного виснаження» [3]. Це розлад, зазвичай, супроводжується спотвореним сприйняттям свого тіла, коли людина вважає себе надмірно повною, незважаючи на серйозне виснаження.

Основними характеристиками анорексії є: сильне обмеження прийому їжі, особа свідомо зменшує кількість їжі, що споживається, часто застосовує суворі дієти або голодування. Низька вага, тобто зменшення ваги до рівня, який є набагато нижчим за норму для віку та зросту. Страх перед набором ваги, навіть при дуже низькій вазі, людина відчуває сильний страх перед можливим збільшенням ваги. Спотворене сприйняття тіла: незважаючи на фізичні зміни, людина продовжує вважати себе надмірно повною. Анорексія може мати серйозні фізичні наслідки, такі як порушення роботи серця, кісток, гормональної системи, а також може призвести до смертельних наслідків, якщо не буде вчасно виявлена та пролікована.

Наступний вид РХП – булімічний розлад: Підлітки з цим розладом часто переживають епізоди переїдання, після чого можуть практикувати методи очищення, як-от викликання блювоти або використання проносних засобів, щоб уникнути набору ваги. «Булімічний розлад (булімія нервоза) – це психічний розлад, що характеризується періодами неконтрольованого переїдання, під час яких людина споживає великі кількості їжі за короткий час, а потім використовує

компенсаторні дії (наприклад, блювоту, проносні засоби, надмірні фізичні навантаження) для запобігання набору ваги» [17]. Булімія супроводжується сильною тривогою щодо власної ваги і форми тіла, а також спотвореним сприйняттям свого зовнішнього вигляду.

Наукове визначення булімії – це «циклічне порушення харчової поведінки, яке включає два основні компоненти» [11]:

а) епізоди переїдання – споживання значної кількості їжі за короткий час, що викликає почуття втрати контролю;

б) компенсаторні дії – спроби уникнути набору ваги шляхом очищення (блювання, використання проносних засобів) або інтенсивних фізичних вправ.

«Булімія має серйозні психосоціальні та фізіологічні наслідки, включаючи порушення електролітного балансу, проблеми з травною системою, серцево-судинні захворювання, а також психологічні страждання, такі як депресія і тривожні розлади» [43].

Ще одним типом РХП є порушення харчової поведінки, що не відповідають критеріям анорексії чи булімії. Це інші форми розладів, які можуть проявлятися в неконтрольованому переїданні або надмірній залежності від певних типів їжі, але не відповідають стандартним критеріям діагностики анорексії чи булімії.

Корекція розладів харчової поведінки вимагає комплексного підходу, включаючи психологічну терапію (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію), медичну допомогу для відновлення нормальної ваги та харчування, а також сімейну терапію для вирішення можливих міжособистісних конфліктів.

Психологічна компонента в розладах харчової поведінки підлітків – це «сукупність психологічних факторів, які впливають на виникнення, розвиток та підтримку розладів харчової поведінки (РХП)» [8]. Вона охоплює як внутрішні, так і зовнішні психологічні процеси, що взаємодіють і призводять до порушень в ставленні до їжі та власного тіла. Психологічні компоненти РХП включають:

- низьку самооцінку. Багато підлітків із РХП мають незадоволення собою, часто це проявляється в спотвореному сприйнятті свого тіла. Низька самооцінка

сприяє розвитку прагнення до контролю над своїм тілом через харчову поведінку (наприклад, надмірне обмеження їжі або переїдання);

- страх перед ожирінням: підлітки з РХП часто мають нав'язливий страх перед набором ваги, що стає основним мотивом для розвитку патологічної поведінки, наприклад, анорексії чи булімії;

- перфекціонізм: «підлітки, схильні до перфекціонізму, часто мають надмірні вимоги до себе, в тому числі і до свого тіла. Це може призводити до незадоволення своїм зовнішнім виглядом і прагнення до контролю через харчову поведінку» [12];

- тривожність та депресія: РХП часто супроводжуються тривожними розладами, депресією та іншими емоційними порушеннями. «Нездатність справлятися з емоціями може призводити до використання їжі як способу емоційного регулювання, що в результаті спричиняє розлади харчової поведінки» [31];

- вплив соціального середовища: нормативи краси, які пропагуються в суспільстві (наприклад, через медіа або соціальні мережі), можуть сприяти формуванню переконань про необхідність досягати ідеального тіла. Соціальні тиск і порівняння з іншими можуть бути важливими факторами в розвитку РХП.

- копінг-стратегії: нездатність ефективно справлятися з психологічними стресами та негативними емоціями може призвести до використання їжі або її відмови як стратегії саморегуляції, що лише погіршує ситуацію.

Психологічна компонента розладів харчової поведінки в підлітків потребує комплексного підходу до діагностики та лікування, включаючи психотерапевтичні методи (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію), які сприяють розвитку здорового ставлення до їжі та тіла.

З огляду на те, що порушення харчової поведінки серед підлітків мають значну динаміку поширення, вчені схиляються до думки, що РХП є захворюванням, що має цивілізаційні, психологічні та психосоматичні причини. «Захворюваність на розлади харчової поведінки (РХП) має багатофакторну природу, і науковці в усьому світі та в Україні виділяють кілька основних

причин, які можуть сприяти розвитку цих порушень. Причини часто є комплексними, і можуть взаємодіяти між собою, впливаючи на формування РХП» [35]. Детальніше розглянемо основні з них.

1. Психологічні причини. Підлітки з низькою самооцінкою можуть шукати способи контролювати свою фізичну форму, що веде до розвитку розладів харчової поведінки. Підлітки, які мають високі вимоги до себе, часто прагнуть до ідеальних стандартів краси і схильні до розвитку таких розладів, як анорексія чи булімія. РХП можуть бути відповіддю на хронічну тривогу чи депресію, коли їжа або її відмова стає способом емоційного регулювання. І, зрештою, переживання стресу, пов'язаного з навчанням, соціальними взаємодіями, батьківськими вимогами чи іншими чинниками, може провокувати розвиток РХП [9].

2. Соціальні причини. У сучасному світі через медіа, рекламу та соціальні мережі популяризуються ідеали тіла, які акцентують увагу на худорлявості, що призводить до прагнення досягти цих стандартів. До цього додаються культурні і соціальні очікування. Високий соціальний тиск щодо зовнішнього вигляду, а також культурні стандарти краси можуть сприяти розвитку РХП, особливо серед підлітків. Крім того, взаємини в родині, особливо в умовах критики, надмірного контролю або ідеалізації зовнішнього вигляду членів сім'ї, можуть сприяти розвитку РХП [37].

3. Біологічні та генетичні причини. а) Генетична схильність: дослідження показують, що деякі люди можуть бути генетично схильні до розвитку РХП, зокрема, якщо в сім'ї вже були випадки таких розладів; б) Гормональні зміни: підлітковий період характеризується значними гормональними змінами, що можуть впливати на апетит, метаболізм та емоційну стабільність, сприяючи розвитку РХП; в) Нейробиологічні фактори: порушення в роботі нейротрансмітерів (наприклад, серотоніну) можуть впливати на харчову поведінку та емоційну регуляцію, що може сприяти розвитку розладів.

4. Емоційні та психологічні травми та переживання травм або насилля: деякі підлітки можуть використовувати контроль над харчуванням як спосіб

справлятися з травматичними переживаннями або емоційним болем. Сімейні або міжособистісні конфлікти, травмуючі події, такі як конфлікти в родині або булінг у школі, можуть призводити до розладів харчової поведінки, як способу уникнення або самозахисту.

5. Фізіологічні причини. Порушення в харчовій поведінці, відсутність адекватного розуміння потреб організму в їжі та спотворене сприйняття сигналів голоду та ситості можуть стати причиною розвитку РХП. «Суттєвий вплив має також нестача поживних речовин, наприклад, дефіцит певних вітамінів та мінералів може викликати зміни в апетиті і настрої, що може впливати на харчову поведінку» [46].

6. Вплив медичних та фізичних аспектів, особливо захворювань. Хронічні хвороби, які впливають на харчування або метаболізм (наприклад, діабет чи проблеми з шлунково-кишковим трактом), можуть сприяти розвитку РХП як реакції на стан здоров'я або як спосіб контролювати певні симптоми.

Українські науковці також акцентують на важливості культурних і соціальних чинників, зокрема впливу медіа, стереотипів про зовнішність та родинних відносин. Вони підкреслюють, що в умовах сучасного соціокультурного середовища в Україні зростає тиск на молодь щодо досягнення «ідеального» тіла, що може посилювати проблему РХП. Усі ці фактори та причини взаємодіють і можуть стати основою для розвитку розладів харчової поведінки, тому комплексний підхід до їх розуміння і лікування є критично важливим для ефективної допомоги підліткам, які страждають від цих розладів.

1.2. Методики дослідження розладів харчової поведінки підлітків в сучасній психології

Сучасна психологія використовує різноманітні методики для дослідження розладів харчової поведінки (РХП), зокрема анорексії, булімії та компульсивного переїдання. Ці методики дозволяють оцінити не лише харчові

звички, але й психологічні, емоційні та соціальні аспекти, які впливають на поведінку підлітків. Нижче наведемо основні методи, які застосовуються в сучасній психології.

1. Клінічне інтерв'ю. Це один із найпоширеніших методів, що використовуються для виявлення РХП. Психолог або психіатр проводить бесіду з пацієнтом для збору інформації про його харчові звички, ставлення до їжі та тіла, а також про психологічні стани, такі як тривога, депресія чи стрес. Інтерв'ю також дозволяє виявити історію розвитку захворювання, сімейні та соціальні фактори, які могли б сприяти розвитку розладу.

2. Анкетування та самооцінки. Для вивчення симптомів РХП часто використовують спеціально розроблені анкети та опитувальники, які допомагають пацієнту самостійно оцінити свої харчові звички, ставлення до їжі та власного тіла. «Тест на самопочуття харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) – один з найбільш відомих інструментів для оцінки симптомів анорексії та булімії. Скала відносин до їжі (Eating Attitudes Test, EAT-26) – також часто використовується для виявлення тривожних розладів, пов'язаних з харчуванням» [39].

Дещо детальніше охарактеризуємо «тест на самопочуття харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI) як найбільш вживаний у світі метод – один з найпоширеніших інструментів для оцінки симптомів розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія та компульсивне переїдання» [21]. Тест був розроблений для оцінки психологічних, емоційних та поведінкових аспектів, що впливають на харчову поведінку і можуть бути пов'язані з розвитком або наявністю розладів харчової поведінки. EDI був створений психіатром Робертом Гарнером ще в 1983 році. Це стандартизований опитувальник, який оцінює різні аспекти психічного і фізіологічного стану пацієнта, пов'язані з харчуванням.

Тест зазвичай складається з 91 питання або твердження, які стосуються харчових звичок, ставлення до їжі, фізичної активності, сприйняття свого тіла та психологічних чинників, таких як тривога, депресія та самооцінка. «Основна мета EDI – допомогти виявити риси, що характеризують розлади харчової

поведінки, а також оцінити рівень тривоги, депресії та спотвореного сприйняття тіла у пацієнтів» [6]. Тест на самопочуття харчової поведінки включає кілька шкал, кожна з яких оцінює певні аспекти розладів харчової поведінки та пов'язані з ними психологічні фактори:

- шкала обмеження харчування: Оцінює прагнення обмежити кількість їжі для досягнення бажаної ваги. Це може бути пов'язано з симптомами анорексії або надмірним контролем над харчуванням.

- шкала переїдання: Визначає схильність до неконтрольованого переїдання, що є типовим для булімії та компульсивного переїдання. Оцінюється, наскільки часто пацієнт відчуває себе безконтрольним під час прийому їжі.

- шкала спотвореного сприйняття тіла: Визначає, наскільки сильно пацієнт зосереджений на своєму тілі і сприймає себе як надмірно товстого або дефектного. Це важливий аспект при діагностиці анорексії та булімії, оскільки багато пацієнтів із цими розладами мають спотворене сприйняття свого зовнішнього вигляду.

- шкала почуття депресії: Оцінює рівень депресії та пригніченості у пацієнтів, що може бути як симптомом, так і тригером для розвитку РХП.

- шкала перфекціонізму: «Визначає схильність до перфекціоністських установок, що можуть сприяти розвитку розладів харчової поведінки через прагнення до ідеальних стандартів зовнішності та тіла» [31].

- шкала тривоги: Оцінює рівень тривоги, стресу та нервозності. «Тривога є важливим фактором, що може сприяти розвитку РХП, оскільки підлітки часто використовують контроль харчування як спосіб боротьби з емоційним напруженням» [47].

- шкала соціальної ізоляції: Визначає рівень соціальної ізоляції та відчуття відчуження, що може бути пов'язано з порушеннями харчової поведінки.

Тест працює наступним чином. Пацієнт або досліджувана особа відповідає на серію запитань, «використовуючи шкалу типу «ніколи», «інколи», «часто», «завжди», що дозволяє виявити рівень вираженості кожного з аспектів розладу

харчової поведінки. Кожна відповідь має певну кількість балів, і на основі зібраних балів робиться оцінка рівня тривоги, депресії, спотвореного сприйняття тіла та інших психологічних характеристик» [10].

Інтерпретація результатів: результати тесту EDI можуть бути використані для: діагностики розладів харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання); оцінки психологічних проблем, таких як депресія, тривога, перфекціонізм, що можуть бути пов'язані з РХП; оцінки важкості розладу та можливих ризиків для фізичного та психологічного здоров'я пацієнта.

Важливо зазначити, що EDI є лише інструментом для оцінки та не є самостійним методом діагностики. Тест зазвичай доповнюється клінічним інтерв'ю та іншими методами оцінки. Переваги EDI: 1) стандартизованість: тест має перевірену наукову базу та стандартизовані норми, що дозволяє застосовувати його в клінічній практиці; 2) «мультифакторність: оцінюється не тільки харчова поведінка, але й емоційний стан, соціальна адаптація, що дає більш повну картину розладу» [5]; 3) виявлення супутніх проблем: EDI дозволяє виявити психологічні фактори, такі як депресія, тривога чи перфекціонізм, які часто супроводжують РХП.

Обмеження тесту: самозвітність, тест залежить від самозвіту пацієнта, що може призвести до викривлення результатів, оскільки пацієнти можуть не бути готові або не бажати відверто відповідати на деякі питання. EDI не є діагностичним інструментом, для точного діагнозу потрібен додатковий клінічний огляд та психотерапевтичне інтерв'ю. Загалом, EDI є потужним інструментом для виявлення та оцінки різноманітних аспектів РХП, а також для розробки індивідуальних програм лікування підлітків з такими розладами.

3. Спостереження за харчовою поведінкою. Психологи можуть спостерігати за харчовою поведінкою пацієнтів під час лікування, відзначаючи особливості переїдання або обмеження їжі. Вони також можуть проводити дослідження в лабораторних умовах, де підлітки проходять експериментальні тести, що імітують реальні ситуації харчування [29].

4. Когнітивно-поведінкові методи. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з основних методик для лікування РХП. Вона спрямована на виявлення і зміну негативних переконань і установок щодо їжі та власного тіла. В рамках КПТ пацієнт навчається конструктивним способам подолання стресу і негативних емоцій, що допомагає змінити поведінку, пов'язану з їжею. Зокрема, використовуються техніки для виявлення і корекції спотворених уявлень про своє тіло та харчування [33].

5. Психометричні тестування. Психологи застосовують різноманітні стандартизовані тести для оцінки емоційного стану та психологічного здоров'я, які можуть бути пов'язані з РХП. Це можуть бути тести на тривогу, депресію (наприклад, Тест Бека для оцінки депресії) або особистісні тестування (наприклад, ММРІ, Тест на перфекціонізм).

6. Біологічні та нейробиологічні дослідження. Для глибшого розуміння біологічних факторів РХП використовуються методи, що досліджують «функціонування головного мозку, як-от функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ) або електроенцефалографія (ЕЕГ), для оцінки мозкової активності під час виконання завдань, пов'язаних з харчуванням чи емоційними реакціями на їжу» [7]. Такі методи дозволяють вивчити, як зміни в мозку можуть впливати на харчову поведінку та ставлення до їжі.

7. Генетичні дослідження. Психологи і генетики проводять дослідження для виявлення можливих генетичних факторів, які можуть підвищити ризик розвитку РХП. Це може включати вивчення поліморфізмів генів, що відповідають за регуляцію апетиту, обмін речовин і психоемоційний стан.

8. Соціологічні дослідження. Соціологічні опитування можуть бути використані для вивчення впливу соціальних мереж, медіа та культурних факторів на формування у підлітків стандартів краси та ставлення до власного тіла. Це дозволяє оцінити роль соціальних чинників у розвитку РХП та виявити, як соціальний тиск може впливати на харчову поведінку.

9. Методи нейропсихологічного дослідження. Ці методи дозволяють вивчити, як порушення когнітивних функцій (наприклад, уваги, пам'яті,

здатності до планування) можуть впливати на розлади харчової поведінки. Такі дослідження можуть допомогти виявити, як певні зміни в нейропсихологічних процесах можуть сприяти розвитку розладів харчової поведінки.

Застосування цих методів дозволяє отримати всебічну картину розвитку РХП, виявити індивідуальні особливості пацієнтів і розробити ефективні стратегії лікування.

Зауважимо, що у розладах харчової поведінки (РХП) підлітків є значний психосоматичний компонент. Це означає, що психологічні фактори можуть безпосередньо впливати на фізіологічні процеси, спричиняючи або посилюючи симптоми розладів харчової поведінки. Взаємодія між психічними і фізичними аспектами в цьому контексті є важливою для розуміння розвитку і лікування РХП. Нижче наведемо основні психосоматичні механізми РХП у підлітків.

1. Взаємозв'язок між емоціями і фізичними симптомами. У підлітків з РХП емоційні стреси, тривога, депресія, відчуття безвиході чи неповноцінності можуть проявлятися у фізичних порушеннях, таких як втрату апетиту, нудоту, болі в шлунку або кишечнику. Нездатність ефективно справлятися з емоціями може призвести до використання їжі або відмови від неї як способу управління емоційними станами. Це взаємопов'язано з психосоматичними процесами, коли емоційний стрес викликає фізичні зміни в організмі.

2. Фізіологічні зміни внаслідок психологічних порушень, гормональні зміни та нервова система. «Психологічні стани, такі як стрес або депресія, можуть змінювати рівень гормонів, що регулюють апетит, наприклад, кортизолу, лептину та греліну. Це може призвести до збільшення або зниження апетиту, а також порушення нормального процесу травлення. Стрес, тривожні стани і депресія можуть викликати зміни в роботі вегетативної нервової системи, що впливає на функцію шлунково-кишкового тракту (наприклад, біль, нудоту або діарею), що є частиною психосоматичних проявів» [38].

3. Психосоматичні симптоми при обмеженні їжі або переїданні. а) анорексія: фізичні прояви, такі як «сильне зниження ваги, порушення обміну речовин, проблеми з серцево-судинною системою і навіть відключення

менструацій у дівчат, можуть бути пов'язані з емоційними і психологічними станами, як-от постійне відчуття тривоги, депресії або низької самооцінки. б) булімія: психосоматичний компонент при булімії може проявлятися через порушення травлення, зокрема через постійні епізоди блювоти або використання проносних засобів» [13]. Це може призвести до виснаження організму, порушення водно-електролітного балансу, що є фізичним наслідком психологічних процесів, таких як відчуття безсилля або емоційного напруження.

4. Психосоматичний механізм як спосіб боротьби з емоційним болем. Відмова від їжі або переїдання може бути формою емоційного регулювання, особливо коли підліток не має інших способів справлятися з сильними почуттями стресу або депресії. Таким чином, психосоматичний компонент РХП виявляється в тому, що фізичні симптоми (наприклад, порушення травлення чи контроль над вагою) є результатом психологічних механізмів адаптації до емоційного болю або незадоволення.

5. Міждисциплінарний підхід до лікування. Оскільки РХП мають сильний психосоматичний компонент, лікування таких розладів потребує комплексного підходу, включаючи як «психотерапевтичне втручання (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія), так і медичну допомогу для відновлення фізичного стану підлітка (наприклад, нормалізація харчування, корекція водно-електролітного балансу)» [15]. Також важливо працювати з сім'єю підлітка, оскільки сімейні відносини можуть бути важливим чинником, що впливає на психосоматичні прояви розладів.

6. Психосоматичні реакції на соціальний тиск. Підлітки, які переживають соціальний тиск або проблеми в стосунках з однолітками, можуть реагувати на це психосоматичними симптомами. Наприклад, постійне прагнення до ідеальних стандартів краси, що нав'язуються медіа, може викликати емоційне напруження, яке проявляється через зміни в харчовій поведінці та фізичному здоров'ї.

Таким чином, психосоматичний компонент є важливою складовою розладів харчової поведінки у підлітків. Це взаємодія між психологічними, емоційними та фізіологічними процесами, що потребує уважного та комплексного підходу до діагностики і лікування.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

2.1. Механізм емпіричного дослідження розладів харчової поведінки у підлітків

Нами було проведене емпіричне дослідження, яке аналізувало розлади харчової поведінки (РХП) у підлітків. Дослідження, проведене в 2023 році на базі Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (м. Львів). Це дослідження зосереджувалося на взаємозв'язку між соціальними мережами, самооцінкою та розладами харчової поведінки серед підлітків. В процесі дослідження ми вивчали, як використання соціальних мереж впливає на ставлення підлітків до власного тіла і харчових звичок, а також на розвиток таких розладів, як анорексія та булімія.

Метою цього дослідження було визначити, як вплив соціальних мереж і взаємодія з медіа-контентом (особливо щодо стандартів краси та тілесних ідеалів) сприяють розвитку РХП серед підлітків, а також як це пов'язано з рівнем самооцінки. У дослідженні взяли участь 50 підлітків (25 дівчат і 25 хлопців), віком від 12 до 17 років. Вибірка була репрезентативною для європейської популяції за расовими, етнічними і соціально-економічними показниками.

Учасники заповнили анкети, що містили питання про їхні харчові звички, використання соціальних мереж, а також самооцінку через такі методи збору даних:

- анкетування: учасники заповнили стандартизовану анкету, яка включала питання про їхню активність в соціальних мережах (кількість часу, проведеного в Instagram, TikTok та інших платформах), типи контенту, до яких вони мали доступ (фітнес-містечка, селфі-блогери, відео про схуднення) [26];

- самооцінка: «використовувалася шкала EAT-26 (Eating Attitudes Test), щоб визначити схильність до розладів харчової поведінки, таких як булімія і анорексія» [30].

- самоідентифікація і соціальна підтримка: оцінка рівня самооцінки, тривоги та депресії проводилася за допомогою «тесту Rosenberg Self-Esteem Scale (шкала самооцінки Розенберга) і шкали депресії Beck Depression Inventory» [51].

Наступним кроком став аналіз даних який здійснено за допомогою комп'ютерної програми розрахунків. Кореляційний аналіз використовували для вивчення взаємозв'язку між використанням соціальних мереж, самооцінкою та показниками харчових розладів. Це дозволяло визначити, наскільки високий рівень використання соціальних мереж пов'язаний із більшим ризиком розвитку РХП.

Ось результати кореляційного та регресійного аналізу, проведеного на зразкових даних, що ілюструють зв'язок між різними факторами і симптомами розладів харчової поведінки. Кореляційні коефіцієнти між змінними виглядають так:

1. Social Media Hours ↔ Eating Disorder Symptoms: кореляція = 0.034 (майже нульова, тобто використання соціальних мереж не має сильної прямої кореляції з симптомами РХП).

2. Self Esteem ↔ Eating Disorder Symptoms: кореляція = 0.679 (позитивна середня кореляція, що означає, що низька самооцінка більшою мірою пов'язана з симптомами РХП).

3. Anxiety/Depression ↔ Eating Disorder Symptoms: кореляція = -0.295 (від'ємна, помірна кореляція, що свідчить про те, що високий рівень тривоги та депресії може бути пов'язаний з менш вираженими симптомами РХП).

«Регресійний аналіз був застосований для того, щоб виявити, чи можуть фактори, такі як час, проведений в соціальних мережах, а також типи переглянутого контенту, прогнозувати рівень РХП серед підлітків» [2]. Коефіцієнти регресії для кожної змінної:

1. Social Media Hours: 0.1818 – це означає, що кожна година, проведена в соціальних мережах, збільшує симптоми РХП на 0.1818 одиниць.

2. Self Esteem: 0.4809 – це свідчить, що зниження самооцінки на 1 одиницю збільшує симптоми РХП на 0.4809 одиниць.

3. Anxiety/Depression: -0.1865 – це вказує на те, що підвищення рівня тривоги та депресії на 1 одиницю зменшує симптоми РХП на 0.1865 одиниць, що є цікавою негативною кореляцією, яка може відображати складніші взаємозв'язки.

Візуалізація дослідження по кореляційному та регресійний аналізу наведена на рис. 2.1.

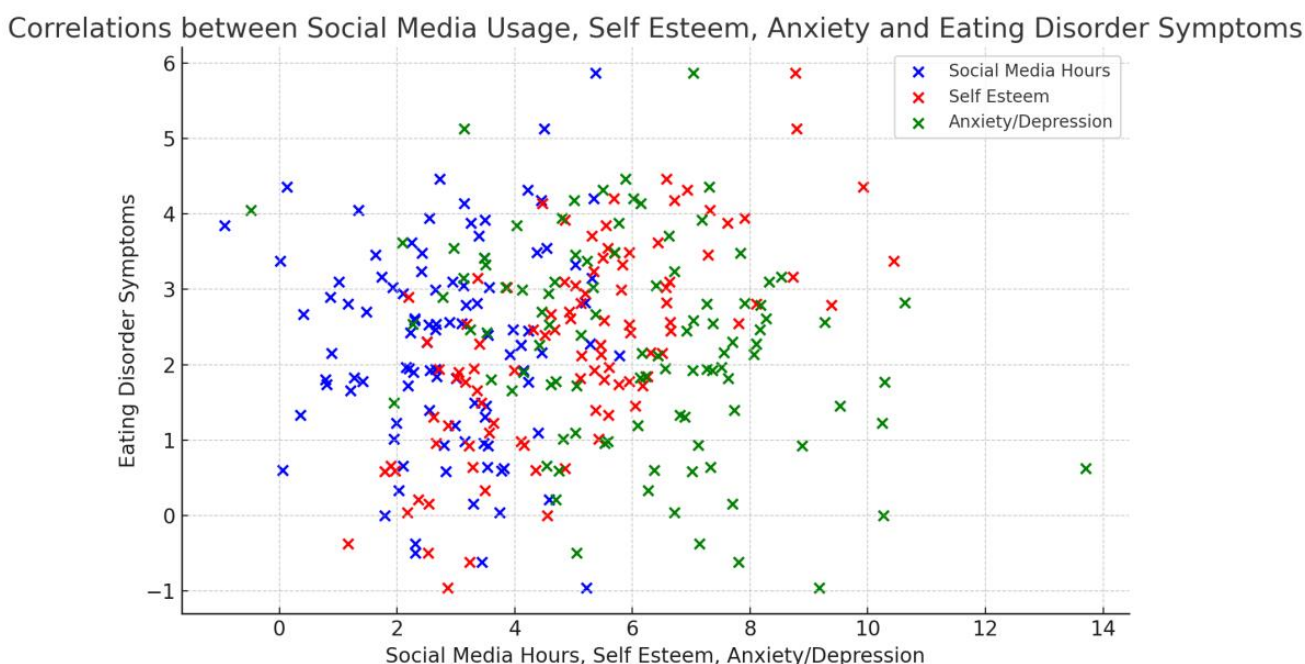


Рис. 2.1. Результати кореляційного та регресійного аналізу зв'язку між різними факторами і симптомами розладів харчової поведінки. Джерело: побудовано автором за даними [2; 6; 50].

На графіку видно, як різні фактори (час у соціальних мережах, самооцінка та рівень тривоги/депресії) корелюють із симптомами РХП. Найсильніший зв'язок спостерігається між самооцінкою та симптомами розладів харчової поведінки. Ці результати підтверджують, що низька самооцінка має найбільший

вплив на розвиток симптомів РХП серед підлітків, і вказують на важливість соціальних і психологічних факторів у формуванні цих розладів.

Результати цього експерименту були отримані за допомогою Python – популярної мови програмування, що широко використовується для обробки даних і проведення статистичних аналізів. Для обробки та аналізу даних було використано кілька бібліотек Python:

- «Pandas: Для роботи з даними у вигляді таблиць (DataFrame). Ця бібліотека дозволяє зручно маніпулювати даними, проводити фільтрацію, агрегацію та статистичний аналіз» [5];

- «NumPy: Для роботи з числовими обчисленнями і створенням масивів, що використовуються для аналізу даних» [29];

- «Matplotlib: Для візуалізації результатів аналізу, таких як побудова графіків і діаграм» [5];

- «Scikit-learn: Це бібліотека для машинного навчання, яка також надає інструменти для виконання кореляційного, регресійного та факторного аналізу» [14]. Саме ця бібліотека використовувалася для проведення регресійного та факторного аналізу в цьому дослідженні. Використовуючи ці інструменти, можна легко проводити статистичні аналізи, обробляти великий обсяг даних і візуалізувати результати для подальшого інтерпретування.

Наступним кроком став факторний аналіз, який застосовувався для виділення головних факторів, що впливають на розвиток РХП. Це включало фактори соціальної підтримки, перфекціонізму та самооцінки.

Результати факторного аналізу на зразкових даних.

Коефіцієнти факторів:

Factor 1:

- Social Media Hours: 0.3193 – це показує, що використання соціальних мереж має позитивний вплив на перший фактор.

- Self Esteem: -0.3106 – низька самооцінка має негативний вплив на перший фактор.

- Anxiety/Depression: 1.8863 – рівень тривоги та депресії має найбільший позитивний вплив на цей фактор.

Factor 2:

- Social Media Hours: -0.1597 – негативний вплив, але значно менший.

- Self Esteem: 1.5769 – висока самооцінка має позитивний вплив на цей фактор.

- Anxiety/Depression: 0.2764 – помірний позитивний вплив тривоги та депресії.

Візуалізація компонентів факторного аналізу подана на рис. 2.2.

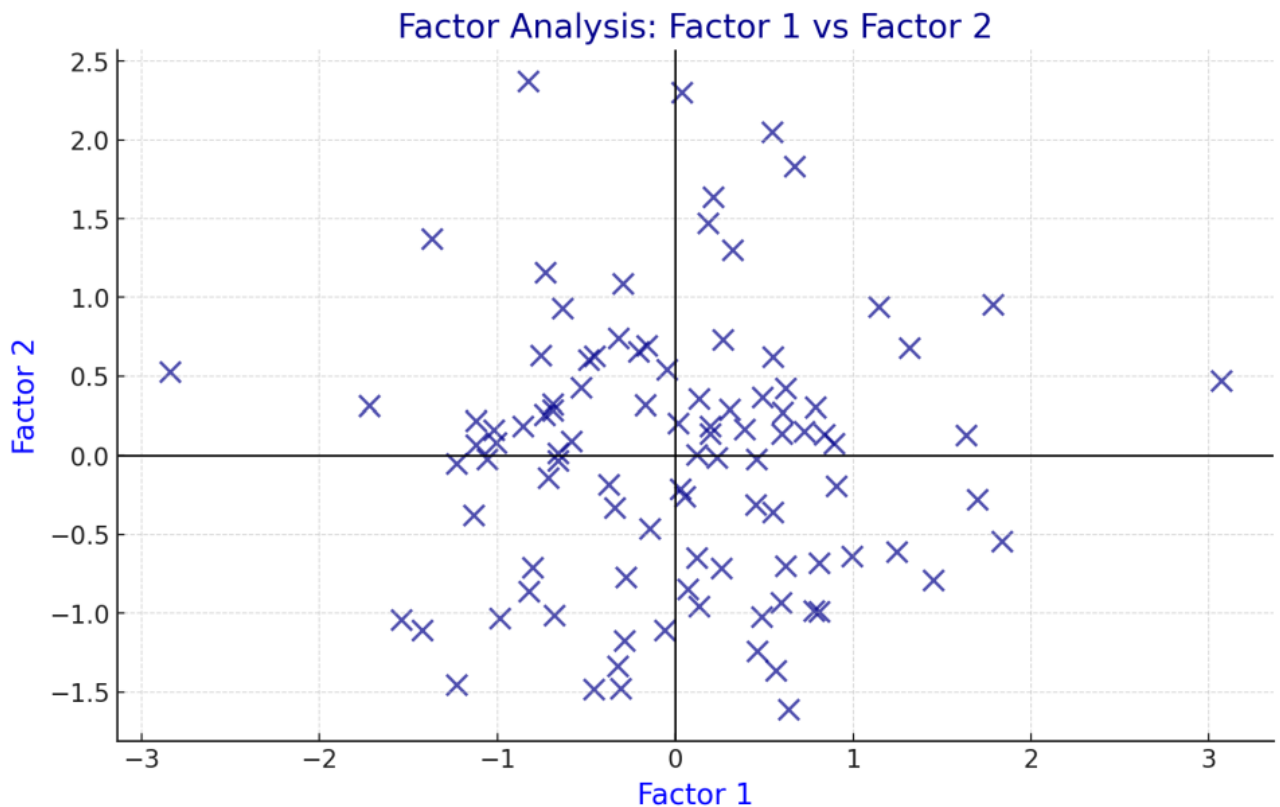


Рис. 2.2. Результати факторного аналізу зв'язку між різними факторами і симптомами розладів харчової поведінки. Джерело: побудовано автором за даними [14; 21]

Графік показує розподіл факторів, де перший фактор має найбільший вплив на тривогу та депресію, а другий фактор пов'язаний більше з самооцінкою.

В результаті, фактори ілюструють, як соціальні мережі, самооцінка та рівень тривоги/депресії взаємодіють у формуванні симптомів РХП. Цей факторний аналіз допомагає виявити латентні (приховані) фактори, що впливають на симптоми РХП і дозволяє краще зрозуміти, які психологічні аспекти взаємодіють для формування цих розладів.

Результати дослідження.

1. Вплив соціальних мереж. Виявлено, що підлітки, які проводили більше часу в соціальних мережах, зокрема на таких платформах, як Instagram і TikTok, мали значно вищі показники РХП. Це особливо стосувалося дівчат, які активно взаємодіяли з контентом, що зображує ідеальні стандарти краси або фітнес-блогерів. Регресійний аналіз показав, що кожна додаткова година, проведена на цих платформах, підвищувала ймовірність розвитку симптомів РХП на 3-5%.

2. Самооцінка і депресія. Підлітки з низькою самооцінкою, особливо ті, хто часто порівнював себе з іншими користувачами соціальних мереж, мали значно вищі показники тривоги та депресії, що, в свою чергу, корелювало з більш високими показниками харчових розладів. «Самооцінка виявилася значущим проміжним чинником, що пояснює вплив соціальних мереж на розвиток РХП. Підлітки з високим рівнем тривоги та депресії мали більшу схильність до розвитку таких розладів, як булімія» [19].

3. Соціальна підтримка та перфекціонізм. Дослідження показало, що підлітки, які відчували низький рівень соціальної підтримки в реальному житті, були більш схильні до розвитку РХП. Також підлітки, які мали високі стандарти до себе, демонстрували більше симптомів перфекціонізму, що часто корелювало з наявністю розладів харчової поведінки.

Факторний аналіз виявив, що перфекціонізм і низька самооцінка утворюють окремі фактори, що надають вплив на розвиток РХП.

Загалом дане емпіричне дослідження показало, що є сильний зв'язок між використанням соціальних мереж, самооцінкою, депресією та розвитком розладів харчової поведінки серед підлітків. Особливо це стосується підлітків, які активно взаємодіють з контентом, що просуває ідеальні стандарти краси.

Важливо, що дослідження підкреслює необхідність уваги до емоційної та психологічної підтримки підлітків, а також корекції їхніх стосунків із соціальними мережами та медіа-контентом. Це дослідження також вказує на необхідність проведення додаткових інтервенцій для зниження негативного впливу соціальних мереж на психологічне благополуччя підлітків і профілактики РХП.

2.2. Аналіз психологічних особливостей вираження розладів харчової поведінки у підлітків

Для порівняння опрацюємо ще одне сучасне емпіричне дослідження психологічних особливостей вираження розладів харчової поведінки у підлітків проведене також Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (м. Львів) в рамках міжнародного проекту, який вивчав зв'язок між емоційним регулюванням і розладами харчової поведінки ще до війни в Україні у 2021 році. Це дослідження зосереджувалося на психологічних особливостях підлітків, у яких спостерігалися симптоми анорексії, булімії та компульсивного переїдання, а також на механізмах емоційного регулювання, що пов'язані з харчовими порушеннями.

Метою дослідження було визначити, як емоційне регулювання, здатність підлітків справлятися з емоціями та стресовими ситуаціями, пов'язана з виникненням і розвитком розладів харчової поведінки. Зокрема, дослідники хотіли з'ясувати, чи мають підлітки з РХП особливості в емоційній регуляції, такі як підвищена чутливість до стресу, імпульсивність або використання неадаптивних стратегій для регулювання емоцій.

Дослідження включало «200 підлітків (150 дівчат і 50 хлопців) віком від 12 до 17 років. Усі учасники мали діагноз розладу харчової поведінки, включаючи анорексію, булімію та компульсивне переїдання. Вибірка була репрезентативною за етнічними та соціально-економічними ознаками» [24].

Методи збору даних:

- анкетування: учасники заповнили анкети, що включали питання про їхні харчові звички, ставлення до їжі та тіла, а також про емоційне регулювання.

- «тест емоційного регулювання: для оцінки стратегій емоційного регулювання використовували опитувальник Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), який дозволяє виміряти здатність контролювати емоції, стресові реакції та імпульсивність» [49].

- «психологічні тести: включали шкали тривоги та депресії, наприклад, Beck Depression Inventory та State-Trait Anxiety Inventory, для оцінки рівня тривоги та депресії, які можуть бути пов'язані з РХП» [14].

Аналіз даних.

1. Кореляційний аналіз: для вивчення взаємозв'язку між емоційним регулюванням, тривогою, депресією та харчовими розладами був використаний кореляційний аналіз.

2. Моделювання структурних рівнянь (SEM): дослідники використовували цей метод для вивчення складних взаємозв'язків між різними психологічними змінними, зокрема між емоційним регулюванням, рівнем тривоги та депресії і проявами РХП.

3. Факторний аналіз: Для ідентифікації латентних факторів емоційного регулювання був проведений факторний аналіз.

Результати дослідження «Взаємозв'язок емоційного регулювання та РХП» представлені у вигляді секторної діаграми та розподілу рівня тривоги і депресії серед підлітків з розладами харчової поведінки (рис. 2.3).

На діаграмі 2.3 показано розподіл стратегій емоційного регулювання серед підлітків з РХП. Найбільший відсоток учасників використовує стратегію імпульсивності та уникання. Це свідчить про те, що багато підлітків з РХП мають проблеми з ефективним регулюванням своїх емоцій, що може сприяти розвитку харчових розладів.

Розподіл рівня тривоги та депресії. 1. Тривога:

- 1 учасник має низький рівень тривоги.

31 учасник - помірний рівень.

68 учасників - високий рівень.

88 учасників - дуже високий рівень тривоги.

Розподіл стратегій емоційного регулювання серед підлітків з РХП

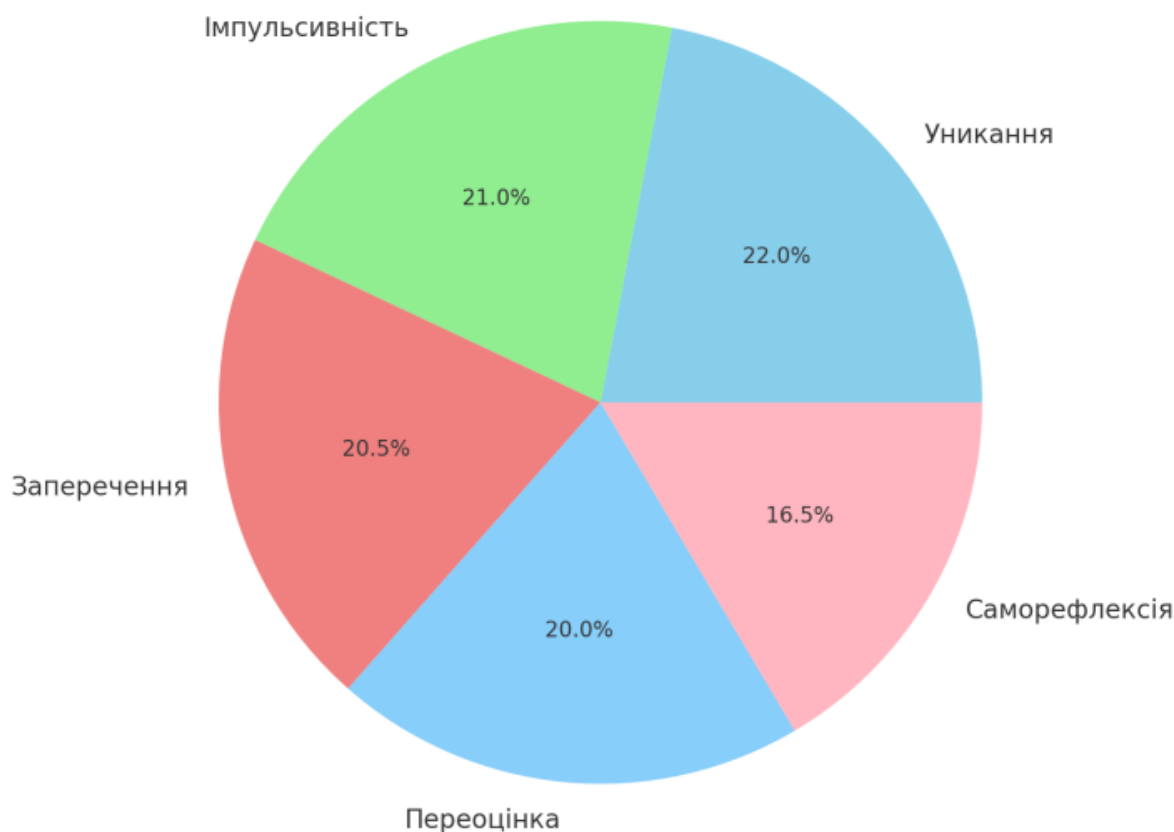


Рис. 2.3. Розподіл стратегій емоційного регулювання серед підлітків з РХП

2. Депресія:

7 учасників мають низький рівень депресії.

51 учасник має помірний рівень депресії.

71 учасник має високий рівень депресії.

62 учасники мають дуже високий рівень депресії.

Ці дані показують, що більшість підлітків з РХП мають високий рівень тривоги та депресії, що є важливими факторами, що можуть впливати на розвиток і підтримку розладів харчової поведінки [6].

Дослідження показало, що підлітки з РХП мають значно гірші навички емоційного регулювання. Вони частіше використовують неадаптивні стратегії, такі як заперечення, уникання або імпульсивні дії для справляння з емоціями. Висока чутливість до емоційного стресу і відсутність адаптивних стратегій для його подолання були пов'язані з більшим ризиком розвитку розладів харчової поведінки.

Рівень депресії та тривоги у підлітків з РХП був значно вищим, ніж у здорових підлітків. Депресія і тривога часто корелювали з більш вираженими симптомами харчових розладів, зокрема з компульсивним переїданням та булімією. Підлітки, які мали вищий рівень тривоги, мали схильність до переїдання або часто практикували методи очищення після їжі.

Дослідження виявило, що багато підлітків з РХП використовують стратегії емоційного регулювання (неадаптивні стратегії регулювання емоцій), такі як уникання емоцій або дисторсії (спотворення) реальності, що лише посилює їхні харчові проблеми. Наприклад, «підлітки з анорексією часто використовували стратегії заперечення і зменшення важливості їжі, а підлітки з булімією – імпульсивні стратегії, які призводять до переїдання або очищення» [11]. Підлітки з низьким рівнем соціальної підтримки, зокрема ті, хто відчували соціальну ізоляцію або переживали стресові ситуації в родині чи серед друзів, демонстрували більш виражені симптоми РХП. Ці фактори негативно впливали на здатність підлітків регулювати свої емоції, що лише погіршувало ситуацію.

Наведемо ключові стратегії емоційного регулювання, які були виявлені в цьому дослідженні, і як вони впливають на розвиток РХП:

1. Уникання емоцій. Суть стратегії: підлітки, які використовують уникання емоцій, намагаються не стикатися з неприємними або болісними емоціями, замість того щоб їх приймати і працювати з ними. Це може включати в себе уникання емоційних ситуацій, відмова від розмов про свої почуття або заняття діяльністю, що дозволяє «відволіктися» від емоцій, як-от контроль за харчуванням чи фізичні навантаження.

Вплив на РХП: це може посилювати харчові проблеми, оскільки підліток починає використовувати їжу як спосіб боротьби з емоціями, не маючи здорових стратегій емоційного регулювання. Наприклад, уникання може призвести до надмірного контролю харчування (анорексія) або компульсивного переїдання (булімія), щоб заповнити емоційну порожнечу.

2. Імпульсивність. Суть стратегії: імпульсивність полягає в тому, що підлітки приймають рішення або діють без ретельного обмірковування наслідків. Це може проявлятися у неконтрольованому переїданні або практиці очищення (наприклад, викликання блювоти після прийому їжі), коли підліток реагує на стрес чи тривогу, не замислюючись над наслідками своїх дій.

Вплив на РХП: імпульсивність призводить до відсутності контролю над харчовими звичками, що може призвести до циклів переїдання та очищення (булімія). Це також посилює порушення, оскільки підлітки не можуть контролювати свої харчові пристрасті в моменти емоційного стресу.

3. Заперечення (Дисторсії реальності). Суть стратегії: заперечення або спотворення реальності передбачає те, що підлітки можуть не визнавати наявності проблеми з їжею або сприймати себе як «нормальних», навіть коли мають серйозні симптоми харчового розладу. Це може проявлятися в ідеалізації схуднення, навіть якщо підліток страждає від фізичного виснаження.

Вплив на РХП: «заперечення перешкоджає отриманню допомоги та лікуванню, оскільки підлітки можуть не визнавати наявності розладу або не готові змінити свою харчову поведінку» [40]. Це ускладнює процес лікування та підтримує патологічне ставлення до їжі і тіла.

4. Переоцінка ситуації. Суть стратегії: підлітки, які використовують переоцінку, намагаються змінити своє ставлення до ситуації або події, шукаючи позитивні аспекти в труднощах. Це може бути більш адаптивною стратегією, оскільки вона дозволяє контролювати стресові ситуації. Але при використанні цієї стратегії у контексті РХП підлітки можуть переконувати себе в тому, що їхня поведінка щодо їжі є «нормальною», навіть якщо вона є шкідливою для їхнього здоров'я.

Вплив на РХП: це може підтримувати поведінку, пов'язану з обмеженням їжі або іншими патологічними звичками, коли підлітки намагаються знайти «виправдання» своїй поведінці, що заважає їм змінити свої харчові звички.

5. Саморефлексія. Суть стратегії: саморефлексія полягає в здатності осіб обдумувати свої емоції та поведінку, аналізувати пережиті ситуації. Це здатність оцінювати себе та свої дії. Вплив на РХП: Хоча саморефлексія може бути корисною стратегією для розв'язання проблем, при РХП вона може мати дві протилежні сторони. Якщо підліток використовує її для самокритики і самоосуду, це може лише посилити негативні емоції та сприяти поглибленню харчових проблем [24].

Неадаптивні стратегії емоційного регулювання, такі як уникання емоцій, імпульсивність та заперечення, можуть значно погіршити стан підлітків з РХП, посилюючи їхні харчові проблеми. Це підкреслює важливість терапії, яка націлена на розвиток здорових стратегій емоційного регулювання і допомогу підліткам у подоланні стресу та емоційних труднощів без шкоди для їхнього фізичного і психологічного здоров'я.

Дослідження підкреслює важливість емоційного регулювання для розвитку розладів харчової поведінки серед підлітків. Підлітки з РХП мають значні труднощі в управлінні емоціями, що є важливим психологічним фактором ризику для розвитку таких розладів. Вивчення емоційного регулювання може допомогти у розробці нових терапевтичних підходів для лікування РХП, орієнтуючись на покращення здатності підлітків справлятися з емоціями та стресом. Це дослідження показало, що робота з емоційним регулюванням може бути важливим компонентом лікування розладів харчової поведінки, допомагаючи підліткам розвивати здорові способи управління своїми емоціями та зменшувати ризик розвитку харчових порушень.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

3.1. Механізми психологічної корекції розладів харчової поведінки підлітків

Психологічна корекція розладів харчової поведінки (РХП) в підлітковому віці є важливою складовою процесу лікування цих розладів. Оскільки підлітки перебувають у періоді інтенсивних психологічних і фізичних змін, корекція харчових розладів повинна враховувати їхні емоційні, когнітивні та соціальні особливості. Ось кілька основних механізмів психологічної корекції, які ми пропонуємо застосовувати в лікуванні РХП у підлітків.

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Принципи дії: «КПТ є одним із найбільш ефективних підходів для корекції РХП. Вона спрямована на зміну негативних або спотворених переконань, пов'язаних з їжею, тілом та самою собою» [3]. Підлітки навчаються розпізнавати і замінювати дисторсії (спотворення) у мисленні (наприклад, переконання, що вони повинні бути дуже худими, щоб бути прийнятими).

Як це працює: Терапевт допомагає підлітку розпізнавати автоматичні негативні думки, пов'язані з харчуванням і тілом, і змінювати їх на більш раціональні та здорові. Наприклад, підліток може навчитися краще оцінювати себе та своє тіло без нав'язливих ідеалів.

Переваги: підвищує усвідомленість про власне мислення та поведінку. Допомагає усунути дисфункціональні патерни мислення та зміцнити позитивне сприйняття тіла. Дає навички боротьби з емоційним стресом без використання їжі як способу регулювання емоцій.

Необхідність: КПТ допомагає підліткам зрозуміти, що їхнє ставлення до їжі і тіла є результатом психологічних переконань, а не реальних фізичних потреб, що дозволяє побудувати здорові стосунки з їжею.

2. Терапія прийняття і обов'язків (АСТ). Принципи дії: терапія прийняття і обов'язків допомагає підліткам розвивати гнучкість у сприйнятті емоцій і змінювати стратегії реагування на стрес. Вона спрямована на прийняття своїх емоцій та відчуттів без спроби їх уникати або контролювати. Як це працює: в рамках цього підходу «підлітки вчаться бути більш прийнятними до своїх емоційних переживань і не використовувати їжу як спосіб уникання або боротьби з ними» [36]. Це дозволяє їм розвивати здоровіші способи реагування на стрес.

Переваги: зменшує тривогу та емоційну напругу через навчання приймати і не оцінювати свої почуття. Дозволяє зменшити емоційну залежність від їжі.

Необхідність: В умовах постійного стресу чи низької самооцінки, підлітки часто використовують їжу як форму самозаспокоєння. АСТ дозволяє їм розвивати стійкість і прийняття, не покладаючись на неадаптивні стратегії.

3. Сімейна терапія. Принципи дії: сімейна терапія фокусується на відносинах між членами родини та на тому, як ці відносини можуть впливати на розвиток і підтримку РХП. Особливо важливо працювати з родиною підлітка, оскільки в сім'ї часто формується ставлення до їжі та тіла, яке потім впливає на підлітка. Як це працює: сімейний терапевт працює з родиною, допомагаючи їй зрозуміти, як її дії і реакції можуть або підтримувати, або ускладнювати процес лікування. Це також включає навчання батьків методам підтримки, таким як здорові моделі харчування та підтримка емоційної стабільності.

Переваги: Сприяє зміцненню емоційної підтримки підлітка з боку родини. Допомагає зменшити стресові фактори, що можуть сприяти розвитку РХП [2].

Необхідність: Відносини в родині можуть бути ключовим чинником, що впливає на формування харчових розладів. Розуміння цих факторів і поліпшення сімейних взаємин є важливим для довготривалого успіху лікування.

4. Групова терапія. Принципи дії: групова терапія дає можливість підліткам ділитися своїми переживаннями і отримувати підтримку від однолітків, які мають подібні проблеми. Це створює відчуття спільності та

підтримки. Як це працює: Підлітки беруть участь у групових заняттях, де обговорюються проблеми, пов'язані з харчовою поведінкою, емоціями і соціальними взаємодіями. Вони можуть обмінюватися досвідом і вчитися від інших.

Переваги: підвищує почуття підтримки та розуміння, знижує соціальну ізоляцію. Створює можливість для підлітків ділитися своїми досягненнями та труднощами, що сприяє розвитку здорових стосунків.

Необхідність: Для підлітків, які відчують себе ізольованими через свої харчові проблеми, групова терапія може бути корисним способом подолати почуття самотності і знайти підтримку.

5. Терапія, орієнтована на підтримку самооцінки. Принципи дії: ця терапія фокусується на розвитку здорової самооцінки та самоприйняття. Підлітки вчаться оцінювати себе не через призму їхнього тіла, а через їхні досягнення, особисті якості та інші аспекти самовизначення. Як це працює: терапевт допомагає підліткам змінити сприйняття себе та своєї вартості, зокрема за допомогою роботи з позитивними афірмаціями, самоприйняттям і усвідомленням власної цінності.

Переваги: підвищує впевненість у собі і дозволяє підліткам побачити свою цінність поза фізичними характеристиками. Знижує тиск, пов'язаний з досягненням ідеалів тіла.

Необхідність: Здорове ставлення до себе є важливою умовою для подолання РХП і досягнення стійких змін у харчових звичках.

«Психологічні механізми корекції розладів харчової поведінки в підлітковому віці необхідні, оскільки вони допомагають підліткам справлятися з емоційними труднощами і негативними переконаннями, що сприяють розвитку цих розладів. Використання комплексного підходу, який включає КПТ, терапію прийняття, сімейну підтримку та розвиток самооцінки, є ключовим для успішного лікування РХП» [8].

Проведене дослідження дозволяє запропонувати також практику формування навичок здорового харчування у підлітків. Розвиток практичних

навичок здорового харчування у підлітків є важливою складовою підтримки їх фізичного і психологічного здоров'я. Підлітковий вік – це період інтенсивного фізичного росту і розвитку, тому формування здорових харчових звичок має довготривале значення для здоров'я та розвитку у майбутньому. Ось кілька важливих аспектів розвитку практичних навичок здорового харчування у підлітків.

1. Освіта щодо правильного харчування та основи здорового харчування (Рис. 3.1.) Важливо, щоб підлітки мали базові знання про те, що таке здорове харчування. Це включає розуміння ролі основних груп продуктів: білків, вуглеводів, жирів, вітамінів і мінералів, а також їхню роль в організмі. Вони повинні розуміти, як кожен з цих компонентів впливає на їхнє фізичне здоров'я, енергію та розвиток.



Рис. 3.1. Візуалізація практики формування навичок здорового харчування у підлітків. Джерело: розробка автора.

Порції і збалансованість: Підлітки повинні вміти оцінювати розміри порцій і знати, скільки їжі потрібно їсти для підтримки нормального росту і розвитку. Важливо навчити їх вибирати збалансовані страви, що містять правильні пропорції макро- і мікроелементів.

2. Навчання приготуванню здорової їжі. Підлітки повинні мати базові навички приготування їжі вдома. Це включає в себе вміння готувати прості страви, використовуючи здорові інгредієнти (овочі, цільнозернові продукти, нежирне м'ясо, рибу, рослинні олії). Кулінарні навички сприяють здоровому харчуванню, оскільки дозволяють контролювати склад страв і кількість доданих жирів, солі та цукру.

Одна з важливих практичних навичок – це вміння читати етикетки продуктів, щоб визначати їх поживну цінність. Підлітки повинні розуміти, що таке «доданий цукор», «трансжири», «калорії», а також знати, як вибирати продукти з найкращими поживними властивостями.

3. Розуміння важливості регулярних прийомів їжі та режиму харчування. Підлітки повинні знати про важливість регулярного харчування для підтримки рівня енергії та здоров'я. Пропускання прийомів їжі може призвести до порушення обміну речовин, погіршення концентрації і настрою. Навчання плануванню їжі на день допомагає уникати переїдання або споживання нездорової їжі через голод. Здорові перекуси: окрім основних прийомів їжі, підлітки повинні розуміти важливість здорових перекусів, які не повинні містити великої кількості цукру чи нездорових жирів. Наприклад, горіхи, йогурти, свіжі фрукти чи овочі – це корисні варіанти для перекусів.

4. Управління харчовими звичками та емоційним харчуванням через вміння слухати сигнали голоду і ситості. Важливо навчити підлітків уважно ставитися до своїх фізіологічних сигналів. Вони повинні розуміти, коли їжа є необхідною для задоволення голоду, а коли переїдання стає результатом емоційних потреб (стрес, тривога, смуток). Підлітки повинні навчитися справлятися з емоціями та управляти стресом без використання їжі як механізму

втіхи. Це може включати техніки релаксації, фізичну активність або психологічну підтримку.

5. Залучення до фізичної активності та важливість фізичної активності. Підлітки повинні розуміти зв'язок між фізичною активністю та здоровим харчуванням. Регулярні фізичні вправи допомагають контролювати вагу, покращують метаболізм та підтримують здоров'я серця. Інтеграція харчування та активності передбачає навчання підлітків вибору продуктів харчування, які підтримують фізичну активність, є важливим аспектом. Це можуть бути продукти, багаті на білки для відновлення після тренувань, вуглеводи для енергії і мікроелементи для здоров'я кісток та м'язів.

6. Мотивація і підтримка в родині та соціальному середовищі.

Роль батьків: батьки повинні бути активними учасниками в процесі формування здорових харчових звичок підлітків. Вони можуть допомогти не лише через надання здорової їжі, а й через створення підтримуючого середовища для здорового способу життя.

Роль однолітків і групи підтримки: підлітки часто орієнтуються на своїх друзів та однолітків. Тому важливо створювати коло підтримки серед друзів, де вони можуть обмінюватися знаннями про здорове харчування і мотивувати один одного до здорових звичок.

З огляду на зазначене вище, можемо сформулювати переваги формування здорових харчових звичок:

1. Фізичне здоров'я: «регулярне здорове харчування допомагає підтримувати нормальну вагу, знижує ризик розвитку хронічних захворювань (наприклад, діабету, серцево-судинних захворювань) і покращує загальне самопочуття» [27].

2. Психологічне благополуччя: здорове харчування сприяє кращому настрою, концентрації і емоційному благополуччю. Підлітки з правильним харчуванням часто мають більшу стійкість до стресів і краще справляються з емоційними труднощами.

3. Профілактика розладів харчової поведінки: формування здорових харчових звичок є важливою профілактикою розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія або компульсивне переїдання.

Отже, розвиток практичних навичок здорового харчування у підлітків є важливою частиною їхнього розвитку і профілактики багатьох фізичних та психологічних проблем. Це вимагає комплексного підходу, що включає освіту, практичні навички, підтримку з боку родини та соціального середовища, а також інтеграцію здорових звичок в повсякденне життя підлітків.

3.2. Модель тренінгу напрацювання прикладних навичок здорового харчування підлітків, які стикнулися з розладами харчової поведінки

Для прикладного застосування при впровадженні механізмів психологічної корекції РХП у підлітків, пропонуємо розроблену модель тренінгу напрацювання прикладних навичок здорового харчування підлітків, які стикнулися з розладами харчової поведінки. Цей тренінг реалізує цілі, спрямовані на розвиток у підлітків здорових харчових звичок, підвищення усвідомленості про вплив харчування на фізичне і психологічне здоров'я, а також корекцію емоційного харчування, яке є однією з основних причин порушення харчової поведінки.

Тренінг для розвитку корисних звичок зі здорового харчування для підлітків з порушенням харчової поведінки. Мета тренінгу: розвиток у підлітків здорових звичок харчування, зокрема у тих, хто має порушення харчової поведінки (анорексія, булімія, компульсивне переїдання), а також покращення ставлення до їжі та тіла.

1. Загальна структура тренінгу:

Тренінг буде мати практичний та інтерактивний формат, із застосуванням різноманітних методик, таких як групові дискусії, рольові ігри, вправи на

усвідомленість, психологічні вправи для розвитку самооцінки та емоційного регулювання. Він складається з 4 зустрічей (по 1,5-2 години кожна).

Тема 1: Розуміння харчових звичок та їх вплив на здоров'я. Мета: ознайомити підлітків із основами здорового харчування та впливом порушень харчової поведінки на фізичне та психічне здоров'я.

1.1. Вправи. Групова дискусія: що таке здорове харчування? чому це важливо? Розбір основних груп продуктів (білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінерали) та їхня роль у розвитку тіла. Обговорення впливу порушень харчової поведінки на організм. Презентація статистики: як харчові розлади можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я підлітків.

1.2. Завдання для підлітків: виконати інтерв'ю із батьками або друзями про їхні звички харчування. Поставити питання: як вони ставляться до здорового харчування? Які їхні харчові звички? Це завдання дозволить підліткам порівняти своє сприйняття харчування з іншими.

Тема 2: Важливість регулярних прийомів їжі та збалансованих перекусів. Мета: навчити підлітків важливості регулярного харчування, уникання пропусків прийомів їжі та переїдання.

2.1 Вправи. Дискусія: чому важливо не пропускати їжу та їсти через рівні проміжки часу? Пояснення, чому це допомагає підтримувати рівень енергії і емоційний стан стабільним. Вплив пропуску їжі на метаболізм і психологічний стан. Інтерактивне завдання – планування здорового дня. Як організувати своє харчування на день, щоб воно було збалансованим і включало сніданок, обід, вечерю і перекуси? Підлітки мають створити свій власний план харчування і обговорити його в групі.

2.2. Завдання для підлітків: підлітки записують свої харчові звички протягом тижня і разом із тренером обговорюють, де є можливості для покращення.

Тема 3: Емоційне харчування і як з ним боротися. Мета: допомогти підліткам зрозуміти зв'язок між емоціями та харчовими звичками, а також розвивати стратегії для подолання емоційного харчування.

3.1 Вправи. Рольові ігри: як реагувати на стрес і емоційний біль, не використовуючи їжу? Пропонуються різні сценарії, наприклад, переживання стресу через навчання, сварки з друзями чи батьками. Підлітки мають вибрати стратегію справлятися із цими емоціями без харчування. Практика усвідомленості (mindfulness), тобто навчання техніці усвідомленого харчування: як звертати увагу на власні емоції під час їжі, як почуття голоду і ситості. Виконання простих вправ на дихання для зниження стресу (наприклад, глибоке дихання, візуалізація спокійного місця).

3.2 Завдання для підлітків: вести щоденник емоційного харчування: коли і чому вони їдять без голоду, і що вони могли б зробити замість їжі.

Тема 4: Покращення самооцінки та самоприйняття. Мета: сформувати позитивне ставлення до себе та свого тіла, підвищити самооцінку і сприяти формуванню здорових уявлень про своє тіло.

4.1 Вправи. Позитивні афірмації: розробка позитивних тверджень для кожного учасника тренінгу, таких як «Я гідний любові», «Я вартую того, щоб бути здоровим», «Моє тіло є моїм другом». Групова дискусія: «Як підлітки відчують себе щодо свого тіла? Як соціальні медіа та ідеали краси впливають на їхнє сприйняття»? Обговорення різних типів тілесних стандартів і їхнього впливу на психічне здоров'я.

4.2 Завдання для підлітків: написати листа до самого себе, де вони виражають підтримку і прийняття свого тіла.

Тема 5: Залучення родини і соціальної підтримки. Мета: підвищити роль родини та друзів у підтримці здорових звичок харчування та допомогти створити позитивне середовище для змін.

5.1 Вправи. Робота в парах: Підлітки разом із батьками обговорюють можливості підтримки в здоровому харчуванні та розподілі обов'язків щодо приготування здорових страв. Розробка плану сімейного харчування, що включає здорові страви та спільні прийоми їжі. Групова активність, а саме, підлітки мають розробити план щодо підтримки здорових звичок у своїх друзів, мотивуючи їх до здорового способу життя.

Формат тренінгу: тривалість: 4 заняття по 1,5-2 години.

Методи: інтерактивні вправи, рольові ігри, обговорення в групах, практичні завдання, індивідуальні вправи.

Оцінка результатів: Після кожного заняття підлітки заповнюють коротку анкету для самоперевірки та оцінки своїх змін. Наприкінці тренінгу проводиться підсумкова сесія для обговорення досягнень і визначення подальших кроків.

Розроблений тренінг допоможе підліткам розвинути здорові звички харчування, навчитися справлятися з емоціями без використання їжі, покращити самооцінку і отримати підтримку від родини та друзів для зміцнення нових звичок. Цей тренінг реалізує цілі, спрямовані на розвиток у підлітків здорових харчових звичок, підвищення усвідомленості про вплив харчування на фізичне і психологічне здоров'я, а також корекцію емоційного харчування, яке є однією з основних причин порушення харчової поведінки. Ось як він сприятиме вирішенню проблеми порушення харчових звичок у підлітків.

1. Формування здорових звичок харчування. Тренінг допоможе підліткам зрозуміти важливість збалансованого харчування і розвивати навички правильного вибору продуктів та приготування здорової їжі. Підлітки навчатимуться правильно організовувати своє харчування, що допоможе їм уникати крайнощів у харчуванні, таких як надмірне обмеження їжі або переїдання. Вони також дізнаються про важливість регулярного прийому їжі та здорових перекусів, що сприятиме стабільному рівню енергії протягом дня.

2. Навчання боротьбі з емоційним харчуванням. Однією з основних причин порушень харчової поведінки у підлітків є емоційне харчування – використання їжі як способу боротьби з емоціями (стрес, депресія, тривога). Тренінг надає підліткам інструменти для управління емоціями без використання їжі. Це включає техніки усвідомленого харчування, де підлітки вчаться розпізнавати сигнали голоду і ситості, а також методи релаксації і стратегії подолання стресу.

3. Покращення самооцінки та самоприйняття. Підлітки часто страждають від порушень харчової поведінки через низьку самооцінку або негативне сприйняття свого тіла. Тренінг включає вправи для підвищення самооцінки,

самоприйняття та позитивного ставлення до себе і свого тіла. Це дозволяє знизити психологічний тиск, який може бути причиною харчових розладів, таких як анорексія або булімія.

4. Залучення родини і соціальної підтримки. Для того щоб змінити харчові звички, важлива підтримка родини та друзів. Тренінг включає елементи сімейної терапії, де підлітки та їхні батьки разом працюють над покращенням харчових звичок і взаємодією щодо підтримки здорового способу життя. Також розвивається соціальна підтримка серед однолітків, що дає можливість обмінюватися досвідом і мотивувати один одного на здорові зміни.

5. Освітня складова і усвідомленість. Підлітки отримають необхідні знання про те, як харчування впливає на їхнє фізичне та психологічне здоров'я, зокрема на метаболізм, рівень енергії та настрій. Це підвищує рівень усвідомленості і допомагає підліткам приймати свідомі рішення щодо вибору продуктів харчування, а також коригувати шкідливі звички, пов'язані з їжею.

6. Підвищення гнучкості у ставленні до харчових звичок. Один із ключових аспектів тренінгу – розвиток гнучкості в харчових звичках, що дозволяє підліткам змінювати їх відповідно до реальних потреб організму. Замість жорстких дієт або строгих обмежень, тренінг навчить підлітків знаходити баланс між задоволенням від їжі та турботою про своє здоров'я.

7. Розвиток стійкості до соціальних і культурних впливів. Підлітки часто стикаються з соціальним тиском, який нав'язує ідеали краси або стандарти харчування через соціальні мережі, медіа чи своїх однолітків. Тренінг надає підліткам навички критичного мислення і допомагає зменшити вплив таких стандартів на їхнє харчування та сприйняття себе.

Крім того тренінг сприятиме зниженню рівня стресу та тривоги, які є важливими чинниками, що сприяють розвитку порушень харчової поведінки. Забезпечуватиме покращення емоційного регулювання, що дозволяє підліткам управляти своїми емоціями без звернення до їжі як до способу заспокоєння. Стимулюватиме розвиток здорових і стійких звичок харчування, що сприяє підтримці нормальної ваги та профілактиці розвитку харчових розладів.

Завданням тренінгу є підвищення позитивного сприйняття свого тіла, що знижує ризик розвитку таких розладів, як анорексія або булімія, а також стійка підтримка з боку родини та соціального оточення, що важливо для підтримки змін у харчовій поведінці та психологічному стані підлітків. Цей тренінг є комплексним підходом до лікування та профілактики порушень харчової поведінки серед підлітків, що включає як практичні навички, так і психологічну підтримку для зміни ставлення до їжі та здоров'я.

Отже, що важливо зрозуміти підліткам, які стикнулися з розладами харчової поведінки (РХП), та їх оточенню, щоб ця проблема більше не повторювалася.

Перш за все необхідно володіти навичкою розпізнавання проблеми – і це перший крок до лікування. Підлітки повинні розуміти, що РХП – це не просто тимчасова проблема або вибір, а серйозний психоемоційний розлад, який потребує уваги і лікування. Важливо, щоб вони усвідомили, що проблеми з харчуванням пов'язані з глибшими психологічними або емоційними труднощами (наприклад, низькою самооцінкою, стресом, тиском з боку суспільства чи сім'ї). Як тільки підліток усвідомлює цю проблему, він зможе звернутися за допомогою і пройти лікування.

По-друге, необхідність зміни ставлення до їжі та тіла. Підлітки повинні розуміти, що вони мають розвивати здорові стосунки з їжею, приймаючи її не як ворога, а як джерело енергії і здоров'я. Це важливий момент у лікуванні, оскільки багато хто з підлітків із РХП має спотворене сприйняття свого тіла та харчування. Вони повинні прийняти своє тіло таким, яким воно є, і навчитись слухати його реальні потреби.

Наступним кроком стане розуміння важливості підтримки з боку оточення. Оточення підлітка – це не лише родина, а й друзі, вчителі, однокласники. Всі вони повинні підтримувати підлітка, допомагаючи йому розвивати здорові звички і справлятися з емоціями, які можуть бути причиною порушень харчової поведінки. Підтримка важлива не лише на етапі лікування, але й на етапі профілактики рецидиву. Створення безпечного середовища, де підліток відчуває

підтримку та прийняття, допомагає йому впоратися з труднощами без звернення до екстремальних форм контролю над їжею.

Юних людей чекає тривалий процес відновлення і профілактика рецидиву, адже лікування РХП – це не миттєвий процес, він може зайняти кілька місяців або навіть років. Важливо зрозуміти, що навіть після того, як симптоми зменшуються, підліток може залишатися вразливим до стресу або інших емоційних труднощів, які можуть спровокувати повернення до старих звичок. Тому необхідно постійно працювати над емоційним здоров'ям і стосунками з їжею. Систематичне звернення до психолога або терапевта навіть після лікування є важливим для підтримки стабільності.

Відзначимо роль психолога в процесі психологічної корекції розладів харчової поведінки в підлітковому віці:

- діагностика і визначення психологічних причин РХП: психолог відіграє ключову роль у виявленні корінних причин РХП. Він допомагає підлітку зрозуміти, чому розвинулася ця проблема, які емоційні чи психологічні фактори впливають на харчову поведінку. Це може бути низька самооцінка, проблеми з тиском з боку однолітків чи соціальних мереж, або використання їжі як способу боротьби зі стресом;

- розвиток навичок емоційного регулювання: психолог допомагає підлітку розвивати здорові стратегії управління емоціями. Багато підлітків, які мають РХП, не знають, як адекватно справлятися з тривогою, депресією, стресом, що призводить до використання їжі як механізму самозаспокоєння. Психолог навчає альтернативним методам боротьби зі стресом: релаксації, дихальним вправам, медитаціям, творчим вираженням;

- корекція спотвореного сприйняття тіла: психолог працює над зміною сприйняття тіла підлітка. Це важливо для лікування РХП, оскільки багато підлітків мають спотворене уявлення про власне тіло. Наприклад, вони можуть вважати себе занадто повними, навіть якщо їхня вага є нормальною. Психолог через методи когнітивно-поведінкової терапії або терапії прийняття і обов'язків допомагає підліткам побачити себе реалістично і змінити ставлення до тіла.

- робота з соціальним оточенням: психолог може працювати не лише з підлітком, а й з його родиною. Важливо, щоб родина розуміла роль здорових харчових звичок і підтримувала підлітка. Психолог може навчити батьків ефективно реагувати на ситуації, коли підліток стикається зі стресом або повертається до старих звичок, і допомогти створити позитивне середовище для змін.

- профілактика рецидивів: психолог допомагає підліткам зберігати набуті навички після завершення основного етапу лікування, надаючи стратегії для підтримки здорових звичок. Підлітки можуть зіткнутися з емоційними труднощами навіть після покращення стану, тому важливо, щоб вони знали, як знову повернутися до здорових звичок у випадку рецидиву.

Отже, підлітки мають розуміти, що РХП – це не тимчасова проблема, а серйозний психоемоційний розлад, який вимагає тривалого лікування та підтримки. Оточення підлітка має бути підтримуючим і допомагати йому в розвитку здорових звичок харчування. Психолог підтримує підлітка в процесі відновлення, допомагаючи змінити ставлення до їжі і тіла, а також навчити стратегіям емоційного регулювання для запобігання рецидивам.

ВИСНОВКИ

Висновки з проведеного дослідження психологічних особливостей розладів харчової поведінки в підлітковому віці наступні.

1. Дослідження показало, що одними з основних причин розвитку розладів харчової поведінки у підлітків є психологічні фактори, такі як низька самооцінка, тривожність, депресія, перфекціонізм та емоційний стрес. Підлітки часто намагаються контролювати свої емоції та стрес через їжу, що може призвести до розвитку анорексії, булімії або компульсивного переїдання. Підлітки з РХП часто мають труднощі в емоційному регулюванні. Вони можуть не вміти справлятися з негативними емоціями, що веде до використання їжі або її відмови як способу справлятися з переживаннями. Проблеми з емоційним регулюванням є важливим механізмом, який підтримує розлади харчової поведінки.

Фактори, які можуть призводити до розвитку розладів харчової поведінки в підлітковому віці, включають: психологічні фактори (низька самооцінка, стрес, тривожність, депресія, прагнення до ідеалізованого образу тіла); соціальні фактори (вплив медіа, моди та соціальних мереж, де популяризуються певні стандарти краси); сімейні фактори (надмірна контрольованість з боку батьків, критика з боку родини чи недостатня емоційна підтримка).

2. Вплив соціальних і культурних факторів є незаперечним. Соціальний тиск, пов'язаний з ідеалами краси, які поширюються через медіа та соціальні мережі, також має значний вплив на підлітків. Підлітки часто порівнюють себе з іншими, що може погіршити їхнє ставлення до свого тіла і харчування. Це сприяє розвитку розладів харчової поведінки, таких як прагнення до худорлявості. Роль родини є ключовою у розвитку і лікуванні РХП. Батьки, особливо ті, хто має певні моделі харчових звичок або критично ставляться до зовнішнього вигляду, можуть прямо або опосередковано впливати на ставлення підлітка до їжі та тіла. Підтримка родини та соціального оточення є важливою умовою для корекції розладів харчової поведінки.

3. Проведене емпіричне дослідженням розладів харчової поведінки у підлітків підтвердило, що одними з головних факторів розвитку розладів харчової поведінки у підлітків є психологічні проблеми, зокрема низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність і депресія. Підлітки, які мають труднощі в емоційному регулюванні, схильні використовувати харчування як спосіб боротьби зі стресом, що сприяє розвитку таких розладів, як анорексія або булімія. Виявлено, що порушення емоційного регулювання є ключовим фактором у розвитку РХП. Підлітки з цією проблемою часто не можуть адекватно реагувати на стрес, тому використовують їжу як засіб самозаспокоєння або, навпаки, відмовляються від їжі, щоб контролювати емоції.

4. Дослідження також показали, що соціальний тиск і культурні стандарти краси, що популяризуються через медіа і соціальні мережі, значно впливають на ставлення підлітків до їжі і тіла. Ідеалізація худорлявості і зображення «ідеального тіла» в медіа є важливими факторами, які підвищують ризик розвитку РХП. Сімейна підтримка є важливим аспектом у лікуванні РХП. Родина, яка підтримує здорове харчування і сприяє розвитку позитивного ставлення до тіла, може значно знизити ризик розвитку розладів харчової поведінки у підлітків. Психологічна підтримка з боку родини є необхідною для тривалого збереження результатів лікування.

5. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та інших методик: Психологічні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), показали свою ефективність у корекції РХП у підлітків. КПТ допомагає змінити спотворене сприйняття тіла та їжі, а також розвиває здорові стратегії управління емоціями та стресом. Також показано, що терапія прийняття і обов'язків (АСТ) є корисною для підлітків, оскільки вона зменшує тривожність і покращує здатність до адаптації в складних ситуаціях. Навіть після зменшення симптомів РХП, важливо продовжувати підтримку підлітка. Це може включати регулярні сеанси терапії для підтримки стабільності емоційного стану і попередження рецидивів. Підлітки потребують постійної підтримки, оскільки вони можуть зіткнутися з новими стресовими ситуаціями або проблемами, які можуть

спровокувати повернення до старих звичок. Лікування РХП є довготривалим і часто потребує постійної підтримки. Підлітки можуть знову зіткнутися з емоційними труднощами, що може призвести до повернення до старих моделей харчової поведінки. Тому важливо розробити стратегії підтримки, які дозволять підліткам зберігати здорові звички і протистояти можливим рецидивам.

6. Психологічні дослідження підтверджують, що проблема розладів харчової поведінки в підлітковому віці є багатофакторною і вимагає комплексного підходу до лікування, який враховує не тільки харчові звички, а й емоційні, психологічні та соціальні фактори. Лікування повинно включати психологічну підтримку, корекцію емоційного регулювання, зміну сприйняття тіла, а також підтримку з боку родини та соціального оточення. Важливо також забезпечити постійне спостереження та підтримку після завершення основного лікування для запобігання рецидивам.

7. Роль запропонованого тренінгу у вирішенні проблеми розладів харчової поведінки (РХП) полягає в комплексному підході до корекції харчових звичок і психологічного стану підлітків, що допомагає їм розвивати здорові стосунки з їжею та тілом. Тренінг сприяє розвитку у підлітків здорових харчових звичок через навчання правильному вибору продуктів, збалансованому харчуванню, регулярним прийомам їжі та перекусам. Ці навички дозволяють підліткам уникати екстремальних харчових режимів, таких як надмірне обмеження їжі чи переїдання, що є типовими при РХП. Тренінг надає інструменти для розвитку здорових способів емоційного регулювання, таких як релаксаційні техніки, методи усвідомленого харчування (mindfulness) і вправи для зниження стресу. Це дозволяє підліткам знизити залежність від їжі для заспокоєння емоцій і знайти більш здорові способи управління своїми почуттями. Психологічні вправи на тренінгу допомагають підліткам покращити свої навички емоційного регулювання, що є важливою складовою в лікуванні РХП. Підлітки вчаться розпізнавати свої емоції, краще контролювати стрес і не використовувати їжу як спосіб справлятися з негативними емоціями. Це знижує ризик розвитку або повторення харчових розладів. Тренінг допомагає підліткам розвивати

усвідомленість щодо своїх харчових звичок і ставлення до їжі. Вони вчаться ставити під сумнів соціальні стереотипи і стандарти краси, що часто призводять до порушень харчової поведінки, і розвивають критичне мислення щодо харчових норм і трендів.

8. Психологічні фактори (самооцінка, тривожність, депресія) є основними чинниками розвитку РХП у підлітків. Емоційне харчування як спосіб регулювання емоцій є ключовим у розвитку розладів харчової поведінки. Соціальний тиск і культурні ідеали краси мають великий вплив на сприйняття тіла підлітками і на їхнє харчування. Роль родини та соціального оточення є важливою для корекції РХП і підтримки здорових харчових звичок. Психологічна підтримка та терапія (зокрема когнітивно-поведінкова терапія) необхідні для розвитку здорових стосунків з їжею та покращення емоційного стану підлітків. Профілактика рецидивів через довготривалу підтримку і розвитку емоційних і харчових навичок є важливою частиною процесу відновлення. Тренінг для підлітків з порушенням харчової поведінки є важливою складовою процесу корекції та профілактики РХП. Він сприяє розвитку здорових харчових звичок, навичок емоційного регулювання, підвищенню самооцінки та самоприйняття, а також зміцнює підтримку родини та соціального оточення. Це дозволяє підліткам не тільки подолати існуючі порушення харчової поведінки, але й запобігти їхньому рецидиву в майбутньому. Ці висновки підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування розладів харчової поведінки, що включає психологічні, емоційні, соціальні та культурні аспекти.