

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра психології та педагогіки

Магістерська робота
освітньо-кваліфікаційний рівень – магістр

на тему:
«Психологічні чинники харчової поведінки у юнацькому віці»

Виконала: студентка 2-го року навчання,
спеціальності 053 Психологія
Чубарова Ніяра Рефатівна

Науковий керівник: Копець Л. В.
кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент _____ (прізвище та ініціали)

Магістерська робота захищена
з оцінкою « _____ »

Секретар ДЕК _____
« _____ » _____ 2020 р.

Київ 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	7
1.1. Загальна характеристика психології юнацького віку	7
1.2. Поняття харчової поведінки	15
1.3. Причини виникнення розладів харчової поведінки у юнацькому віці ..	26
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	36
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ...	38
2.1. Методики та процедури дослідження.....	38
2.2. Результати дослідження психологічних особливостей харчової поведінки в юнацькому віці	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	52
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	54
3.1. Методичні рекомендації для психологічної служби в роботі з особами юнацького віку з метою запобігання розладів харчової поведінки	54
3.2. Тренінгова програма запобігання розладів харчової поведінки	61
3.3. Ключові перспективи розробки теми	68
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	70
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	76
ДОДАТКИ	83

ВСТУП

Актуальність теми. Юнацький вік - це період розвитку від 16 до 25 років, що веде від дитинства до дорослого віку [17]. У юнацькому віці людина стикається з великою кількістю фізіологічних та психологічних змін. Юнацький вік часто описується таким, що складається з «завдань розвитку» статевої зрілості, дозрівання тіла та сексуальності, розвитку самостійності, зміни стосунків з однолітками та формування особистості. Індивідуальні варіації процесу юнацтва постійно чергуються між фазами прогресування та періодичною регресією.

Одним з найважливіших факторів формування здоров'я людини є харчування. Розлади харчування переважно починаються в ранньому юнацькому віці. Вони складають досить малу, але найбільш серйозну групу психічних розладів з підвищеним ризиком. В Україні, на жаль, не існує офіційних даних стосовно кількості і частоти виникнення харчових розладів. В аналітико-статистичних довідниках інформація про харчові розлади є об'єднаною з іншими порушеннями в одну рубрику F50–F59. Сумарно поширеність розладів за вказаними рубриками за 2016 рік становить 0,5 %, що також показує низький рівень діагностики в Україні [12]. Лікар-психотерапевт, засновник київського центру кваліфікованого для роботи з харчовими розладами, Валерій Патонич зазначає, що вік анорексії молодшає і сьогодні — це вже 13-річні підлітки. Лікар погоджується, що статистики як такої в Україні немає, але з досвіду власної клініки може додати, що харчові розлади у чоловіків стають дедалі частішим явищем та пов'язує це з світовим феноменом «унісексуалізації» [21].

Раніше дослідження пов'язували розлади харчової поведінки із тонкощами західних культур, але сьогодні про них все частіше повідомляється і в інших культурах, що може бути результатом технологічного прогресу і відкритості медіа-простору.

Світова статистика показує щорічне зростання виникнення розладів харчової поведінки, які призводять до постійних фізіологічних та

психосоціальних наслідків. Смертність зазвичай обумовлена соматичними ускладненнями або самогубствами, і рівень смертності все ще є одним з найвищих. Особливо високим є ризик суїциду при нервовій анорексії, проте імпульсивність та суїцидальна поведінка також пов'язані з булімією та компульсивним переїданням.

Проблеми, що пов'язані із дослідженням психологічних чинників харчової поведінки, її порушень та розладів, зокрема у юнацькому віці, досліджували такі вітчизняні і зарубіжні вчені, як: А. Алексєєва, В. Мухіна, Т. Нечитайло, С. Орбах, М. Агарьова, І. Бескова, А. Гавриленко, А. Тинова, І. Малкіна-Пих, Т. Ільницька, С. Холл, Я. Руска, В. Чарльз, Дж. Коулман.

Хоча аспекти розвитку харчової поведінки ґрунтовно вивчені в класичних та сучасних дослідженнях, але, що стосується досліджень впливу чинників формування харчової поведінки в юнацькому віці і, головне, яку психологічну підтримку надавати під час різного роду порушень, в Україні такі дослідження представлені в мізерному вигляді.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка в юнацькому віці.

Предмет дослідження: психологічні особливості харчової поведінки в юнацькому віці.

Мета дослідження полягає у виявленні закономірностей та механізмів формування харчової поведінки в юнацькому віці, розкритті причин розладів харчової поведінки в юнацькому віці та розробці тренінгової програми психопрофілактики порушень харчової поведінки в юнацькому віці.

Зважаючи на вищеописану проблему ми висунули наступне **наукове припущення:** харчова поведінка в юнацькому віці залежить від рівня самооцінки, задоволеності образом власного тіла, сприймання власних досягнень, загального ставлення до життя. Можна сформулювати **статистичне припущення:** показники незадоволеності тілом позитивно прямо корелюють з високими показниками перфекціонізму, низькою самооцінкою та низьким індексом життєвої задоволеності.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей юнацького віку, які визначають харчову поведінку.
2. Дослідити психологічні особливості харчової поведінки та причини порушень в юнацькому віці.
3. Провести дослідження психологічних особливостей харчової поведінки осіб юнацького віку.
4. Розробити методичні рекомендації та програму психологічної профілактики порушень харчової поведінки у осіб юнацького віку.
5. Розробити тренінг спрямований на запобігання розладів харчової поведінки.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз та синтез існуючих наукових даних з проблеми дослідження), емпіричні (методики анкетування), метод порівняння, методи математичної статистики.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проведено у 2020 році. Вибірка дослідження: 76 осіб.

Етапи дослідження:

1. Теоретико-пошуковий етап (2019-2020 рр.): обрано констатувальну дослідницьку стратегію; проаналізовано теоретико-методологічні підходи до розуміння харчової поведінки у юнацькому віці; розроблено дослідницьку програму дослідження.

2. Констатувальний етап дослідження (2020 рік): удосконалення змістових компонентів дослідницької програми; проведення поперечних зрізів.

3. Генералізація отриманих даних та їх екстраполявання (2020 рік) розробка, обґрунтування, апробація психологічної структурно-функціональної моделі та проведення тематичної тренінгової програми; формулювання висновків дослідження.

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні та доповненні наукових уявлень про харчову поведінку, зокрема взаємозв'язку між перфекціонізмом та порушеннями харчової поведінки у осіб юнацького віку, визначенні причин порушень харчової поведінки в юнацькому віці.

Практичне значення дослідження полягає у розробці та апробації програми тренінгу запобігання розладів харчової поведінки в юнацькому віці.

Апробація. Апробація дипломної роботи була проведена у формі виступів на конференціях та семінарах, а також публікації в періодичних наукових джерелах: Науково-практична конференція: Особистість у просторі проблем XXI століття// К.: ПП «Дірект Лайн». – 2019. – С. 77–79.

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, списку використаної літератури (61 джерело) та додатків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

1.1. Загальна характеристика психології юнацького віку

У вітчизняній психології існують різні підходи до визначення точних меж періодизації юнацького віку: як цілісної стадії переходу від підліткового віку до віку дорослості (І.С. Кон, Л. Ф. Фрідман, І. Ю. Кулагіна, В. Б. Шапар), чи як самостійний період розвитку особистості (Д. Б. Ельконін, Г.М. Прихожан, Т.В. Драгунова). Останнє переважає в літературі. Юнацький вік розділений на ранній та пізній період: 16-17 років – рання юність, 17-20 – власне юність, 20-21 – пізня юність (І.С. Кон, Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, В.С. Мухіна, А.А. Реан, Г. Крайг).

Юність в дослідженнях представлена, як вік самовизначення, набуття психічної зрілості, вміння висловлювати свою громадянську та ідейну позицію, становлення моральної свідомості та самосвідомості. У періодизації О. М. Леонтьєва, Д. Б. Ельконіна акцент при вивченні юнацького віку робиться на зміненому типі діяльності – навчально-професійній. Л. М. Фрідман також пов'язує провідну діяльність юнацького віку з самоосвітою та професійною орієнтацією, розвитком особистісної ідентичності, здатності до формування інтимних сексуальних стосунків, встановлення незалежності та самостійності в контексті соціокультурного середовища.

У роботі «Юнацький вік», американський психолог Г. Стенлі Голл запропонував перше систематичне визначення юнацького віку, який, на його думку, починається у віці 18 років і закінчується у віці 24 років. Голл запропонував суспільству почати визнавати юність як окрему стадію життя, в якій молода людина проходить бурхливий перехід на шляху до дорослості, переживаючи при цьому «підліткові швидкі коливання настрою», в яких «світ здається дивним і новим» [35].

Концепція юнацького віку, як «проблемного періоду» в розвитку людини, знайшла відображення в класичній психоаналітичній теорії (Фрейд, 1937), а американсько-німецький психолог Ерік Еріксон (1968) ставить наголос на тому, що головне завдання розвитку цього життєвого етапу – становлення цілісної особистісної ідентичності та підвищеної самостійності. Ерік Еріксон окреслює юнацький вік, як шосту стадію з восьми життєвих під назвою "близькість чи ізоляція", описуючи її, як період, коли люди починають інтимні відносини після розвитку почуття ідентичності.

Цей етап, як зазначає Еріксон, є різким переходом до дорослого життя. Це поворотний момент розвитку, коли людина стикається з відповідальністю і вимогами суспільства. Еріксон цей етап вважає кризовим. Незважаючи на те, що особистість все ще прагне поєднати свою ідентичність зі своїми друзями, конфлікт між ідентичністю та порушенням власної життєвої ролі починається на цьому етапі, коли молоді люди шукають спілкування та любові. Це також етап, коли молоді люди думають про створення сім'ї. Проте, ці думки часто відкидаються особистістю, оскільки багато людей в юнацький період, як правило, користуються своїм статусом «молодь» і більше зосереджені на своїй кар'єрі, а не на створенні власної родини [22].

Якість, яка формується на цьому етапі - це «любов» з вторинною силою «прихильності». Молоді люди розвивають здатність запропонувати свою любов, фізично і емоційно, та прийняти її взаємно, навчаються спілкуватися з іншими на соціальних та міжособистісних рівнях, стають більш вправними у формуванні щирих взаємних відносин.

Еріксон вважав, що наявність цілком сформованого почуття власної особистості (встановленого під час стадії ідентичності та ізоляції) має важливе значення для здатності формувати інтимні стосунки. Дослідження переконують, що люди з поганим сприйняттям власних досягнень мають тенденцію до менш активних стосунків і, швидше за все, страждають від емоційної ізоляції, самотності та депресії. Потенційними негативними наслідками нездорового вираження інтимності можуть бути проблеми у сфері сексуальних стосунків та

ставленні до них, починаючи з крайньої вразливості і холодності, закінчуючи розбещеністю і брутальністю. Молоді люди намагаються швидко досягнути самовизначення, що заважає їм адекватно розкрити свій потенціал або, навпаки, розтягують цей стан нез'ясованої ідентичності, під час якого вони втрачають енергію, де в результаті її не вистачає на вирішення конфлікту розвитку. Або ж особистість взагалі вирішує прийняти соціально-небажану роль, як проявлення бунту.

Психолог Данієл Левінсон опитував молодь і на підставі своїх рахунків розробив своєрідну теорію юнацького віку. Він називав вік 17-33 років початковим етапом розвитку і стверджував, що головним завданням цього етапу є перейти в дорослий світ і створити стабільну життєву структуру. У ході цього процесу, за словами Левінсона, молоді люди зазнають значних змін і відчують нестабільність через різні можливості в міжособистісних стосунках і при пошуку цілі в процесі створення життєвої структури. Виявилось, що більшість опитуваних юнацького віку не відчують себе ні підлітками, ні дорослими. Коли їм було поставлене питання чи розуміють вони, що фактично являються вже дорослими людьми – більшість відповіли ні «ні», ні «так». Це відображає суб'єктивне сприйняття себе більшої частини молоді, які переросли підлітковий вік, але ще не вступили до дорослості. У дослідженні тільки люди після 23 і на початку 30 років відповідали, що вони дійсно відчують, що досягли повноліття. Однак, вік є грубим маркером суб'єктивного переходу від юнацького віку до дорослого [47].

Традиційне уявлення про юнацький вік полягає в тому, що це час «бурі і натиску» [35], в якому відбувається низка біологічних, когнітивних, соціальних та психологічних змін. Коулман та Голл стверджують, що новий погляд на юнацький вік розвивається внаслідок нових досліджень, в яких акцент робиться саме на адаптацію, а не на розлади. Таким чином, «Центральне питання, з яким стикаються дослідники в цій галузі, пов'язане не з тим, скільки молодих людей стикаються з труднощами в адаптації, а з процесом успішної адаптації та знаходження вирішення проблем» [28].

Однак, правдивість опису юнацького віку від Голла, як часу емоційного потрясіння, ставили під сумнів, так само як і теорії, які вважають юність проблематичною стадією життя [46]. Останні дослідження показують, що більшість молодих людей відносно добре управляють своїм переходом до дорослого життя [38].

Сучасне бачення юнацького віку як процесу розвитку, в якому перехід до періоду дорослості є основним завданням, варто описати через призму присутніх в цьому періоді біологічних, когнітивних та емоційних змін.

Швейцарські психологи Альзарек Ф. Д. і Фламмер А. (2006) у своїй спільній науковій роботі припускають, що юнацький вік складається з ряду значущих життєвих переходів, в яких статеве дозрівання являє собою біологічні зміни, що знаменують початок юності. Фізичні зміни, що відбуваються під час статевої зрілості такі як збільшений зріст і вага, можуть мати психологічний вплив на молодь через підвищення самосвідомості та чутливості [23], та зниження самооцінки [28]. Але це бачення частково залежить від соціального контексту. Арнетт і Табер (1994) стверджують, що немає чіткого визначення того, коли закінчується підлітковий вік і починається юнацький. Тому концепція юнацького віку, як «перехідного періоду» - піддається критиці через великий часовий період для змін.

Процес когнітивного розвитку в юнацькому віці полегшує здатність молодої людини розуміти складний соціальний світ. А спад егоцентризму, що відбувається в кінці підліткового віку і на початку юнацького [30], призводить до зростання самосвідомості, розуміння соціальності і важливості адекватної інтеракції з оточуючими.

Американський психолог Джефрі Арнетт (2000) ввів термін «нові дорослі», щоб відобразити зміну суспільних норм щодо пізнього юнацького та раннього віку в західних суспільствах. Він запропонував розширити теорію розвитку Еріксона (1968), щоб включити «нову дорослу людину» як додатковий життєвий етап між підлітковим та дорослим життям, і щоб визнати чіткі психологічні особливості молодих людей у віці від 18 до 25 років [25].

Спираючись на свої якісні інтерв'ю з молодими людьми в цьому віковому діапазоні, Арнетт описує це як епоху «почуття десь посередині», де ні підлітковість, ні дорослість - розвиток ідентичності незавершений [36]. Формування ідентичності є основоположним для цього етапу розвитку, і молоді люди витрачають велику кількість «психологічної енергії». Арнетт стверджує, що найрізноманітніші життєві варіанти, доступні в постсучасному суспільстві, представляють «епоху можливостей» і, таким чином, призводять до «безлічі варіантів дорослих людей з різноманітними психологічними особливостями» [26]. Важливо зазначити, що в випадку, коли юна особа має велику свободу вибору – це може викликати занепокоєння, стан тривожності та призвести до втрати відчуття безпеки. У порівнянні з попередніми поколіннями, для яких життєвий шлях здавався більш чітко окресленим, зараз молодь відчуває себе під більшим тиском оточуючого світу [36].

Юнацький вік — це час серйозної психологічної перебудови психічного здоров'я та самопочуття молодої людини. Відбувається динамічна взаємодія досвіду молодих людей у рамках значущих стосунків із сім'єю та однолітками; сприйняття себе як особистостей у широкому світі.

Розвиток ідентичності стабілізується в кінці юнацького віку.

Ідентичність можна визначити, як почуття психічного благополуччя, відчуття «перебування у своєму тілі». Ідентичність також відображає внутрішнє переконання про оточуючих. Стабільна ідентичність призводить до переживання безперервності та постійності «Я». На думку Еріксона, молоді люди мають зустрітись з кризою ідентичності, стикаючись з неминучими дорослими завданнями. Він припустив, що невдача в цьому контексті призводить до почуття плутанини щодо того, хто є хто, і до нездатності обрати цінності, мати труднощі з вибором цілей, інтимних стосунків та встановленням ідеологічного світогляду.

Взаємовідносини з однолітками, як і сімейні стосунки, допомагають розвивати та сприяти набуттю жіночих чи чоловічих ролей. Стосунки однолітків мають важливе значення для надання допомоги під час сепарації з батьками та підготовці до дорослих стосунків.

Психічне здоров'я молодих людей, які переходять з дитинства в доросле життя, постійно погіршується, як свідчать результати лонгітюдного дослідження Коллішоу, Магана, Гудмена та Піклза (2004). Макгорі (2011) заявляє, що частота проблем із психічним здоров'ям «зростає» у віці від 18 до 25 років [40]. Пізня юність (вік від 15 до 19 років, ЮНІСЕФ, 2011) становить підвищений ризик розвитку серйозних проблем психічного здоров'я, таких як психоз та суїцидальність.

Фонд психічного здоров'я (1999) визначає **психічне здоров'я як здатність до психологічного і емоційного розвитку та формування почуття загального почуття благополуччя**, яке прирівнюється до досягнення людиною стану рівноваги або балансу між наявними у неї ресурсами і викликами, з якими вона стикається. Однак, цей баланс може бути порушений життєвими подіями, які спричиняють психологічні, фізичні та соціальні виклики людині, і таким чином благополуччя є динамічним процесом, який включає аспекти нестійкості.

Проблеми психічного здоров'я визначаються з точки зору емоцій чи поведінки поза діапазоном нормальних показників і які негативно впливають на рівень функціонування людини. Таким чином, психічне здоров'я являє собою континуум, в якому особа юнацького віку може бути успішною, наприклад, академічно, але у неї в той же час виникають труднощі в сімейних стосунках.

Коулман (2011) припускає, що такі фактори, як підвищений рівень стресу під час іспитів та непрогнозований ринок зайнятості можуть сприяти зниженню психічного здоров'я у молоді. Фонд психічного здоров'я повідомив, що кожен 15 літній молодик наніс собі шкоду, а частота захворюваності юних жінок у чотири рази більша. У цьому дослідженні не було визначено віковий діапазон молодих людей, за якими повідомлялося про самопошкодження, але зазначається, що самопошкодження частіше зустрічається у осіб від 11 до 25 років (Фонд психічного здоров'я, 2006). У рамках звіту вказано, що молоді люди наводили причини, що стосувались самопошкодження такі як знущання, стрес і занепокоєння, побоювання, проблеми в сім'ї та зловживання алкоголем та наркотичними речовинами. Важко встановити точні показники через приховану

природу поведінки самопошкодження, але деякі звіти свідчать про те, що частота самопошкоджень, можливо, зростає і становить один з десяти молодих людей (Королівський коледж психіатрів, 2012).

Результати недавнього дослідження, проведеного в Новій Зеландії, дозволяють припустити, що до 50% молодих людей, які переходять до дорослого віку, переживають хоча б один епізод розладу психічного здоров'я [32]. У поєднанні з цим, Екерслі (2011) висвітлює виклики, з якими стикаються молоді люди внаслідок останніх соціальних змін, і припускає, що глибина проблем психічного здоров'я в юнацькому віці залишається невідомою. Останнє дослідження психічних захворювань дорослих у Великій Британії включає дані щодо 16-24-річних. Дослідження вказує на те, що 13% чоловіків та 22% жінок мали загальні проблеми психічного здоров'я, які визначаються тривожністю, депресією, фобією, панічним розладом та obsесивно-компульсивним розладом. Статистика також свідчить, що 13,1% молодих людей мали порушення харчування, а рівень захворюваності у жінок був утричі вищим порівняно з чоловіками [51].

У 2017 році соціологічний центр «Нова Європа» та Фонд ім. Фрідріха Еберта спільно з компанією GfK Ukraine – виявили, що в Україні молодь (від 14 до 29 років) більше всього переживає за пошук роботи, встановлення стабільного заробітку і почуття власної незалежності. При виборі роботи – в першу чергу вони звертають увагу на розмір заробітної плати, а в останню чергу на те, чи їх діяльність приносить цінність їхньому суспільству. Велике значення молодь надає нематеріальним цінностям: вірність партнеру, створення сім'ї. Але вікова група від 21-29 відзначається тим, що в ідеалі прагнуть спочатку стати багатими, створити успішну кар'єру і лиш потім планувати дітей [2].

З часів незалежності України – молодь постійно має боротись за гідне місце у нестабільному на події суспільстві і сприймає це з великим стресом та тривожністю. Залякування екзаменами ЗНО, переповнені конкурси на отримання бюджетного місця в університеті, відсутність профорієнтаційної та практичної допомоги від університетів для майбутнього професійного життя,

високі вимоги і тіньова політика ринку праці, відсутність адекватної безкоштовної медицини, все це веде до переживання безвиході, яка в свою чергу до залежностей та психічних розладів.

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) провів дослідження у 2019 році на тему проблем і залежностей, з якими стикається українська молодь. Звіт показав, що 50% мають досвід куріння, 86% - вживання алкоголю, 18% - наркотиків. Більше половини опитаних визнали, що приділяють занадто багато часу соціальним мережам і відзначають псування настрою, якщо їм перешкоджають доступу до Інтернету. Булінг виявився теж поширеним явищем серед української молоді – кожен десятий опитуваний ставав жертвою булінгу за останні 3 місяці, а кожен четвертий – був лиш свідком таких випадків і участі в них не брав. Більшість постраждалих зазначали, що ніколи не визнавали булінг проблемою, яку можна вирішити і через страх виникнення можливих нових випадків – не повідомляють про це батькам, викладачам або поліції. Аналогічні дослідження за попередні роки показують, що динаміка формування подібних проблем лиш збільшується і призводить до психологічної нестабільності української молоді [16].

Кафедра фізіології Медичної школи університету Вейна зазначає такі психологічні показники нормального розвитку під кінець періоду юності:

1. Емоційний розвиток

- *Адекватне сприйняття себе*
- *Емоційна стійкість*
- *Емпатичність та розуміння інших*
- *Розуміння свого життєвого призначення*
- *Здатність до критики та похвали власних дій, здобутків*

2. Соціальний розвиток

- *Самостійність і здатність приймати власні рішення.*
- *Прийняття батьків*
- *Зацікавленість до розвитку серйозних стосунків*
- *Здатність до емоційної та фізичної близькості у відносинах*
- *Чітка сексуальна ідентичність*

3. Психічний розвиток

- *Широке мислення і ставлення конкретних цілей*
- *Здатність висловлювати ідеї*
- *Розвинений глибший погляд на життя, долучення до проблем громади.*

1.2. Поняття харчової поведінки

Харчова поведінка — це загальний термін, який використовується для позначення всіх можливих компонентів поведінки, що беруть участь в нормальному процесі прийому їжі. Цей термін охоплює розуміння вибору їжі, мотивів, способів вживання, причини дієти та її дотримання, проблеми, пов'язані з харчуванням, такі як ожиріння і власне різного виду порушення поведінки харчування [58].

Харчова поведінка — це по суті питання виживання, яке виникає щодня. Тобто треба робити вибір, що їсти, коли і скільки. Однак, на відміну від наших предків, основним завданням яких було пошук будь-якої їжі, яка забезпечила б їх енергією та поживними речовинами, цей вибір сьогодні ускладнюється. Зокрема, у східних чи західних суспільствах - їжа існує у великій кількості, вона різноманітна, приваблива, дешева та доступна. Більше того, харчова поведінка є такою, яка суттєво пов'язана з настроєм та емоціями.

У контексті поведінкової медицини дослідження харчової поведінки зосереджено на етіології, профілактиці і лікуванні ожиріння та порушень харчової поведінки, а також розрахована на пропаганду здорового режиму харчування, що допомагає керувати та запобігати таким захворюванням, як діабет, гіпертензія та ракові захворювання [45].

Харчова поведінка є складною: люди щодня приймають сотні харчових рішень, які є результатом різноманітних особистісних, соціальних, культурних, екологічних та економічних чинників. Що люди їдять і скільки вони їдять, має

значний вплив на їх здоров'я. Екологічна модель, яка враховує вплив окремих чинників соціального середовища, фізичного середовища та середовища на макрорівні на вибір продуктів харчування - корисна для розуміння безлічі визначників харчової поведінки.

Внутрішньо-особистісні чинники, що впливають на харчову поведінку та вибір їжі, включають різні фізіологічні процеси: голод, ситість, вроджений потяг до солодкого, специфічні механізми мозку; та психологічні процеси: засвоєні харчові уподобання, знання, мотивація, ставлення, цінності, риси особистості, пізнавальні процеси, саморегуляція.

Було показано, що соціальне середовище суттєво впливає на харчову поведінку. Культура харчування формується опосередковано через дотримання правил харчування, а також безпосередньо (наприклад, особа їсть менше в присутності інших, ніж тоді, коли одна).

Фізичне середовище, включаючи доступність продуктів; контекст, в якому подається їжа; зовнішні сигнали, як близькість до їжі, виразність їжі, упаковка, розмір тарілки, накладена порція та різноманітність асортименту продуктів харчування — це все впливає на тип та кількість вживаної їжі.

Навколишнє середовище на макрорівні включає в себе: економічну систему; продовольчу та сільськогосподарську політику; виробництво та розповсюдження харчових продуктів; маркетинг харчових продуктів і культурні норми та цінності, що може мати опосередкований, але потужний вплив на вибір продуктів харчування та на харчову поведінку в цілому [45].

Коли людина має дефіцит енергії, складна взаємодія фізіологічних процесів сигналізує мозку, що настав час для вживання їжі, тобто людина відчуває голод. Коли організм отримав достатню кількість їжі, ці процеси сигналізують про те, що споживання слід припинити, тобто людина відчуває ситість або тяжкість. Тим не менш, ця гомеостатична регуляція їжі невпинно кидається в очі і перекривається повсюдною присутністю їжі та харчових продуктів. Тобто, вживання їжі може бути спровоковано навіть за відсутності голоду, навіть при відчутті ситості [58]. Відомі численні фактори, які визначають

або керують харчовою поведінкою автоматично та неявно. Наприклад, прийом їжі може бути ініційований або тривалий за рахунок присутності інших людей в кафе, тобто під впливом соціальних факторів [37]. Як наслідок, постійний контроль і саморегуляція - необхідні для того, щоб харчуватися повноцінно, тобто забезпечувати організм як якісно, так і кількісно потрібними поживними речовинами. У той же час, здорове харчування також означає вміння насолоджуватися корисними аспектами їжі, не стаючи сконцентрованим на надмірному контролюванні.

Але коли їжа стала більше, ніж просто їжею? Що означає здорове харчування в протиставленні з приємним споживанням чи з їз споживанням необхідних складових для підтримки нормальної, стабільної ваги? Люди з психологічно здоровими звичками харчування використовують їжу для енергії, як засіб соціального зв'язку, а іноді навіть, як джерело задоволення. Вони можуть бути вмотивовані здоров'ям і красою, прагненням до схуднення або набору ваги, і жити життям, яке наслідуює поради Гіппократа: «Нехай їжа буде ліками твоїми, а ліки - їжею твоєю».

Психологічно здорове харчування означає: «сенси в тому, що ти споживаєш». Важливо пам'ятати, що те, що ми їмо, впливає на те, як ми почуваємось, і як ми відчуваємо і думаємо, впливає на те, як і що ми їмо. На жаль, здорова харчова поведінка є постійно під загрозою, бо психологічно використання їжі підпадає під боротьбу зі стресом, нудьгою, гнівом, депресією чи тривогою. Ще більше і більше людей втрачають розум, коли йдеться про харчування і набір ваги. Великі пакунки, тарілки, келихи та «страви із великим розміром» є скрізь, де ми знаходимось, змушуючи думати, що чим більше – тим краще, і не тільки краще, але й нормально. Не кожен може протистояти пропозиції: «Купіть два, отримайте третє безкоштовно», і, ймовірно, буде купувати більше, ніж зазвичай купував, завдяки психологічно-організованим сейл-менеджментом в супермаркетах, розробленим таким чином, щоб розум був розгублений і повністю виходив із процесу адекватної покупки їжі. Також «здорова аура» психологічно-витонченого маркування та психологічно-

організованих ресторанних меню – є прийомами маніпулювання і лише змушує думати, що людина їсть правильно.

Існує дослідження, яке демонструє, як психологічно здорове харчування піддається ірраціональній метафорі «розум в шлунку». У ході дослідження учасників обманювали, ніби вони їдять з бездонної миски супу, яку під час їжі подавали під тиском через дно столу. Переконавшись, що миска нормальна, вони намагались це раціоналізувати, сказавши собі, що вони просто їдять повільно і насолоджуються смаковими якостями, що, в свою чергу, змусило їх бездумно ковтати на 73 відсотки більше супу, ніж ті, хто їв із звичайних 22-унційних мисок. Хоча наші очі можуть розуміти і бачити більше, ніж наш шлунок - розум із задоволенням буде перегравати все так, щоб переконати людину у тому, що вона просто «їсть повільно», і що причина ні як не в чомусь іншому, нездоровому. Аналогічний сценарій стався під час тестування розміру склянок. Ті, хто пив з коротких і широких склянок, споживали в середньому на 27 відсотків більше, ніж ті, хто пив з високих і тонких, завдяки оманливій горизонтально-вертикальній ілюзії [50].

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 сьогоденішнього 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 з американського університету у Сієтлі визначили такі **складові психологічно правильної харчової поведінки** [55]:

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].

Для розуміння харчової поведінки варто також окреслити основні розлади, які можуть виникнути і є достатньо поширеними серед осіб юнацького віку. Порушення харчування які визначаються як психічні розлади в стандартних медичних посібниках МКБ-10 та DSM-5: *нервова анорексія, нервова булімія, дисморфія, компульсивне переїдання, інші порушення харчування (ця категорія фіксує розлади харчування та харчові розлади клінічної тяжкості, які не відповідають діагностичним критеріям нервової анорексії, нервової булімії, компульсивного переїдання)* [24].

Анорексія — розлад харчування, що характеризується голодуванням, пов'язаним із вагою, неадекватним сприйняттям людиною своєї форми та надзвичайним страхом до споживання їжі і набору маси тіла. Анорексія має найвищі показники смертності серед психічних розладів [57]. Швидка діагностика анорексії являється визначенням індексу маси тіла за формулою: вага в кілограмах ділиться на ріст в метрах в квадраті. Якщо індекс менше 16 — це дефіцит маси тіла і можливою причиною є анорексія.

Хоча анорексія найчастіше вражає дівчат-підлітків та жінок, вона може виникнути у будь-якої статі, віку, раси чи культурного походження. Спортсмени, танцівники та всі, хто працює або навчається в галузі, яка наголошує на худорлявому стані, піддається особливо високому ризику. Окрім надзвичайної худорлявості та страху набирати вагу, **загальними ознаками та симптомами анорексії є:** *пропуск їжі, відмова від їжі на публіці, страх набрати вагу, інтенсивні режими фізичних вправ та надавання переваги багат шаровому вільному одягу, щоб замаскувати своє тіло.* Хоча розлади харчової поведінки кружляють навколо їжі, корінь проблеми - психологічний. На думку анорексика

- чим тонше він, тим більше його значущість в соціумі. Це спотворене відчуття того, як має виглядати тіло не має логічного фіналу. Як і у випадку інших харчових розладів, важко окреслити конкретну причину виникнення анорексії, але багато факторів відіграють свою роль у її виникненні. Ризик збільшується, якщо є близький член сім'ї, наприклад, хтось з батьків чи брат та сестра, з порушенням харчування. Нав'язливо-компульсивні риси особистості, такі як перфекціонізм та чутливість, зазвичай асоціюються з анорексією. Деякі дослідники вважають, що генетика відіграє головну роль, хоча тільки починається з'ясування, які гени беруть участь в цьому і який тип змін генів призводить до більш високого ризику розвитку анорексії. Поки що визначено гени, що пов'язують анорексію з депресією, тривожністю та obsесивно-компульсивним розладом [53]. Виявлено, що певні гени метаболізму пов'язані з спалюванням жиру, фізичною активністю та стійкістю до діабету другого типу, поєднуються з генами, пов'язаними з психічними станами, і ця комбінація, цілком ймовірно, збільшує ризик розвитку анорексії. Хоча ці відкриття насправді є лише краплею у дослідницькому світі, оскільки, ймовірно, є сотні тисяч генів, які беруть участь у розвитку анорексії, так само, як і в розвитку стільки інших захворювань і розладів.

Анорексія, як наслідок, може викликати різноманітні фізичні, психологічні та емоційні порушення. Зрештою, голодування може спричинити серйозні фізичні ускладнення, такі як: аномально-повільний пульс, падіння артеріального тиску, негативні показники в аналізі крові, серцева недостатність, втрата м'язового і кісткового тонусу, зневоднення (в крайньому випадку може призвести до ниркової недостатності), нерегулярна менструація у жінок, зниження тестостерону у чоловіків, відчуття слабкості, втоми, постійне запаморочення або відчуття непритомності, суха шкіра (може набувати жовтуватого відтінку), сухе волосся і випадіння волосся, пухнасте надлишкове оволосіння (росте над шкірою, щоб зберегти тепло).

Психологічні та емоційні проблеми, пов'язані з анорексією, включають в себе: постійну брехню про свої харчові звички, дратівливість, асоціальність,

низький рівень емоційності, нав'язливі думки про вагу і зовнішній вигляд, відчуття невпевності щодо свого вигляду, тривогу і депресію, суїцидальні думки. Нервова анорексія - це серйозний, а іноді і загрозливий стан для фізичного та психічного здоров'я, який потребує правильної діагностики та лікування. Після встановлення діагнозу може бути призначена комбінація психотерапії з медикаментозним лікуванням та консультуванням професійного дієтолога.

У 1979 році Джеральд Рассел описав варіант незвичної анорексії, яку він назвав нервовою булімією. Він запропонував три необхідні діагностичні критерії:

1. Хворі страждають потужними та непереборними внутрішніми закликами до переїдання.
2. Хворі прагнуть вживати «висококалорійну їжу», викликаючи потім блювоту або зловживають ліками чи виснажливими фізичними вправами для «очищення».
3. Загальний хворобливий страх розповніти [31].

Булімія — це розлад харчування, який характеризується епізодами компульсивного переїдання (споживання великої кількості їжі за один прийом) та подальшими прийомами позбавленням від з'їденого. Людина з булімією може з'їсти більше 2000 калорій за один прийом, а потім спеціально викликати блювоту. Це пояснюється відсутністю почуття контролю над поведінкою і супроводжується невідповідними методами у спробах схуднути, такими як блювота, голодування, використання клізми, надмірне вживання проносних та сечогінних засобів або нав'язливі фізичні вправи. Булімія має тенденцію до розвитку в кінці підліткового і на початку юнацького віку. Вражає жінок частіше, ніж чоловіків. Жінки часто використовують приховану поведінку, відчуваючи огиду та сором за скоєне. Люди, що страждають на булімію, зазвичай важать у межах норми для свого віку та зросту. Однак вони можуть побоюватися набору ваги, мають постійне бажання схуднути і можуть відчувати сильну незадоволеність своїм тілом. Точна причина булімії невідома, але дослідження припускають, що поєднання певних рис особистості, емоцій, стилю мислення, а

також біологічних та екологічних чинників - може бути певним тригером. Дослідники також вважають, що таке порушення харчування може розпочатися з незадоволення зовнішністю, надзвичайного занепокоєння розміром та формою тіла. Зазвичай люди, які страждають на булімію, мають низьку самооцінку і бояться набрати зайву вагу. Це також може бути успадкованою формою поведінки.

Симптоми булімії включають: *безконтрольне харчування, блювоту, зловживання проносними або сечогінними засобами в намаганні схуднути, надмірні фізичні вправи, стоматологічні проблеми, біль у горлі, депресія або перепади настрою, набряклість, слабкість, виснаження.* Дослідники не впевнені, що саме викликає булімію, як інші порушення поведінки харчування, і вважають, що порушення харчування можуть статися через поєднання анатомічних властивостей людини та життєвих подій. Ця комбінація включає наявність конкретних генів, анатомії людини, образу тіла та самооцінки, соціальний досвід, історії сімейного здоров'я. В дослідженнях також вивчають незвичну активність у мозку: зміна рівня серотоніну чи інших хімічних речовин. Часті цикли переїдання і «очищення» — є стресом для організму. За даними Національного альянсу з психічних захворювань, серце фізично може не пережити часті вживання проносних засобів або щоденну блювоту. Цей тип стресу може спричинити аритмію, серцебиття, серцеві напади або смерть. Повторна блювота розмиває емаль зубів, що призводить до появи жовтого нальоту, чутливості ротової порожнини та швидкого руйнування зубів. Для жінок булімія іноді є причиною безпліддя. Переїдання може розтягувати шлунок і збільшити кількість їжі, яку людина може спожити, однак людський організм має межу. У виняткових випадках переїдання розриває шлункову оболонку і спричиняє потрапляння шлункової кислоти в іншу частину тіла, часто з летальним результатом. Виникають хронічні, болісні проблеми з шлунком внаслідок булімії. Важливо зазначити, що ознакою булімії є не обов'язково очищення від їжі шляхом блювання, але і постійне намагання «відпрацювати» з'їдені калорії у спортзалі.

Компульсивне переїдання включено до DSM5 і характеризується періодичними епізодами переїдання при відсутності регулярної компенсаторної поведінки, наприклад, блювоти або зловживання проносним засобом. Симптоматика включає в себе вживання їжі, коли фізично особа не відчуває голод, натомість, вживання їжі, коли нудно, самотньо, при депресії чи сильному почутті провини. Комппульсивне переїдання асоціюється з посиленою психопатологією, включаючи депресію та розлади особистості.

Розлад комппульсивного переїдання має глибокі емоційні та фізичні наслідки. Особи з таким розладом відчувають сором, каяття і навіть огиду після своїх «харчових запоїв», але не намагаються позбавитись від з'їденого. Часто ця депресія після переїдання призводить до чергового переїдання, що перетворюється на спіраль безперестанного прийому їжі та відчуття сорому опісля. Переїдання варіюється від помірного надмірного споживання до вживання декілька тисяч калорій за один прийом. Фізично людина може отримати наслідки у вигляді надмірної ваги, а руйнівний раціон харчування може спричинити ожиріння, захворювання серця, високий кров'яний тиск, високий рівень холестерину, діабет та проблеми з опорно-руховим апаратом. Подвійний вплив на психічну і фізичну сферу – робить особу слабкою та нездатною до повноцінного осмисленого життя. Комппульсивне переїдання також дещо відрізняється від харчової залежності тим, що **харчова залежність** може нести фізіологічну залежність від конкретних продуктів, тоді як комппульсивне переїдання є більш нерозбірливим. Причини переїдання є різними і залежать від людини та умов її життя. Деякі люди переїдають від основних психічних захворювань, деякі - від інтенсивного стресу, інші - як спосіб пережити, наприклад, період скорботи, самотності, нудьги [31].

Якщо брати до уваги інші види порушень харчової поведінки, для яких поки що не створено окремої категорії в DSM, варто описати **орторексію** – одержимість правильним харчуванням, яке характеризується обмежувальним харчуванням, ритуалізованими моделями прийому їжі та жорстким уникненням продуктів, які вважаються нездоровими чи калорійними.

Орторексія може призвести до дефіциту в раціоні, хвороб та поганої якості життя в цілому. Незважаючи на свою чітку окреслену поведінку, яку часто спостерігають клініцисти, орторексії приділено дуже мало емпіричної уваги і вона досі формально не визнається психіатричним розладом.

Вперше термін «орторексія» був запропонований Братманом та Найтом у 1997 році для опису людей, які відчувають пристрась до правильного харчування, одержимість обмежувальними дієтами. Орторексичних людей, як правило, турбує якість, на відміну від кількості споживаної їжі, вони витрачають значний час на вивчення походження продуктів та кількості калорій (наприклад, чи були овочі піддані дії пестицидів; чи молочні продукти надходили від корів, чи додавались певні гормони), переробка (наприклад, чи втрачено живильний вміст під час варіння; чи були додані мікро поживні речовини, штучні ароматизатори чи консерванти) та упаковка продуктів, які потім продаються на ринку (наприклад, чи може їжа містити канцерогенні сполуки, отримані з пластику; чи етикетки надають достатньо інформації, щоб судити про якість конкретних інгредієнтів). Фіксація на якості їжі в поєднанні харчової цінності їжі, а також її прийнятної чистоти пояснюється прагненням максимально покращити власне фізичне здоров'я та благополуччя, а не релігійними віруваннями турботою охорону навколишнього середовища чи добробут тварин. Таке захоплення здоровою їжею може викликати особливі складні поведінкові схеми (наприклад, інтерналізовані регулюючі правила, які продукти можна їсти в певний час доби (наприклад, переконуватись, що максимальне засвоєння одного типу їжі відбувається через певний час після прийому іншого типу їжі). Окрім цього, велика кількість часу витрачається на дослідження та каталогізацію їжі, зважування і вимірювання їжі, планування за допомогою спеціальних мобільних додатків. Що стосується наслідків цього екстремального стилю харчування, то орторексичні особи можуть страждати на дефіцит харчових речовин через вилучення цілих груп продуктів харчування, і хоча ґрунтовних емпіричних досліджень ще проведено, є докази того, що такий дієтичний екстремізм може призвести до тих самих ускладнень, які спостерігаються при

важкій анорексії: анемія, проблеми обміну речовин, дефіцит тестостерону, почуття огиди, коли «чистота» або правильність прийому їжі, здавалося б, порушена, і провина та самовідраза, коли такі особи здійснюють так звані «харчові злочини», все це накладається на постійні думки про власну недосконалість та погане здоров'я. Порушення орторексичної дієти можуть викликати прагнення до самопокарання, що проявляється ще більш жорсткою дієтою або очищенням через нібито «очищаючі періоди» утримання від їжі. Більше того, так поведінка може викликати соціальну ізоляцію, оскільки орторексика вважають, що можуть підтримувати здорове харчування перебуваючи наодинці або контролюючи своє оточення, відчують моральну перевагу своїх харчових звичок і не бажають спілкуватись з іншими людьми, які не вміють харчуватись «правильно» [43].

У наші дні велика кількість людей прагне бути здоровими та захоплюються дієтами. Продуктові проходи в супермаркети, забезпечені товаром без глютену та цукру, у великих містах щомісяця з'являються сирі продукти харчування та веганські ресторани. «Такий потяг до здорового харчування може набувати характеру релігійного запалу, в якому певна їжа сприймається гріховною, або благочестивою та винагородженою», - заявляє С. Кронберг, дієтолог та речник Національної Служби Асоціації Розладів Харчування в Америці [54].

Як і всюди, одні люди знають міру, а інші потрапляють у капкан нав'язливості, який починає рушити їх психічне благополуччя. Не кожна історія таких вподобань в харчуванні має щасливий кінець. Дедалі все важче розрізнити з першого погляду людей, які харчуються без негативних наслідків для свого організму та психіки.

1.3. Причини виникнення розладів харчової поведінки у юнацькому віці

Однією з найважливіших особливостей юнацького віку є те, що цей віковий період являється найактивнішим у сфері любові, пошуку роботи та

формування світогляду у порівнянні з будь-яким іншим віковим періодом. Процес формування ідентичності виникає в підлітковому віці, але здебільшого відбувається в юнацькому віці. Це час, коли життя є мало нормативним. Це період частих змін, які охоплюють багато аспектів життя: дім, сім'ю, роботу, школу, соціальну роль. Процес становлення особистості юнацького віку сьогодні різноманітніший і довший, ніж у минулому. Молоді люди потребують більше часу для досягнення економічної та психологічної самостійності, а досвід раннього дорослого життя сильно різниться залежно від статі, раси та етнічної приналежності і соціального класу [29].

В юнацькому віці молодь адаптується і встановлює відчуття статевої ідентичності. Це включає в себе стійке особисте відчуття маскулінності чи жіночності; встановлення цінностей щодо сексуальної поведінки та розвиток навичок у починанні і збереженні романтичних стосунків.

Стурбовані серйозними стосунками і їх потенціальним приведенням до емоційної та фізичної близькості молоді люди відчують значні зміни у здатності мислити. Переходячи від конкретної до абстрактної думки, вони все більше здатні розуміти та аналізувати майбутнє, думати про можливості, продумувати заздалегідь, ставити себе на місце іншої людини. У них розвивається складніше розуміння моральної поведінки та основних принципів справедливості. Вони ставлять під сумнів і оцінюють свої дитячі переконання та перетворюють ці переконання в особисту ідеологію (наприклад, більш особистісно значущі цінності, релігійні погляди та системи переконань для керування рішеннями і поведінкою). Поступово вони беруть на себе очікувані від них ролі, засвоюють навички, необхідні для цих ролей та керуються різноманітними потребами на ринку праці, а також намагаються відповідати очікуванням їх сім'ї, близького оточення, соціуму [54].

Дівчатам юнацького віку бути привабливими важливо для соціального успіху. Це особливо відчувається ними в університеті, де відбувається оцінка один одного і за зовнішнім виглядом. Хоча ідеалізований стандарт жіночої краси вимагає, щоб жінки були худими, чоловіки, як правило, є звільнені від цього

стандарту. Однак культурний тиск на чоловіків і їх відповідності стрункому та м'язовому ідеалу посилюється з 1970-х років, і чоловіки все більше незадоволені своїм тілом та хочуть схуднути або підвищити м'язовий тонус [29].

У 1950 році Пауль Шильдер описав **образ тіла** як *«картину власного тіла, яку ми формуємо в своєму розумі ... (це) спосіб, через який тіло постає перед нами»*. З недавніх пір **термін «образ тіла»** використовувався для пояснення суб'єктивної здатності людини розуміти частину себе, як те, що належить їй і визначати межі власного тіла. **Образ тіла** будується за допомогою самоспостереження, реакцій інших людей і складної взаємодії власних ставлень, емоцій, спогадів, фантазій та досвіду як свідомих, так і несвідомих переживань.

У вітчизняній психології основоположником напрямку, пов'язаного з вивченням впливу тілесності на формування особистості був Л.С. Виготський. Він стверджував, що тіло людини є частиною культурно-детермінованої перспективи. Порушення тілесності виникають тоді, коли відбуваються відхилення особистості від її культурно-історичного шляху, що може призвести до різноманітних психосоматичних розладів [49].

Про вплив оцінки однолітків на ставлення до свого тіла також зазначав Р. Бернс. Хлопці та дівчата юнацького віку особливо чутливі і порівнюють свою зовнішність з зовнішністю оточуючих. Їм важливо знати, наскільки їхнє тіло відповідає заданому стереотипному образу маскулінності та фемінності. При цьому юнацьке розуміння краси частіше всього завищене та нереалістичне [18].

Дослідження, проведене в університеті Гопкінса, вивчало взаємозв'язок між самооцінкою, зображенням тіла та поведінкою дівчат і хлопців першого курсу коледжу. Самооцінка пов'язувалась із невдоволенням образом тіла у дівчат: дівчата постійно демонстрували більш негативний образ тіла, ніж хлопці. Навіть коли і хлопці, і дівчата стабільно навантажували себе фізичними вправами, дівчата все одно мали низьку самооцінку власного тіла. Але присутність спорту, дотримання правильного харчування значно підвищували позитивне сприйняття власного образу і відчуття значущості. Ці результати підтверджують те, що фізична самоцінність суттєво пов'язана із загальною

самооцінкою. Молодим жінкам контроль над тілом допомагав справлятися з негативними думками про себе і дозволяв вважати, що якщо вони контролюватимуть вагу і зовнішній вигляд – це поставить їх вище над іншими людьми. На відміну від цього лише один аспект зображення власного тіла був суттєво корельований із самооцінкою хлопців. Відчуття сорому за своє тіло було тільки в тому питанні, коли зачіпалась їх маскулінність: чи достатня маса тіла, чи «по-чоловічому» вони виглядають [54].

Коли порівнювали хлопців та дівчат, які повідомляли, що вони регулярно займаються фізичними вправами, дівчата демонстрували більш негативний образ тіла і відчуття невідповідності з ідеалом. Крім того, дівчата, які регулярно займалися фізичними вправами, мали менш позитивний імідж тіла, ніж дівчата, які рідко займалися спортом. Цілком можливо, що жінки, які регулярно займаються фізичними вправами, можуть тренуватися в першу чергу, щоб відчувати себе більш привабливими фізично і посилювати свою значущість серед оточуючих. У той час, як хлопці тренуються з прагненням бути фізично привабливими, вони не стикаються з ідеалами худоби, яких повинні дотримуватись дівчата. Для жінок «спортивне відпрацювання» є частиною довгого списку обмежень, які можуть включати дієти, уникання певних продуктів. Часто це сприймається особою, як покарання, певний обов'язок та призводить до неврівноваженої психологічної поведінки [54].

Невдоволення своїм тілом в сучасному світі стало «нормативним невдоволенням» і тісно пов'язане з прагненням до схуднення. Неможливість скинути зайві кілограми може драматично вплинути на загальний настрій та впевненість у собі.

Американськими дослідниками також було вивчено стратегії саморегуляції та суб'єктивне самопочуття студентів, у котрих нещодавно діагностували розлади харчової поведінки та студентів із ризиком виникнення відхилень у харчовій поведінці. Студенти з порушеннями харчування і студенти, які тільки знаходяться на грані між адекватною і хворобливою харчовою поведінкою, повідомляли про велику кількість стратегій для управління своєю

вагою, при цьому їм був властивий низький рівень задоволеності життям. Крім того, опитувані з порушеннями харчування показали велику кількість стратегій саморегуляції: постійний пошук в Інтернеті інформації про зменшення ваги, самоконтроль та ведення щоденників харчування [41].

Це можна і пов'язати із загостреною потребою в особистому контролі та прагненні до перфекціонізму, яке часто призводить до анорексії та булімії. Вважається, що перфекціонізм і харчова поведінка давно йдуть рука об руку. В одному із досліджень були розглянуті типи перфекціонізму та їх зв'язок із неадекватним сприйняттям власного тіла, визначено, чому це поєднання може бути смертельним [59].

У сучасній психології розглядають два типи перфекціонізму: адаптивний і дезадаптивний.

Адаптивний перфекціонізм спонукає людей до досягнення мети, формує прагнення до кращого. Цей тип перфекціонізму не завжди є «поганим». Він є мотивуючим, якщо люди не доводять себе до виснаження, а отримують задоволення від своїх зусиль, знаючи, що вони зробили все можливе.

Дезадаптивний перфекціонізм - це жорстка, непохитна потреба у досягненні цілей, навіть якщо вони нереалістичні. Аби-що менше бажаного результату неприпустимо. **Особи з дезадаптивним перфекціонізмом** схильні до затяжних депресій та інших ментальних порушень.

Дослідники виявили, що серед майже 2000 учасників, які мають найвищий ризик розвитку харчових розладів, отримали показники адаптаційного та дезадаптивного перфекціонізму. **Адаптивний перфекціонізм** відзначається високими стандартами досягнення ідеального образу тіла. **Дезадаптивний перфекціонізм проявляється** як занепокоєння почути критичне судження від оточуючих та страх наробити помилки. Чим далі учасники були від індексу здорової маси тіла (ІМТ), тим більший був розрив між їх поточною вагою та вагою, яку вони поставили собі за мету. Іншими словами, учасники, які були або дуже худими або з зайвою масою тіла, мали нереальні образи ідеального тіла та завиські вимоги в цілому. Крім того, учасники, які бажали зменшити вагу тіла,

мали великий страх помилитися і мали сумніви у будь-чому більше, ніж здорові учасники тест-контролю, у яких не було виявлено порушень харчової поведінки.

Зв'язок між перфекціонізмом та порушеннями харчування є складним. По суті, адаптаційний перфекціонізм учасників (прагнення досягти ідеальної ваги) може перейти в дезадаптивний перфекціонізм в майбутньому, і ускладнитись тим, що слідування ідеалу перенесеться і на інші сфери життя (навчання, робота, стосунки) [59].

Існує чимало причин, чому у осіб юнацького віку розвивається перфекціонізм, який надалі виступає чинником харчових порушень, але найпоширеніший і впливовий чинник – це: сімейні очікування: деякі сім'ї, зосереджують свою увагу на наукових здобутках дитини та її оцінках. Такі батьки все, що є менш ніж досконалим, піддають критиці та намагаються виправити. Коли студенти перебувають в таких умовах, вони ототожнюють свій успіх і власну цінність з ідеалом, що змушує їх завжди прагнути до досконалості. Відчуття того, що отримати менше ніж ідеальний результат - це означає засмутити своїх членів родини та не виправдати їх очікувань, це може призвести до тривоги та депресії у самих студентів. Вони не просто тримаються за надзвичайно високі стандарти в різних сферах життя, а почуваються змушеними доводити, що вони найкращі у всьому. Надалі порушення харчування може бути формою самопокарання. Страждаючи на булімію - карають себе переїданням, очищаючись від їжі через блювоту або зловживання проносним засобом. Ті, хто страждає на анорексію - карають себе створенням дефіциту калорій, а також за допомогою таких методів, як виснажливі фізичні вправи. Вони ніби мають внутрішній голос, що змушує їх до перфекціонізму, який сварить їх за «зайві калорії», за пропуск тренування в спортзалі, за все, що «ідеальна людина» ніколи б не зробила на їх місці.

Особи юнацького віку мають високу тенденцію соромитись свого тіла, страх набрати зайву вагу, бояться бути занадто худими, або занадто товстими. Там, де є сором і тривога, там зазвичай присутній і перфекціонізм. Вони не просто бояться, що не зможуть досягти ідеальної маси тіла, вони бояться невдачі

в соціальних ситуаціях, стосунках, в університеті, на роботі. Цей страх може бути настільки сильним, що призводить до соціальної ізоляції. Страх невдачі тримає їх подалі від соціуму, нових викликів, планів. А суворий контроль і перебування в своїй зоні комфорту дає відчуття спокою, захищеності, правильності і досконалості.

Друга причина перфекціонізму полягає у впливі засобів масової інформації. Спочатку журнали і телебачення були основними видами засобів масової інформації, а останнім часом - Інтернет-ЗМІ та, зокрема, соціальні медіа, які використовують техніку медіа фреймінгу.

Медіа фреймінг висвітлює певні аспекти проблеми та акцентує велику увагу на тому, що є вигідним авторам публікацій. Зображення ЗМІ обрамляють події, обмежуючи аудиторію в інтерпретації подій. Це може відбуватися за допомогою різних текстових особливостей заголовків, аудіовізуальних компонентів, використовуваних метафор та способу розповіді, де називаються лише декілька компонентів історії і опускаються інші. Такі аспекти впливу дослідник Гофман позначив як «Frame Analysis». Він висловив думку про те, що люди інтерпретують те, що відбувається у всьому світі через певні рамки подання інформації [34].

Інтернет та соціальні медіа на своїх площадках представляють постійний потік зображень ідеальних тіл, часто цифрово-модифікованих, щоб створити недосяжний образ фізичної досконалості. Одним із найсильніших засобів впливу Інтернету є форма тиску за допомогою реклами. Аналіз контенту рекламних оголошень на популярних веб-сайтах, орієнтованих на підлітків, виявив, що найбільше представленою є реклама косметичних засобів. Одним з головних застосувань Інтернету, про яке повідомляють підлітки, є отримання інформації щодо дієти та фізичних навантажень. Пошук цього виду інформації призводить до того, що підлітки орієнтуються на вдосконалення фізичної форми. Таким чином, Інтернет є основним джерелом інформації, з якого підлітки беруть інформацію, на основі якої орієнтуються у своїй зовнішності та оцінюють зовнішній вигляд.

Інтернет та соціальні медіа надають безліч можливостей для соціального порівняння. Велика кількість інформації на веб-сайтах присвячена ідеалам зовнішності. Сайти соціальних мереж проводять такі події, як «трансформаційний вівторок», що заохочує користувачів публікувати фотографії «до і після схуднення», часто зосереджені на темі втрати та зменшення ваги. Соціальне порівняння, яке стимулюється в просторі соціальних мереж, зумовлює невдоволення власним тілом та виникнення харчових розладів [42].

Ідеальний образ жінки чи чоловіка сприймається так, як медіа обрамляє його. Наприклад, у 30-х роках працівники «Lucky Strike» розгорнули кампанію по зниженню ваги паралельно з їх рекламою. Вони переконували, що куріння допомагає схуднути і зображували на пачках сигарет струнких та щасливих людей. У 60-ті роки тіло, схоже на Мерлін Монро, вважалось найгарнішим. У 2000-ті – популярні були худі моделі європейських брендів. В сучасний період утворилась загальна екстремальна настанова іншого плану: в моду увійшла позиція любити своє тіло таким, яким воно є і прославляти моделей великого розміру. 30 серпня 2018 року журнал Cosmopolitan випустив свою титульну сторінку з моделлю Тесс Холлідей, яка характеризує себе як «боді-позитивну активістку». Її кампанія в соціальних медіа щодо прийняття свого тіла призвела до 2 мільйонів підписників в Instagram, Facebook та Twitter. Нещодавно Тесс Холлідей написала книгу про те, як бути товстою дівчиною при вазі 300 кілограмів. «Це робить її відомою, але наскільки її позиція допомагає, а не навпаки, шкодить її достатньо молодій аудиторії. Чи не вплине це на появу компульсивного переїдання у молоді?», - таке питання задають критики її активізму. З дитинства ми звикаємо спостерігати за принцесами з фільмів Діснея, які мають ідеальні тіла, бездоганний стиль життя та розкішне королівське весілля. Барбі також була зроблена таким чином, щоб показати вигляд «ідеальної стрункої» дівчини. Однак сучасні настанови стали дещо іншими: медіа фреймінг заохочує молодь до того, щоб сприймати своє тіло таким, яким воно є. Але Інтернет, ЗМІ, соціальні медіа повинні давати обізнаність про здорове тіла, а не

лише про орієнтувати на ідеали краси. Такі різні настанови призводять сприймання реальності людиною як неусталеної та хаотичної.

В проведеному дослідженні у 2019 році було визначено, що дівчата юнацького віку частіше ніж хлопці публікують фотографії людей в Instagram та Snapchat. Дівчата вдвічі частіше, ніж хлопці, розміщували зображення того, що вони їдять. Це свідчить про те, що дівчата приділяють більше уваги зовнішньому вигляду та їжі, ніж хлопці. Дослідження також показують, що підвищена активність, орієнтована на зовнішній вигляд в соціальних медіа (наприклад, коментування фотографій, розміщення фотографій), була пов'язана з більш високим рівнем інтерналізації «худого» ідеалу, прагненням до витонченості та невдоволенням власною вагою. Дівчата із соціальної мережі Snapchat мали такі особливості: споживання малої кількості їжі; пропуски прийомів їжі; слідування суворій дієті, суворі фізичні навантаження, надмірна оцінка себе і порівняння зовнішності інших людей зі своєю. У дівчат з обліковими записами Instagram та Facebook значно підвищені рівні показників з виконання фізичних вправ та пропускання прийомів їжі [60].

За останні роки Instagram взяв до уваги всі скарги психологів, активних користувачів та створив окремий розділ про розлади харчової поведінки в довідковому центрі мережі, де описано, що це таке, як зрозуміти, що у тебе або у твого друга розлад, та надано пояснення, що Instagram буде видаляти та блокувати будь-які зображення або публікації, які так чи інакше погано впливають на психіку інших користувачів.

Звичайно, що розлади харчової поведінки стали поширюватися ще до того, як з'явилися соціальні медіа, але соціальні медіа сприяють гостроті сприйняття проблеми за допомогою націленої реклами та відповідними веб-сайтами, які рекламують нереалістичні ідеали тіла та способу життя.

В реаліях 2020 року в умовах багатомісячного карантину по всьому світу, почали проводити дослідження на тему, як самоізоляція впливає на психічне здоров'я, зокрема на виникнення порушень харчової поведінки. Розлади харчування процвітають тоді, коли людина вразлива, а при невизначеності

людина частіше звертається до стратегій подолання, щоб бути у стані «я в нормі». В умовах пандемії розлади харчування сприймаються як помилкове почуття контролю в світі, що знаходиться поза можливостями контролю. Ті, кому властиві розлади (обмеження, голодування, компульсивне переїдання), забезпечують собі відчуття комфорту та легкості, хоча б на мить. Роздуми про їжу або планування їжі (що купити, що приготувати) відволікають від всього іншого, що відбувається. Зокрема, структурування в прийнятті їжі - це спосіб викликати помилкове відчуття контролю та порядку [56].

Одним із аспектів впливу пандемії на виникнення порушень харчування є той факт, що багато молодих людей говорять про свій страх набрати вагу в карантині. В мережі Instagram навіть є тренд з хештегом «Covid-15», де зібрані серйозні матеріали бодипозитивістів, або жарти фетшеймінгістів на тему того, що всі ми потовстішаємо під час карантину. Наприклад, жінка, яка бореться з анорексією та часто думає про вчинення самогубства, висловлює свій страх отримати «Covid-15» або 15 фунтів зайвої ваги, підкреслюючи важливість щоденних фізичних вправ та жорстких планів прийому їжі протягом ізоляції. Коли люди, особливо молодь, які страждають на порушення харчування, бачать подібні хештеги або безліч історій і публікацій від людей, які займаються фізичними вправами, або бояться набрати вагу під час карантину, їх це підштовхує до скоєння неадекватних вчинків. Обмежена можливість ходьби та закриття спортзалів тільки посилює сором та страх перед набором ваги і викликає думки: «я сьогодні мало рухався, тому пропущу вечерю» або «спортзал закритий, я нікуди не ходжу, тому буду займатись вдома виснажливими фізичними та кардіо-вправами 2 рази на день». Запаси їжі, які купує людина або сім'я, на час карантину, збільшують ризик переїдання у тих, хто має схильність до компульсивного переїдання або булімії. Перебування вдома посилює відчуття соціальної ізоляції, нікчемності і нездатності відволіктись від тривожних думок [33].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Розвиток людини - це фізичні, поведінкові, когнітивні та емоційні зміни протягом усього життя. Кожна людина на певному віковому етапі формує свої ставлення та цінності, які керують її рішеннями в подальшому, стосунками та розумінням навколишнього світу. Кожен етап розвитку формує та завершується певними новоутвореннями у психічних процесах і структурі особистості.

Більшість людей віком від 18 років завершують процес фізичного дозрівання, зазвичай досягаючи повної статури дорослого. **Когнітивний розвиток** виражається у здобуванні освіти, пошуку роботи і відокремлення від батьків, та проявляється у здатності розуміти абстрактні поняття, наслідки власних дій та окресленні особистих кордонів, визначенні довгострокових цілей, самостійному прийнятті рішень. **В емоційному плані** особа юнацького віку чітко виражає співчуття, почуття закоханості, любові, переміщенні уваги від себе до інших, формуванні цінностей вищого етичного порядку.

Харчова поведінка — це складна діяльність, яка є важливою для розвитку та виживання. Харчові звички формуються і простежуються з дитинства до початку дорослого віку. На формування харчової поведінки впливає взаємодія між гомеостатичними механізмами; нейронними системами винагород; руховими, сенсорними та соціально-емоційними факторами. Виховання, соціальний вплив та харчова культура визначають розвиток харчової поведінки.

Кризові моменти викликають розлади харчування, які, в свою чергу, викликають емоційний стрес і психічні та поведінкові проблеми. Розлади харчування серйозно погіршують здоров'я та соціальне функціонування та розвиваються у людей будь-якої статі, віку, раси, етнічної групи та соціально-економічного статусу, частіше діагностуються у жінок і на кінець підліткового - початку юнацького віку. Найпоширенішими типами розладів поведінки харчування є анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія. Незважаючи на те, що симптоми різних розладів відрізняються, є деякі, які повторюються в тому чи іншому розладі: часті зміни показників ваги (в

екстремальну меншу або більшу сторону); обмеження в харчуванні, дієти; переїдання; наявність надмірних фізичних вправ; негативний образ власного тіла.

У осіб юнацького віку, зважаючи на особливості їх життєвого етапу, чинниками виникнення порушень харчової поведінки є: низька самооцінка, незадоволення образом власного тіла, недовіра в міжособистісних стосунках, неузгодженість між поставленими і досягнутими цілями, почуття самотності, відсутність відчуття безпеки, надмірний перфекціонізм, високі вимоги (отримані від близького оточення) та значний вплив соціальних медіа, де зображуються нереалістичні ідеали зовнішності та способу життя.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

2.1. Методики та процедури дослідження

Мета дослідити психологічні особливості харчової поведінки в юнацькому віці, їх розладів та можливих причин реалізована за допомогою методик:

1. Опитувальник «Індекс життєвої задоволеності» (адаптація Н. В. Паніної)
2. Методика «Шкала оцінки харчової поведінки»
3. «Тест на визначення впевненості в собі» Спенсер Рейзаса.

1. Опитувальник «Індекс життєвої задоволеності» (адаптація Н. В. Паніної)

Індекс життєвої задоволеності в адаптаційному варіанті від Н. В. Паніної (ориг. «The measurement of life satisfaction» Neugarten B.L.). Опитувальник використовується для діагностики загального індексу життєвої задоволеності, зацікавленості до життя, оцінки власних дій і досвіду, загального фону настрою та ставлення до себе. Складається з 20 тверджень, які далі розділяються на 5 шкал.

2. Методика «Шкала оцінки харчової поведінки»

Методика «Шкала оцінки харчової поведінки» застосовується для діагностики порушень харчової поведінки. Опитувальник оцінює фактори, які можуть вказувати на розвиток порушень харчової поведінки, а саме: часте занепокоєння щодо ваги, наявність епізодів голодування або переїдання, систематичні спроби схуднути, впевненість в своїй здатності розпізнавання голоду та ситості, рівень перфекціонізму, завищені очікування і заборона допускати помилки, рівень самотності, відчуття небезпеки оточуючого середовища, недовіра.

Методика містить 51 твердження, які є розділеними на 7 субшкал. Ситуативні твердження сформульовані від першої особи, пропонується оцінити за 6-бальною системою частоту своїх дій, думок або почуттів.

3. «Тест на визначення впевненості в собі» Спенсер Рейзаса

Діагностична методика, яка оцінює рівень впевненості в собі. Для людей з 18 років, не передбачає ніяких обмежень щодо професійних, освітніх і соціальних особливостей, складається з 30 тверджень, які описують різні варіанти поведінкових ситуацій. Досліджуваному необхідно вказати ступінь своєї згоди або незгоди з твердженнями.

2.2. Результати дослідження психологічних особливостей харчової поведінки в юнацькому віці

Дослідження проводилось з дотриманням усіх інструкцій, загальна кількість респондентів: 76 осіб, віком від 18 – 25 років.

Опитувальник «Індекс життєвої задоволеності» (адаптація Н. В. Паніної) має такі показники:

- **загальний показник життєвої задоволеності (Рис. 2.1.) :**
 - високий – 12 осіб
 - середній – 26 осіб
 - низький – 38 осіб



Переважає **низький показник життєвої задоволеності**, в якому ступінь ентузіазму майже відсутній, а повсякденне життя здається нічим не примітним.

- **Шкала «Рівень зацікавленості життям та послідовність в досягненні цілей»:**

- високий – 6 осіб
- середній – 44 особи
- низький – 26 осіб

Переважає **середній показник зацікавленості і внутрішнього відчуття послідовності у досягненні своїх цілей**. Низька оцінка за цією шкалою вказує на пасивне ставлення до життєвих невдач та прийняття за належне все, що відбувається з особою. Високі ж показники відображають амбіційність персони, її рішучість, стійкість до можливих невдач, готовність досягти омріяного.

- **Шкала «Узгодженість між поставленими і досягнутими цілями»:**

- високий – 14 осіб
- середній – 38 осіб
- низький – 24 особи

Переважає **середній показник впевненості людини у тому, що досягнуто заплановане**. Відсутня сто відсоткова впевненість у правильності проживання свого життя.

- **Шкала «Позитивна оцінка себе та своїх вчинків»:**

- високий – 14 осіб
- середній – 38 осіб
- низький – 24 особи

Результати пересікаються з результатами попередньої шкали узгодженості між поставленими і досягнутими цілями – **середній показник** виявився у більшості і вказує на характеристики самооцінки людини: емоційна напруга, нездатність бачити свої позитивні сторони, труднощі зі встановленням соціальних стосунків.

- **Показник настрою:**

- високий – 16 осіб
- середній – 40 осіб
- низький – 20 осіб

Середній показник настрою у більшості, тільки підтверджує результати інших шкал, вказуючи на недостатнє відчуття задоволення від життя.

Результати тесту характеризують емоційний стан досліджуваних, труднощі в певних сферах життя, які можуть впливати в подальшому на харчову поведінку або є вже поведінковою відповіддю, де розлад харчової поведінки є тригером виникнення низької самооцінки, негативної оцінки себе та незадоволеності життям (Табл. 2.2.).

Табл. 2.2.

№	Показник	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		Кільк.	%	Кільк.	%	Кільк.	%
1	Зацікавленість життям та послідовність в досягненні цілей	6	8%	44	58%	26	34%

2	Узгодженість між поставленими і досягнутими цілями	14	18%	38	50%	24	32%
3	Позитивна оцінка себе та своїх вчинків	14	18%	38	50%	24	32%
4	Загальний настрій	16	21%	40	53%	20	26%

Методика «Шкала оцінки харчової поведінки» має такі показники:

- **шкала «Прагнення до худой статури»:**

- високий рівень – 35 осіб
- середній рівень – 20 осіб
- без негативних показників – 21 особа

Переважає **високий рівень**, для якого характерне занадто сильне занепокоєння про власне тіло, вагу, рішення схуднути за допомогою дієт, спорту.

Наприклад, на питання «12. Я відчуваю жах від можливості потовстішати»

- кількість відповідей була отримана така (Рис. 2.3.):



Отримані дані можуть отримати наступне пояснення. Ми живемо в суспільстві, де кожен день отримуємо конфліктні суспільні послання: їсти нездорову їжу (велика кількість реклами фаст-фуду), але при цьому бути худим

і вести спортивний образ життя. Знаючи, що людей з ожирінням часто висміюють, дискримінують, що суспільство має певні упередження щодо них – юнаки і дівчата бояться таких наслідків, тому виникає страх розповніти.

На питання «25. Я весь час думаю про схуднення» - респонденти відповіли (Рис. 2.4.):



Багато молодих людей є вмотивованими мати «ідеальну» зовнішність і це призводить до таких крайнощів поведінки, як: максимальне урізання калорій, пропуск прийому їжі, знаходження «ефективних» дієт, планування «швидко-спалювальних» спортивних тренувань.

- **шкала «Булімія»:**

- високий рівень – 24 особи
- середній рівень – 27 особи
- без негативних показників – 25 осіб

Показник з значним переважанням відсутній. У досліджуваних траплялися епізоди переїдання, але опитувані пояснювали це занадто смачною їжею. На постійній основі це не відбувається. Щодо епізодів фізичного очищення (викликання рвоти) відповіді були такі (Рис. 2.5.) :



- **шкала «Незадоволеність образом тіла»:**

- високий рівень – 40 осіб
- середній рівень – 24 особи
- без негативних показників – 12 осіб

Переважає показник **високого рівня**, для якого є характерними негативні відповіді на питання, які мали на меті в'яснити власне ставлення опитуваного щодо форми певних частин тіла (стегна, живіт, сідниці), які часто ними сприймаються або занадто товстими, або занадто худими і непримітними.

- **шкала «Неефективність. Відчуття власної неадекватності»:**

- високий рівень – 20 осіб
- середній рівень – 18 осіб
- без негативних показників – 38 осіб

В даній шкалі оцінюється відчуття самотності і контролю над тим, що відбувається в житті респондента, а також відчуття повної відсутності безпеки.

Переважають відповіді **без негативних показників**. Але, варто зазначити, що достатня кількість є з високими та середніми результатами, що можна пояснити тим, що опитування проводилось під час карантинних заходів. Результати дослідження свідчать, що люди, які змушені жити в умовах

карантину, відзначаються високим рівнем тривоги, депресії, гніву, дратівливості, безсоння та посттравматичних стресових симптомів. Такі дані отримані і іншими дослідниками. Чим довше триває карантин, тим гірший його вплив на психологічне самопочуття [27]. Особливо це є травматичним для молодих людей, які звикли до соціального активного життя, планування і втілення своїх планів та амбіцій. Багато хто працював на неповний робочий день, але з настанням карантину втратили роботу і змушені знову жити з батьками. Незрозуміле становище з дистанційним навчанням, написанням курсових, дипломів також додає відчуття безпорадності і власної неефективності.

- **шкала «Перфекціонізм»:**

- високий рівень – 42 особи
- середній рівень – 18 осіб
- без негативних показників – 16 осіб

Переважають показники **високого рівня**, де неадекватно завищенні очікування стосовно себе, свого тіла, своїх досягнень і нездатність пробачати собі та іншим.

Відповіді на питання пов'язані з перфекціонізмом:



Рис. 2.6. Питання 28 - Коли я щось роблю, я хочу бути кращим за інших



Рис. 2.7. Питання 34 - Мої батьки завжди очікують, що я буду найкращим



Рис. 2.8. Питання 40 - Я думаю, що я повинен робити все ідеально, або взагалі тоді нічого не робити

У нашому суспільстві молодь оцінюється постійно: за допомогою соціальних медіа, шкільних та університетських тестувань, при особистих зустрічах. Тож це супроводжується постійним сортуванням, класифікацією однолітками, викладачами та роботодавцями. Помилки та невдачі прирівнюються до внутрішньої слабкості та недостойності. Така культура посилює відчуття невпевненості, змушуючи молодих людей зосередитися на своїх особистих недоліках. Як результат, деякі молоді люди хронічно розмірковують про те, як вони повинні вести себе, як вони повинні виглядати, намагаючись вдосконалити себе та своє життя в очах інших людей.

- **шкала «Недовіра в соціальних стосунках»:**

- високий рівень – 2 особи
- середній рівень – 46 осіб
- без негативних показників – 26 осіб

Переважає показник **середнього рівня**, і тільки 2 осіб показали повну недовіру і бажання у відчуженні.

- **шкала «Інтероцептивна некомпетентність»:**

- високий рівень – 18 осіб
- середній рівень – 14 осіб
- без негативних показників – 44 особи

Переважають результати без негативних показників, респонденти чітко впевнені щодо відчуття голоду або ситості.

Табл. 2.9.

Загальні результати по методиці «Шкала оцінки харчової поведінки»

№	Показник	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		Кільк.	%	Кільк.	%	Кільк.	%
1	шкала «Прагнення до худі статури»	35	26%	20	28%	21	46%
2	шкала «Булімія»	24	32%	27	35%	25	33%
3	шкала «Незадоволеність образом тіла»	40	53%	24	31%	12	16%
4	шкала «Неефективність. Відчуття власної неадекватності»	20	50%	18	24%	38	26%
5	шкала «Перфекціонізм»	42	55%	18	24%	16	21%
6	шкала «Недовіра в соціальних стосунках»	2	3%	46	60%	28	37%
7	шкала «Інтероцептивна некомпетентність»	18	24%	14	18%	44	58%

Табл. 2.10.

Кореляції за показниками шкал за методикою

«Шкала оцінки харчової поведінки»

Шкала «Прагнення до худой статури»	Шкала «Перфекціонізм»	Висновки
35	42	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) дорівнює 0.45. Зв'язок між досліджуваними ознаками - пряма, тіснота (сила зв'язку за шкалою Чеддока – помітна. Залежність ознак статистично значуща ($p \leq 0,01$))
21	16	
20	18	
Шкала «Незадоволеність образом тіла»	Шкала «Перфекціонізм»	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) дорівнює 0.58. Зв'язок між досліджуваними ознаками - пряма, тіснота (сила зв'язку за шкалою Чеддока – функціональна. Залежність ознак статистично значуща ($p \leq 0,01$))
40	42	
12	16	
24	18	

Перфекціонізм легко сплутати з здоровим бажанням досягати тільки найкращого. Високі стандарти дійсно можуть бути продуктивними та виправданими. Однак перфекціоністи встановлюють для себе такі стандарти, які, як правило, недосяжні. Вони постійно прагнуть до бездоганності, рідко задоволені своєю роботою, навчанням, здобутками, і звинувачують себе, коли щось іде не так, навіть, коли вони не несуть відповідальності. Власна цінність визначається за кількістю зроблених справ, продуктивністю за день, а помилки розцінюються як особиста невдача. Постійний тиск, який вони чинять на себе, щоб завжди досягати високих цілей дарує постійне розчарування і пригнічений настрій. Такі особи часто піддаються жорсткому внутрішньому діалогу, де прагнення до досконалості може додати проблем з фізичним сприйняттям, як наслідок: негативний образ власного тіла і численні порушення в харчовій поведінці.

Табл. 2.11.

Кореляції за показниками шкали «Незадоволеність образом тіла» з методики «Шкала оцінки харчової поведінки» та показниками опитувальника «Індекс життєвої задоволеності» (адаптація Н. В. Паніної)

Шкала «Незадоволеність образом тіла», методика «Шкала оцінки харчової поведінки»	Показники опитувальника «Індекс життєвої задоволеності»	Висновки
38	40	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) дорівнює 0.58. Зв'язок між досліджуваними ознаками - пряма, тісна (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – функціональна. Залежність ознак статистично значуща ($p \leq 0,01$)
24	26	
12	12	

Життєва задоволеність являє собою складне поняття, в яке входить: індивідуальна-суб'єктивна оцінка своїх досягнень, потреб, цілей і того, що вже сталося в житті особи. Задоволення життям означає також задоволення собою, власним зовнішнім виглядом. Якщо ж постійно присутнє страждання і внутрішня критика, це може бути тригером для виникнення проблем з харчуванням та самооцінкою.

«Тест на визначення впевненості в собі» Спенсер Рейзаса, має такі показники (Рис. 2.12.) :



Переважає середній показник впевненості в собі у 34 осіб, далі іде низький показник – 28 осіб. Невпевненість проявляється сумнівами в своїх уміннях, силах при виконанні задуманого, на ґрунті чого виникає боязнь, а в критичних випадках навіть відмова від виконання активних дій. Високий рівень впевненості мають 14 осіб, де 2 з них можуть бути описані як самовпевнені.

Отримані результати можна пояснити тим, що юність часто асоціюється з такими процесами як самоаналіз і самооцінка. Самооцінка проходить шлях порівняння ідеального «Я» з реальним. Але ідеальне «Я» ще не являється надійним і вивіреном, може бути випадковим, а реальне «Я» ще всебічно не оцінено самою особистістю. Це об'єктивне протиріччя в розвитку особистості юної людини може викликати у неї внутрішню невпевненість в собі, яка іноді супроводжується зовнішньою агресивністю, розбещеністю або відчуттям неясності, малозрозумілості. Особистість юнацького віку, аналізуючи власні досягнення у різноманітних видах діяльності, приймаючи до уваги думки інших людей про себе, самостійного аналізу своїх якостей і здібностей формує почуття самоповаги. Самоповага має багато вимірів, включає в себе задоволеність собою, усестороннє прийняття себе, почуття власної гідності, узгодженість ідеального та реального «Я». Для юнацького віку є типовою загальна нестійкість образів «я» і велика кількість негативних думок про себе. Молоді люди схильні

«замикатися» від оточуючих, боятися висловлювати свої почуття перед. Вони ранимі й чутливі до всього, що зачіпає їх самооцінку.

Табл. 2.13.

Кореляції за показниками шкали «Незадоволеність образом тіла» з методики «Шкала оцінки харчової поведінки» та показників тесту на визначення впевненості в собі (за методикою Спенсер Рейзаса)

Шкала «Незадоволеність образом тіла» з методики «Шкала оцінки харчової поведінки»	Показники тесту на визначення впевненості в собі (за методикою Спенсер Рейзаса)	Висновки
40	28	Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) дорівнює 0.41. Зв'язок між досліджуваними ознаками - пряма, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – помітна. Залежність ознак статистично значуща ($p \leq 0,01$).
12	14	
24	34	

Самооцінка особистості юнацького віку безпосередньо пов'язана з думкою оточуючих. Якщо молода людина не відповідає критеріям ідеальності, поширених в соціальних мережах або загальноприйнятим стандартам, вона починає порівнювати себе з іншими та жорсткіше ставитись до себе, намагатися підтягнути себе до вимог і стандартів, що зумовлює хронічну незадоволеність собою і низьку оцінку власних якостей.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

У проведеному дослідженні встановлено у більшості обстеженої вибірки низький рівень життєвої задоволеності, пасивне ставлення до життєвих невдач та прийняття за належне все, що відбувається з особою.

При середньому рівні задоволеності досліджуваним властива впевненість та узгодженість між поставленими і досягнутими цілями; правильність проживання свого життя ставиться під сумнів, присутня емоційна напруга, яка викривляє здатність помічати позитивні аспекти свого життя.

Виявлена пряма залежність між досліджуваними ознаками: незадоволеністю образом тіла і індексом життєвої задоволеності. Задоволеність життям складається з індивідуально-суб'єктивної оцінки особистістю своїх досягнень, потреб, цілей і того, що відбувається навколо. Задоволення життям спонукає до відчуття задоволеності собою та своїм тілом зокрема. Високий рівень незадоволеності образом тіла (40 осіб з 76) і низький рівень життєвої задоволеності 38 осіб з 76) показує, що постійна внутрішня критика, смуток можуть бути причиною виникнення порушень харчової поведінки та низької самооцінки.

Переважаючим типом уявлень про власне тіло є високий рівень занепокоєння про власне тіло, вагу і наявність у житті досліджуваних періодів дієт і важких фізичних навантажень для схуднення. Молоді люди бояться бути критикованими та стати жертвою дискримінації, порівнюють своє життя з «ідеальним» життям людей в соціальних мережах, намагаючись відповідати заданим вимогам.

Дані свідчать про розвинуте відчуття контролю досліджуваних над власним життям та загальною безпекою. В частини досліджуваної вибірки зафіксовано погіршення психічного стану, виникнення тривоги, страху, гніву, дратівливості, безсоння і втрата віри у майбутнє через безпорадність та власну неефективність у контролі свого життя.

Для досліджуваної вибірки є властивим високий рівень перфекціонізму. Молоді люди внаслідок цього сприймають себе занадто критично, вкрай зосередженні на своїх особистих недоліках, постійно розмірковуючи про те, як вдосконалити свою зовнішність, уникнути можливої критики і відповідати «встановленим» вимогам. Прагнення до досконалості є можливою причиною прагнення контролювати себе і своє тіло, що розгортаючи великий простір для виникнення порушень харчової поведінки.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

3.1. Методичні рекомендації для психологічної служби по роботі з особами юнацького віку для запобігання розладів харчової поведінки

Незадоволення зовнішнім виглядом, постійні дієти, виснажливі фізичні вправи для схуднення є поширеними серед студентів та студенток університетів у всьому світі. Студенти-хлопці все частіше схильні до тренування шкідливих для здоров'я звичок, що пов'язані із будовою тіла: надмірне підняття ваги та зловживання стероїдами. Враховуючи ступінь тяжкості та труднощі лікування розладів харчування, їх профілактика є обов'язковим напрямом роботи для психологічної служби в університеті.

В цьому розділі наша мета сформулювати систему запобігання порушень харчової поведінки на основі результатів власного дослідження та досліджень німецьких, американських та англійських психологів, створити та провести психопрофілактичний тренінг і підвести підсумки нашої роботи.

Порушення поведінки харчування важко піддаються корекції та лікуванню, протікають важко, і можуть бути супутнім процесом серйозних психічних розладів. Університет є саме тим середовищем, де студент може бути залученим у різні заходи, в яких за підтримки психологів отримає психологічну допомогу.

Існуючий масив методів профілактики порушень харчової поведінки пов'язаний з методами когнітивно-поведінкової терапії. Автор цього методу Аарон Бек, відомий психіатр, в 1960-х роках продемонстрував, як свідомий розум відіграє важливу роль у визначенні взаємодії людини зі світом. Основний принцип когнітивної поведінкової терапії досить простий: думки мають прямий зв'язок з емоціями та поведінкою. Когнітивно-поведінкова терапія порушень харчового харчування працює з завищеними вимогами особистості, перфекціоністськими стандартами та ідеями контролю. Після розпізнавання та виявлення когнітивних схем (думок) пацієнта, на основі яких можуть

розвинулись порушення харчової поведінки, проводиться терапія, яка орієнтована на поведінкові стратегії ефективного контролю особистості своїх дій, роздратування, емоцій. Досягнутий «самоконтроль» є центральним для результатів і вимагає активної когнітивної участі. Моніторинг відбувається в режимі реального часу у вигляді запису думок, поведінки, емоцій та контексту ситуації, що пов'язані із споживанням їжі. Самоспостереження може забезпечувати безпосереднє усвідомлення пацієнтом неупорядкованих дій та думок. Потім психолог і клієнт переглядають і обговорюють записи в журналі моніторингу. Журнали розглядаються як домашні завдання, а домашні завдання є важливою частиною когнітивної поведінкової терапії. Домашнє завдання містить унікальні для клієнта деталі (поведінкові характеристики), які дозволяють глибоко проаналізувати процес перебігу харчової поведінки людини.

Постійні дискусії між психологом та студентом також є важливими для профілактики. Наприклад, психолог роз'яснює схеми поведінки, обговорює важкі життєві моменти, таким чином підвищується компетентність молодшої особи у власних почуттях [48].

Американський психолог Томас Кеш, розглядає сприймання образу тіла на когнітивно-поведінковій основі, де складовими профілактичної (за вимогою і терапевтичною) роботи є:

1. Інформування для чіткого розуміння проблемних, дезадаптивних когнітивних, емоційних та поведінкових елементів, пов'язаних із викривленим образом тіла.

2. Психологічна освіта в проблемному полі. Пояснення емпіричних досліджень, які стосуються проблем образом тіла (включаючи вплив культурного та історичного контексту) та надання інформації, щодо принципів когнітивно-поведінкової терапії.

3. «Щоденник образу тіла», щоб допомогти особистості самостійно контролювати свій досвід. В щоденник входять записи про: **«Активатори»**

(спричинення подій та ситуацій), **«Переконання»** (думки, припущення та інтерпретації) та **«Наслідки»** (наслідки емоцій та поведінкових реакцій).

4. Тренінги з релаксації з наміром полегшити протікання проблемних переживань.

5. Визначення основних переконань чи припущень щодо зовнішності, розгляд їх впливу на думки, почуття та поведінку самої особистості і її оточуючих.

6. Формування нових раціональних переконань, заміна критичного внутрішнього голосу на приймаючий і прощаючий

Навчання тимчасовому полегшенню шляхом поведінки уникнення, витіснення, раціоналізації насправді слугує погіршенню загального стану і впливає не тільки на ментальне, але і на фізичне самопочуття. Необхідно допомагати розробити стратегії, щоб в подальшому особа могла впоратись із ситуаціями високого ризику або невдачами.

Томас Кеш наголошує на медіаграмотності. Метою медіаграмотності є надання можливості людям застосовувати критичний підхід, коли вони стикаються з медіаконтентом, за допомогою якого вони визначають, аналізують та приміряють на себе нездорові, нереалістичні повідомлення, представлені у ЗМІ.

Дослідження на тему «Програми профілактики негативного образу тіла та розладів харчування в кампусах університету» виявили дидактичні та виховні підходи не є особливо успішними. Натомість, відмічена успішність використання теорії когнітивного дисонансу Леона Фестінгера (1957), яка переконує, що, коли існує невідповідність чи дисонанс між переконаннями та поведінкою людини стосовно здоров'я, психологічний дискомфорт мотивує змінити своє ставлення чи поведінку, щоб зменшити цю невідповідність. Підхід успішно застосовується для впливу на здорову поведінку (наприклад, відмова від куріння). Програми на основі когнітивного дисонансу також можуть бути спрямовані на інтерналізацію ідеалу серед молодих жінок, для зменшення

почуття невдоволеності собою та усунення нездорових харчових патернів поведінки [61].

Підходи, засновані на когнітивному дисонансі, досягли успіху у зменшенні ідеальної інтерналізації, незадоволеності образом тіла, дотриманні дієти та невідповідній харчовій поведінці серед студентів досліджуваного університету. Важливим є те, що результати дослідження дозволяють припустити, що дисонансний підхід був би аналогічно успішним для чоловіків, де заходи були б направлені на зменшення надмірної прихильності до спорту та м'язової статури тіла.

Крім того, є дослідження, які переконують, що арт-терапія може бути ефективною для молодих людей. Методи арт терапії є ефективними, забезпечують можливість вивільнити почуття та емоції, які давно були витіснені або забуті. Арт-терапія є корисною на етапі оцінювання як вірний засіб зібрати основну інформацію про особу. Це також може допомогти, коли особа застрягла в власних думках або не в змозі внести зміни у свою самосвідомість. Малюнки дають можливість висловити свою стурбованість і служать засобом виявлення неприємних почуттів. Під час групових занять арт-терапія створює атмосферу довіри між учасниками. Замість того, щоб критикувати, члени групи обговорюють, які почуття виникають, коли вони дивляться на щось, що створив хтось інший. Учасники вчаться бачити речі з іншої точки зору, а також почувати себе безпечно, виражаючи себе [44].

Існують дані, що вказують на те, що друковані та електронні засоби масової інформації завдають шкоди через встановлення рамок ідеального зовнішнього вигляду, тож програма університетської профілактики може включати в себе і тренінги для розвитку медіаграмотності, які б ґрунтувались на навичках критичної оцінки діяльності засобів масової інформації. Вправи, спрямовані на поліпшення сприймання тіла та проблем з харчуванням, які традиційно проводяться серед дітей і підлітків, показали позитивні результати [61]. Навчання медіаграмотності студентів університету, як правило, передбачає психологічно-освітній підхід та перегляд відео презентацій. Такі презентації

мають бути короткими напочатку та збільшуватися в подальшому, починаючи від одиничного втручання протягом 10–45 хв до 6 год протягом 4-тижневого періоду. Короткі навчальні програми з медіаграмотності навряд чи вплинуть на поведінкові зміни, однак можуть покращити самопочуття студентів.

Також у програму заходів щодо зміцнення здорової самооцінки можуть бути корисними положення теорії Бандури про самоефективність і мотивацію діяльності. Теорія переконує, що для зміни поведінки необхідні власні навички, уявлення та достатній ступінь самоефективності, а також фізичне середовище, що сприяє здоров'ю і надає можливості для позитивного зростання. Програми, які базуються на поліпшенні самооцінки досягають успіху у зниженні загального невдоволення власним тілом і зменшують тягу до обмежуючих дієт та невідповідного харчування. Здійснення програм профілактики розладів з використанням підходу, заснованого на когнітивному дисонансі та підвищенню медіаграмотності, може стати більш успішним, якщо його будуть впроваджувати через Інтернет. Використання Інтернету дозволило б використовувати анонімні онлайн-анкети, учасники можуть поділитися своїми думками на онлайн-дискусійних дошках. Окрім переваг спеціальної програми втручання для зміцнення здоров'я, описаний метод легко застосовуватиметься для широкої аудиторії та є економічно ефективним, що дозволяє більшому колу студентів отримати користь від студентських ініціатив щодо зміцнення здоров'я [61].

В контексті профілактики дослідники розглядають поняття стійкості (resilience), що також може сприяти лікуванню та запобіганню психічних захворювань, оскільки resilience передбачає здатність до психологічної життєздатності, коли виникають ті чи інші життєві труднощі.

Метод resilience може допомогти в управлінні емоціями та поведінкою, створити шляхи для самостійного відновлення та вирівнювання самопочуття, підвищити здатність вирішувати проблеми та почути власні почуття, а також збудувати позитивний образ себе. Програма складається з стратегій розвитку стійкості, де ставиться ціль. Постановка цілей — один з найкращих способів зосередитись на майбутньому та працювати, якщо це потрібно, над

відновленням. Встановити ціль — це також чудовий спосіб визначати потреби та власні бажання. Далі будуються міцні соціальні зв'язки. Маючи сприятливе оточення, можна провести особистість через великі і маленькі труднощі, з якими вона можете зіткнутися під час занять або проходження життєвих труднощів. Тож зрештою людина стає готовою до змін. Зміна — це константа, над якою ніхто не має контролю. Кожен день приносить більше змін і випробовує здатність особистості юнацького віку справлятися з усім, що трапляється на шляху. Зосереджуючись на реальності та приймаючи те, що їй було дано, особа юнацького віку зможе ставити цілі та працювати над своєю власною ідеєю повноцінного і щасливого існування. Такий спосіб мислення доповнить особисте зростання на шляху до дорослості [39].

У той час як університети забезпечують чудову можливість для навчання та створення позитивних соціальних зв'язків, також потрібно враховувати важливу роль сім'ї. Велика кількість книг про дієти та про іншу потенційно шкідливу інформацію доступна батькам і викликає їх занепокоєння. Таким чином, німецький науковець почав писати книгу «Як я можу допомогти дитині мати позитивний образ тіла та здорову вагу?» [52]. В цій книзі визначені чотири основні положення для батьків:

1. Моделюйте здорову поведінку для своїх дітей (наприклад, їжте шматок пирога, а не весь торт, і висловлюйте задоволення, а не почуття провини);
2. Забезпечте доброзичливе навколишнє середовище (наприклад, сімейні обіди та вечери);
3. Менше зосереджуйтеся на вазі, а більше на поведінці та загальному стані здоров'я;
4. Забезпечте сприятливе середовище для двосторонньої комунікації «батьки-дитина».

Загальна ідея книги: «говоріть менше, робіть більше», тобто батьки повинні менше говорити про вагу та більше моделювати поведінку, яку вони хочуть, щоб їх діти наслідували. Хоча батьки відіграють вирішальну роль у розвитку дітей психологічна робота з батьками теж повинна відбуватись. Одне

завдання — досягти розуміння батьками цієї проблеми. Інше – правильне донесення батьками повідомлення до дитини, щоб уникнути будь-якого звинувачення. Це має вирішальне значення, враховуючи провину, яку можуть відчуті і діти, і батьки дітей з порушеннями харчової поведінки, враховуючи схильність суспільства до звинувачення. Автор чітко стверджує, що сім'ї не повинні бути звинувачені у виникненні харчових порушень у членів сім'ї. Батьки є важливою частиною головоломки і можуть допомогти у профілактиці, ранньому виявленні та успішному лікуванні своїх дітей. Однак сім'ї діють в рамках більш широких систем, включаючи індивідуальні позиції, друзів, школи, університети, громади, суспільні цінності. Тому, хоча батьки можуть знизити ризик розвитку харчових розладів у своїх дітей, є і інші фактори, і навіть, якщо батьки роблять «все правильно», порушення може виникнути. Психологам варто подумати над питаннями: як вони можуть працювати з батьками, щоб надати їм інструменти, необхідні для зменшення ризику розвитку харчових розладів у їхніх дітей, зменшуючи при цьому будь-яке відчуття провини, яке може виникнути з обох сторін. Варто пропонувати спільну психологічну роботу з батьками, навіть якщо їхня дитина вже повнолітній студент. Для профілактики необхідно організовувати в університеті регулярні заняття з релаксації та йоги. Це допоможе студентам краще відчувати себе, своє тіло, а також мати можливість заводити нові знайомства і спілкуватись з однодумцями, що буде позитивно впливати на загальний стан і настрій [52].

Підходи до змін особистого ставлення та підвищення медіаграмотності підсилюють спроможність впоратись молодій людині з викликами життя і підвищують загальний рівень задоволеності. Мета психологічної служби університету бути в сучасному контексті і порушувати актуальні проблеми спільнот, з якими вони планують працювати. Шляхом аналізу медіа просторів, діагностичних методик зі студентами, і тільки на цій основі проводити заняття націлені на профілактику порушень харчової поведінки, і водночас на стабільне підтримання емоціонального рівня студентів.

3.2. Тренінгова програма запобігання порушень харчової поведінки

Результати дослідження, в якому приймало участь 76 осіб юнацького віку (18-25 років), показало, що серед них переважає низький показник життєвої задоволеності, середні показники впевненості та узгодженості між поставленими і досягнутими цілями: присутня емоційна напруга, яка викривляє здатність помічати позитивні аспекти свого життя. Виявилась пряма залежність між досліджуваними ознаками: незадоволеність образом тіла і індекс життєвої задоволеності. Високий рівень перфекціонізму властивий більшості досліджуваних. Молоді люди ствердно відповідали, що їм важливо бути кращим за інших, оскільки батьки очікують від них тільки найкращих досягнень. Помилки та невдачі сприймаються критично, молоді люди зосереджені на своїх особистих недоліках, постійно розмірковують про те, як вдосконалити свою зовнішність, що ще зробити для того, щоб уникнути можливої критики і відповідати «встановленим» вимогам, де прагнення до досконалості призводить до постійного контролю себе і свого тіла. Самооцінка досліджуваних юнацького віку виявила безпосередній зв'язок з думкою оточуючих їх людей. Якщо у особи є розуміння, що вона не відповідає критеріям ідеальності, поширених в соціальних мережах або загальноприйнятим стандартам, вона починає порівнювати себе з іншими, жорсткіше ставитись до себе, намагатись дійти до бажаного рівня досконалості.

Одними із компонентів психопрофілактичної програми ми розглядаємо тренінги емоційної гармонізації, які базуються на принципах активізації, ресоціалізації та особистісної центрованості, з врахуванням основних психологічних особливостей розвитку особистості в юнацькому віці.

Нами було проведено дводенний тренінг соціально-психологічних навичок для запобігання порушень харчової поведінки. Головними темами тренінгу ми обрали: перфекціонізм (як постійне порівнювання себе з іншими і

бажання бути найкращим) і соціальні мережі (як платформа викривленої реальності, ресурс для виникнення порушень харчової поведінки).

Тренінг проводився на території Відземського університету прикладних наук, місто Валмієра, Латвія. Тренінг виступив частиною навчання і оцінювався викладачами курсу. 12 учасників були віком від 20-23 років. Перед початком тренінгу була проведена швидка психодіагностика на визначення індексу життєвої задоволеності. По завершенні тренінгу діагностика була проведена повторно, щоб побачити вплив тренінгових вправ та активної соціальної взаємодії на емоційне сприймання себе.

Тренінг відбувався два дні по дві години.

Перший день був присвячений процедурі експрес-діагностики та темі «Перфекціонізм — ідеальний шлях до неідеального психічного стану». Метою було теоретично пояснити, де проходить межа між здоровим і невротичним прагненням до досконалості та на практичному досвіді ознайомитись з механізмами бажання робити все якнайкраще. **Другий день тренінгу** був присвячений медіаграмотності. Учасникам пропонувалось замислитись над тим, що вони бачать в соціальних мережах і як це впливає на їх самопочуття. Назва «Що зі мною не так? Невже дійсно всі такі щасливі і гарні?» Мета розібратися, чи користувачі популярних соціальних мереж публікують правдиву інформацію про себе, чому змінюють особисті фотографії в максимально-привабливу сторону і як це може вплинути на прийняття себе та свого тіла.

План-схема тренінгової програми першого дня

Табл. 3.1.

Діяльність	Ціль	Опис вправ, інструкція	Матеріали
Вступна частина			
«Перфекціонізм - ідеальний шлях до неідеального психічного стану»			

Знайомство; очікування учасників; експрес- психодіагностика	Знайомство, вияснити очікування, вияснити індекс життєвої задоволеності учасників	Проведення психодіагностики. Учасник виходить, називає своє ім'я і прикріплює стікер зі своїми очікуваннями від тренінгу на фліпчарт.	Матеріали для проходження методики. Фліпчарт, ручки, стікери.
Основна частина			
Теорія Що таке перфекціонізм (типи та прояви)	Вступ до основної частини		
Звідки з'являється прагнення до ідеалу	Вправа на з'ясування особистих причин перфекціонізму	Вправа «Як сформувався мій перфекціонізм». Дозволяє учасникам усвідомити звідки сформувався перфекціонізм, відокремити своє уявлення про світ від того, що їм нав'язало оточення, зустрітися зі своїми проєкціями, де уявлення про світ може виявитись не власним, а сформованим іншими людьми. Хід вправи: Написати на аркуші фразу «Ідеальний я повинен...», дописати це речення 15 раз. А далі поруч написати, хто сказав, що він\вона повинен таким бути. Далі обговорення, чи дійсно зі всіма	Аркуші, ручки.

		пунктами кожен згодний змиритися і виконувати їх заради досягнення ідеалу.	
Теорія Причини перфекціонізму. + Вправа	Пояснити причини виникнення та здійснити вправу на прийняття помилок як засіб отримання нового життєвого досвіду.	<p>1. Об'єднати групи по 4 або 5 учасників.</p> <p>2. Доручити скласти аркуші паперу навпіл вертикально, створивши два стовпчики. У верхній частині лівої колонки написати «невдачі». Нижче написати список своїх невдач в університеті або в житті.</p> <p>3. У верхній частині правої колонки написати слово «мудрість». У цьому стовпчику написати будь-яку цінну мудрість, яку вони засвоїли у кожному випадку зі своїх невдач. Далі прочитування один-одному своєї «мудрості».</p> <p>4. Доручити розірвати папери навпіл уздовж складки. В одній руці залишаються невдачі, в іншій – мудрість. Нехай група обере, що вони залишають, а що викидають у смітник (1. І те, і інше зберігають</p>	Аркуші та ручка. Смітник.

		2. Викинути тільки невдачі 3. Викинути тільки мудрість 4. Викинути і те, і інше). Обговорити, який вибір був зроблений і чому.	
Теорія Пефекціоністи та Оптималісти	Навчити розрізняти позитивний (адаптивний) і негативний (дезадаптивний невротичний) перфекціонізм		
Кофі-брейк			
Теорія Вплив перфекціонізму на психічне здоров'я + Вправа	Пояснити негативний вплив на психічний стан та здійснити вправу на прийняття свого тіла.	Вправа «Написати лист своєму тілу і написати лист-відповідь від імені тіла» Писати все, що заманеться. Проаналізувати написане з точки зору перфекціонізму, бажання досягти нереальних цілей і який вплив цього на психічний стан.	Аркуші, ручка
Теорія Корисні посилання. Вправа на рефлексію	Підвести підсумки дня	Вправа з картками МАК – кожен вибирає з розкладених карток ту, яка відповідає його отриманому досвіду за цей день.	Картки МАК

План схема тренінгової програми другого дня

Табл. 3.2.

Діяльність	Ціль	Опис вправ, інструкція	Матеріали
Вступна частина			
Вправа на розігрів	Налаштувати учасників на тренінг	Вправа з картками МАК – витягнути картку наосліп і відповісти на питання «Що для мене соцмережі?»	Картки МАК
Основна частина «Що зі мною не так? Невже дійсно всі такі щасливі і гарні?»			
Теорія Медіа – фейковий конструктор реальності	Пояснити: хто створює медіа-продукт. Яке його призначення. Які проблемні ідеї про тіло можуть бути сформовані в соцмережах.		
Теорія Ідеологія зовнішності в медіа + Вправа	Обговорити, які форми тіла оцінюються більш позитивно чи негативно, ніж інші і вияснити основні стереотипи зовнішнього вигляду в соціальних мережах.	Вправа «Намалювати типову жінку і типового чоловіка за версією Інстаграм або Фейсбук».	Аркуші, олівці.
Кофі-брейк			
Теорія	Обговорити зміст соціальної	Вправа. Наосліп учасник витягує	Підготовлені листочки.

Техніки впливу в Інстаграмі (позування, об'єктивізація жіночності, фільтрація зовнішності, виставляння тільки позитивних постів) + Вправа	мережі Інстаграм та за допомогою вправи відчутти психологічний вплив такого контенту.	листок, де написано, яке селфі треба зробити. Дається час, далі презентація і обговорення.	
Аналіз власного контенту в Інстаграмі.		Вправа Знаходження «власної» публікації в соціальній мережі, яка може негативно вплинути на аудиторію (за бажанням і власною готовністю: знайти таку публікацію і тут же виправити її самотужки або разом з іншими учасниками)	
Закриття тренінгової програми. Підсумки. Рефлексія. Проведення повторної психодіагностики.			

Після проведення тренінгових занять ми повторно заміряли показники по групі та виявили зміни у загальному індексі життєвої задоволеності. Емоційна підтримка була надана і таким чином, змінився фон настрою у учасників:

Табл. 3.3.

	Низький	Середній	Високий
До	51%	34%	15%
Після	33%	45%	22%

Важливо зазначити, що це був передекзаменаційний період і дні після новорічних свят, учасники відчували певну втому і, можливо, тривожність. Але, в цілому, тренінг сприймався учасниками активно, вправи виконували з великою цікавістю. Особливо активно рефлексія відбувалася під кінець другого дня. Свою зацікавленість студенти пов'язували з темою соціальних мереж і спеціальними завданнями (знімати селфі, обговорювати актуальні теми публікацій в соцмережах та їх вплив на психіку).

Зі сторони проведення тренінгу не було суттєвих труднощів. Викладачі Відземського університету, які були присутні під час проведення, відзначили тренінг як високо професійну підготовлену роботу, рекомендують включити тренінг в психопрофілактичну програму запобігання порушень харчової поведінки та інших профілактичних програм для людей юнацького віку.

1.1. Ключові перспективи розробки теми

В процесі проведеного дослідження харчової поведінки у осіб юнацького віку, ми дійшли висновку, що важливим стане охоплення онтогенезу харчової поведінки. Хоча накопичено достатньо знань про особливості розвитку порушень харчової поведінки особистості на різних етапах психічного розвитку, варто звернути увагу на необхідність оновлення досліджень та отримання результатів в сучасному контексті. Домінування в полі досліджень проблеми західних дослідників, попри їх актуальність, сучасність і ґрунтовність, гостро постає проблема встановлення культурних відмінностей, зокрема в контексті української культури, яка має свої колоритні та значущі ознаки.

Досвід досліджень в різних країнах переконує наскільки важливими є діяльність організованої психологічної служби, яка постійно моніторить нові знання та переглядає свої підходи. Світ швидко змінюється, з'являються нові соціальні та психологічні виклики. Велика кількість матеріалу, який використовується у вітчизняному контексті потребує оновлення та власного контенту.

Проведене дослідження переконує, що в подальшому варто досліджувати гендерні відмінності і додати в дослідження метод інтерв'ю, за допомогою якого учасники могли б більш докладно відповідати на питання. Доцільним буде заглиблення в проблему соціальних мереж і визначення, який вплив вони мають на особистість та її харчову поведінку.

На державному рівні доцільно розвивати та покращувати психологічну службу в університетах. Мова йде не тільки про моніторинг психологічного стану студентів, а і про розгортання дослідницької та практичної діяльності. Широкий масив досліджень дозволить зібрати актуальні емпіричні дані та на їх основі розробляти програми профілактики і емоційної підтримки студентів. Для забезпечення ефективності робота психологічної служби має здійснюватися в єдності з освітнім процесом. Робота має реалізовуватись у формах індивідуальної та групової взаємодії. Досить актуальним є впровадження довгострокових тренінгових програм. Причому необхідно працювати не тільки з окремими аспектами психічної сфери як мотивація, а розглядати студента як цілісну особистість та працювати в напрямку розвитку самоактуалізації. Реалізація таких програм зменшить тривожність та підніме мотивацію студентів до більш продуктивного і усвідомленого життя. Психологія має не лякати молоду людину і не бути занадто теоретичною, знаходячи теми, за допомогою психодіагностики або інтерв'ювання, які можуть зацікавити молодь – і вже від цього відштовхуватись та впроваджувати практично цінні для них заняття з психологічної профілактики.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Проведена нами робота переконує, що когнітивно-поведінкова терапія є провідною точкою опори для психопрофілактики або терапії осіб з порушеннями харчової поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія передбачає різноманітні методики, спрямована на те, щоб допомагати зрозуміти взаємодію між власними думками, почуттями та поведінкою та на цій основі розробити стратегію заміни дисфункціональних і поведінки на оптимальні варіанти. Когнітивно-поведінкова профілактика орієнтована на досягнення здорових поведінкових стратегій, встановлення адекватних схем прийому їжі та систематичного роз'яснення когнітивних аспектів виникнення порушень, таких як мотивація до позитивних змін та корекція дисфункціональних думок щодо себе. В процесі роботи психолог ставить під сумнів попередні негативні схеми і сприяє усвідомленню можливого їх зв'язку з порушеннями харчової поведінки.

Когнітивна поведінкова терапія має на меті запобігати посиленню або виникненню факторів виникнення порушень.

Програма розроблена в дослідженні орієнтована на особливості юнацького віку, на їх інтереси і спосіб життя та запропонована університетській психологічній службі. Програма включає індивідуальні консультації та групові заняття. Заняття були насичені діагностикою і постійним роз'ясненням актуальних напрямків соціальної взаємодії та особливостей харчової поведінки студентів. Програма була орієнтована на взаємодію в соціальних мережах та їх вплив на психоемоційний стан та поведінку осіб юнацького віку. В програму включені заняття з медіаграмотності.

Дводенний тренінг як варіант психопрофілактичної програми містив заняття на тему прикрашеної інформації в соціальних мережах і прийняття себе та своїх недоліків.

В проведеному тренінгу досягнуто наступні завдання: теоретичне роз'яснення студентам психологічного впливу медіаконтенту, практичне

освоєння отриманих знань, оптимізація емоційного стану та сприяння впевненості в собі.

Реалізована програма ставить необхідність розробки різноманітних цільових програм профілактики порушень харчової поведінки з більш прогнозованою функціональністю та результативністю.

ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні було виявлено закономірності та механізми формування харчової поведінки в юнацькому віці, розкрито причини розладів харчової поведінки в юнацькому віці та розроблено тренінгову програму психопрофілактики порушень харчової поведінки в юнацькому віці. Завдання, які були поставлені на початку дослідження, виконані, а саме:

1. Здійснено теоретичний аналіз психологічних особливостей юнацького віку.

Юність – це віковий період, коли відбувається дорослішання людини, перехід з дитинства у доросле життя. Головними новоутвореннями юності є: відкриття індивідумом свого внутрішнього світу і зростання потреби у досягненні духовної і фізичної близькості з іншою бажаною для неї людиною. Завершується процес фізичного дозрівання, зазвичай досягаючи повної статури дорослого. Когнітивний розвиток відбувається через призму здобування освіти, пошуку роботи і відокремлення від батьків, повністю розуміються абстрактні поняття, наслідки власних дій та окреслення особистих кордонів, визначаються довгострокові цілі, рішення приймаються самостійно, розвиваються нові навички, «дорослі» хобі та інтереси. Чітко виражається співчуття, почуття закоханості, любові. Юна особа переміщує акцент з себе на того, хто поруч. Наповнює високими цінностями особисте життя та встановлює внутрішній образ своєї зовнішності.

У осіб юнацького віку, зважаючи на особливості їх життєвого етапу, чинниками виникнення порушень харчової поведінки є: низька самооцінка, незадоволення образом власного тіла, недовіра в міжособистісних стосунках, неузгодженість між поставленими і досягнутими цілями, почуття самотності, відсутність відчуття безпеки, надмірний перфекціонізм, високі вимоги отримані від близького оточення та значний вплив соціальних медіа, в яких презентовані нереалістичні ідеали зовнішності та способу життя.

2. Проведено дослідження психологічних особливостей харчової поведінки осіб юнацького віку.

Для перевірки гіпотези, поставленої на початку дослідження була визначена відповідна методологічна база. Нами розроблено процесуальний поетапний план емпіричного дослідження з урахуванням особливостей теми та вікової категорії учасників дослідження. Була сформована вибірка учасників, проаналізовано психологічні особливості досліджуваних, створено психологічний портрет сформованої вибірки, визначено ключові описові параметри. Відповідно до поставленої мети дослідження підібрано психодіагностичний інструментарій і отримано такі результати:

А. У досліджуваних юнацького віку переважає низький показник життєвої задоволеності, в якому ступінь ентузіазму майже відсутній, середній показник зацікавленості і внутрішнього відчуття послідовності у досягненні своїх цілей. Отримані результати вказують на пасивне ставлення до життєвих невдач та не прийняття відповідальності за все, що відбувається з особою.

Б. Переважання середніх показників впевненості та узгодженості між поставленими і досягнутими цілями. Досліджуваними ставиться під сумнів правильність проживання свого життя, властива емоційна напруженість, слабка здатність помічати позитивні аспекти власного життя, недостатнє відчуття задоволеності життям.

В. Виявлена пряма залежність між досліджуваними ознаками: незадоволеність образом тіла і індексом життєвої задоволеності. Задоволеність життям складається з індивідуально-суб'єктивної оцінки особистістю своїх досягнень, потреб, цілей і того, що відбувається навколо. Задоволення життям спонукає до відчуття задоволеності собою, та своїм тілом зокрема. Високий рівень незадоволеності тілом і низький рівень життєвої задоволеності показує, що постійна внутрішня критика, смуток – може бути причиною виникнення порушень харчової поведінки та низької самооцінки.

Г.. Переважання високого рівня занепокоєності про власне тіло, вагу, наявність у житті респондентів періодів дієт і частих фізичних навантажень для

схуднення. Значна кількість опитуваних має постійний страх потовстішати, що є відповідною реакцією на реалії настанов сьогодення: бути худим – означає бути успішним і «вписаним» у соціум. Молоді люди бояться отримати критику, бути жертвою дискримінації – тому живуть під власним і суспільним тиском, урізаючи калорії, порівнюючи своє життя з «ідеальним» життям людей в соціальних мережах, намагаючись відповідати, презентованим їм вимогам та ідеалам.

Д. Високий рівень перфекціонізму властивий більшості досліджуваних. Молоді люди ствердно відповідали, що їм важливо бути кращим за інших, що батьки очікують від них тільки найкращих досягнень, і з цього випливає наступна часта відповідь, що «я повинен робити або все ідеально, або взагалі ніяк». Самооцінка опитуваних юнацького віку має безпосередній зв'язок з думкою оточуючих їх людей. Якщо ж опитувані розуміють, що не відповідають критеріям ідеальності з соціальних мереж або загальноприйнятих стандартів – починається порівняння себе з іншими, ставлення до себе стає жорсткішим, постійна незадоволеність собою і низька самооцінка. Молоді люди вкрай зосереджені на своїх особистих недоліках, постійно розмірковуючи про те, як вдосконалити себе, одержимі прагненням до досконалості, що орієнтує їх на те, щоб контролювати себе і своє тіло, що тим самим розгортає великий простір можливостей, для виникнення порушень харчової поведінки.

В. Показники незадоволеності образом тіла позитивно прямо корелюють з високими показниками перфекціонізму, низькою самооцінкою та низьким індексом життєвої задоволеності.

3. Розроблено тренінгову профілактичну програму запобігання порушенням харчової поведінки.

В реалізованому тренінгу досягаються наступні завдання: ознайомлення з психологічною стороною впливу медіаконтенту, практичне оволодіння засвоєними знаннями, оптимізація емоційного стану та розвиток впевненості в собі. Розробка тренінгової програми здійснювалась на основі отриманих результатів дослідження. В дослідженні отримано докази ефективності

впровадження розробленої програми та визначено комплексні рекомендації щодо впровадження тренінгових програм профілактики порушень харчової поведінки.

Подальші перспективи дослідження полягають у вивченні гендерних відмінностей харчової поведінки та розробці різноманітних психопрофілактичних програм запобігання порушень харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. “Запитай у лікаря про здорове харчування”: на найпоширеніші запитання відповів фахівець Олег Швець [Електронний ресурс] // МОЗ. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/article/health/zapitaj-u-likarja-pro-zdorove-harchuvannja-na-najposhirenishi-zapitannja-vidpoviv-fahivec-oleg-shvec>.
2. Артюшенко В. Українську молодь найбільше турбує проблема гідного заробітку [Електронний ресурс] / Василь Артюшенко // dt.ua. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://dt.ua/UKRAINE/ukrayinsku-molod-naybilshe-turbuye-problema-gidnogo-zarobitku-261547_.html.
3. Бабаева А.В. Формирование «социального тела» в европей- ской культуре / А. В. Бабаева// Социальная аналитика рит- ма: Сб. матер, конф. – СПб.: Санкт- Петербургское философ- ское общество, 2001.
4. Баранская Л. Т. Образ тела как предиктор нарушения адаптации молодежи в социальной среде / Л. Т. Баранская, С. С. Татаурова // Молодое поколение XXI века : Актуальные проблемы социально-психологического здоровья. – М. : ИГРА, 2009. – С. 301-302.
5. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Роберт Бернс; пер. с англ. – М. : Прогресс, 1986. – 421 с.
6. Бескова Д. А. Одежда как специфический аспект телесности / Д. А. Бескова // Философские исследования. – 2004. – No 1(34). – С. 30-33
7. Бирюкова И. А. Аутентичное движение и мудрость тела / И. А. Бирюкова // Серия : Золотой фонд психотерапии. – М. : Изд. Института психотерапии, 2004. – 28 с.
8. Вахмистров А.В. Нарушения пищевого поведения при це- ребральном ожирении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.В. Вахмистров. – СПб., 2006. – 24 с.
9. Вознесенская Т. Г. Клинико-психологический анализ на- рушений пищевого поведения при ожирении / Т. Г. Возне- сенская, А. В. Вахмистров //Журнал неврологии и психиа- трии. – 2001. – No12. – С.19-24.

10. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция/ Т. Г. Вознесенская // Фармак, 2009. – № 12. – С 91-94.
11. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при ожирении и их коррекция/ Т. Г. Вознесенская // Ожирение. Под. ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: МИА, 2004. – С.34-71.
12. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти / Тетяна Ільницька. // ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс». – 2018. – №4. – С. 6–7.
13. Клиническое руководство по психическим расстройствам/ под ред. Дэвида Барлоу. – [3-е изд.]. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
14. Малкина-Пых И. Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. На- всегда / И. Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2012.
15. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособ / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001.
16. Менше куріння, більше алкоголю. ЮНІСЕФ опублікувало велике дослідження про залежності українських підлітків [Електронний ресурс] // nv.ua. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/menshe-kurinnya-bilshe-alkogolyu-yunisef-opublikovalo-velike-doslidzhennya-pro-zalezhnosti-ukrajinskih-pidlitkiv-50047202.html>.
17. Скрипченко О. В. Вікова та педагогічна психологія / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К.: Просвіта, 2001. – 416 с.
18. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии/Под ред. А. Р. Лурия, М. Г. Ярошевского.— М.: Педагогика, 1982.— 488 с , ил. (Акад. пед. наук СССР).
19. Физиология человека: [учебная литература для студентов медицинских вузов]/ под ред. В. М. Покровского, Г. Ф. Коротько. – [2-е изд.]. – М.: Медицина, 2003. – 656 с.
20. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин. – СПб.: Питер, 2003.

- 21.Фукс К. Нервова анорексія: ти те, що ти (не) їси [Електронний ресурс] / Ксенія Фукс // Тиждень.юа. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://m.tyzhden.ua/publication/238354>.
- 22.Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / А. В. Толстых (общ. ред. и предисл.), А. Д. Андреева (пер.). - М.: Изд. группа «Прогресс», 1996. - 344 с.
- 23.Alsaker, F. & Flammer, A. Pubertal maturation. In Jackson, S. & Goosens, L. (2006). (Eds) Handbook of adolescent development. Hove: Psychology Press Ltd
- 24.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p. — ISBN 978-0-89042-554-1. — ISBN 978-0-89042-555-8. — ISBN 0-89042-554-X. — doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- 25.Arnett, J.J. Emerging Adulthood. American Psychologist, 55 (5), 2000. 496-480.
- 26.Arnett, J.J., Kloep, M., Hendry, L.B., & Tanner, J. L. Debating emerging adulthood: Stage or process? 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 27.Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. 2020. The Lancet.doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8
- 28.Coleman, J. & Hagel, A. (Eds). Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2007.
- 29.Developmental Tasks and Attributes of Late Adolescence/Young Adulthood (Ages 18 – 24 years) [Електронний ресурс] // State Adolescent Health Resource Center. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.amchp.org/programsandtopics/AdolescentHealth/projects/Documents/SAHRC%20AYADevelopment%20LateAdolescentYoungAdulthood.pdf>.
- 30.Elkind, D., & Bowen, R. Imaginary audience behaviour in children and adolescents. Developmental Psychology, 1979. 15, 38-44.
- 31.Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. The clinical features of bulimia nervosa. The British Journal of Psychiatry, 144(3), 1984. 238–246. doi:10.1192/bjp.144.3.238

32. Fergusson, D., & Horwood, L. Resilience to childhood adversity: results of a 21 year study. In Luthar, S. 2003. (Ed.) Resilience and vulnerability. Cambridge: Cambridge University Press.
33. For Many People with Eating Disorders, Quarantine Is an Unexpected Trigger [Электронный ресурс] // InStyle. – 2020. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.instyle.com/beauty/health-fitness/coronavirus-eating-disorders>.
34. Goffman, Erving. Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience. 1974. London: Harper and Row.
35. Hall, G. S. Adolescence. In Savage, J. 2007. Teenage: The creation of youth 1875-1945. London: Chatto and Windus.
36. Hendry, L. B. & Kloep, M. How universal is emerging adulthood? Journal of Youth Studies, 2010. 13 (2), 169-179.
37. Herman, C. P., & Polivy, J. The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications (p. 492–508). 2004. The Guilford Press.
38. Jackson, S. & Goosens, L. (Eds) Handbook of adolescent development. 2006. Hove: Psychology Press Ltd.
39. Kane, C., Tomotake, M., Hamatani, S., Chiba, S., Kameoka, N., Watanabe, S., Nakataki, M., Numata, S., & Ohmori, T. Clinical factors influencing resilience in patients with anorexia nervosa. Neuropsychiatric disease and treatment, 2019. 15, 391–395. <https://doi.org/10.2147/NDT.S190725>
40. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archive of General Psychiatry, 62, 2005. 593-602.
41. Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. College Women With Eating Disorders: Self-Regulation, Life Satisfaction, and Positive/Negative Affect. The Journal of Psychology, 137(4), 2003. 381–395. doi:10.1080/00223980309600622
42. Knauss, C., Paxton, S., & Alsaker, F. Body dissatisfaction in adolescent boys and girls: Objectified body consciousness, internalization of the media body ideal and

- perceived pressure from media. *Sex Roles*, 2008. 59, 633–643. doi: 10.1007/s11199-008-9474-7.
43. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:385-394. Published 2015 Feb 18. doi:10.2147/NDT.S61665
 44. Kramer J. J. Art Therapy in the Treatment of Eating Disorders [Электронный ресурс] / Jennie J. Kramer // Gürze Books. – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.edcatalogue.com/art-therapy-in-the-treatment-of-eating-disorders/>.
 45. LaCaille, L., Patino-Fernandez, A. M., Monaco, J., Ding, D., Upchurch Sweeney, C. R., Butler, C. D., ... Turner, J. R. (2013). Eating Behavior. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 641–642. doi:10.1007/978-1-4419-1005-9_1613
 46. Lerner. The positive youth development perspective: Theoretical and empirical bases of a strengths-based approach to adolescent development. 2009. In Compton, W. C.
 47. Levinson, D. J. A conception of adult development. *American Psychologist*, 1986. 41(1), 3–13. doi:10.1037/0003-066x.41.1.3
 48. Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body Image*. 2019. doi:10.1016/j.bodyim.2019.08.009
 49. Lowery, Sarah E, et al. "Body Image, Self-Esteem, and Health-Related Behaviors Among Male and Female First Year College Students." *Journal of College Student Development*, vol. 46 no. 6, 2005, p. 612-623. Project MUSE, doi:10.1353/csd.2005.0062.
 50. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating? [Электронный ресурс] / Michael Mantell // ACE Healthy Living. – 2012. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.acefitness.org/education-and-resources/lifestyle/blog/2866/is-there-psychology-behind-healthy-eating/>.
 51. McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., & Jenkins, R. Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a household survey. London: NHS Information Centre for Health and Social Care.

52. Neumark-Sztainer, D. Eating disorders prevention: Looking backward, moving forward; looking inward, moving outward. *Eating Disorders*, 2015. 24(1), 29–38. doi:10.1080/10640266.2015.1113825
53. Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Front Psychol.* 2019;10:219. Published 2019 Mar 4. doi:10.3389/fpsyg.2019.00219
54. Orthorexia: when healthy eating turns against you [Электронный ресурс] // The Guardian. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2015/sep/26/orthorexia-eating-disorder-clean-eating-dsm-miracle-foods>.
55. Psychology of Healthy Eating [Электронный ресурс] // Argosy University. – 2011. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.slideshare.net/HelpingPsychology/psychology-of-healthy-eating>.
56. Qian, Mengcen & Wu, Qianhui & Wu, Peng & Hou, Zhiyuan & Liang, Yuxia & Cowling, Benjamin & Yu, Hongjie. (2020). Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. 10.1101/2020.02.18.20024448.
57. Smink, F. R. E. Through the looking glass: Epidemiologische studies naar eetstoornissen in de eerste lijn en de bevolking. 2016. [Groningen]: Rijksuniversiteit Groningen.
58. Vögele, C., and Gibson, L. “Mood, emotions and eating disorders,” in *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Series: Oxford Library of Psychology, ed. W. S. Agras (New York: Oxford University Press), 2010. 180–205.
59. Wade, T.D., Tiggemann, M. The role of perfectionism in body dissatisfaction. *J Eat Disord* **1**, 2. 2013. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>
60. Wilksch, S. M., O’Shea, A., Ho, P., Byrne, S., & Wade, T. D. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2019. doi:10.1002/eat.23198

61. Zali Yager, Jennifer A. O'Dea, Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions, *Health Promotion International*, Volume 23, Issue 2, June 2008, Pages 173–189, <https://doi.org/10.1093/heapro/dan004>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Стимульний матеріал

Тест індексу життєвої задоволеності (в адаптації Н. В. Паніної)

1. З віком багато що здається мені набагато кращим, ніж я це раніше очікував.
2. Життя принесло мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю.
3. Зараз найбільш похмурий період в моєму житті.
4. Моє життя могло б бути щасливішими, ніж є.
5. Зараз я майже так само щасливий, як і в той час, коли був молодшим.
6. Більшість справ, якими мені доводиться займатися, нудні і нецікаві.
7. Зараз я переживаю найкращі роки мого життя.
8. Я вважаю, що в майбутньому мене чекають цікаві і приємні справи.
9. До своїх справ і занять я відчуваю такий же інтерес, як і раніше.
10. З віком я все більше відчуваю якусь втому.
11. Відчуття віку не турбує мене.
12. Коли я оглядаюся на своє життя, я переживаю почуття задоволення.
13. Я не змінив би своє минуле життя, навіть якби мав таку можливість.
14. У порівнянні з іншими людьми мого віку я зробив масу дурниць у своєму житті.
15. Я виглядаю краще, ніж більшість людей мого віку.
16. У мене є деякі плани, які я маю намір здійснити найближчим часом.
17. Озираючись на минуле, можу сказати, що я багато чого втратив у своєму житті.
18. Я занадто часто, в порівнянні з іншими людьми, перебуваю в пригніченому настрої.
19. Я отримав досить багато з того від життя, що очікував.
20. Що б не говорили, а з віком більшість людей стає гіршими, а не кращими.

Ключ до тесту

№ судження	Згоден	Не згоден	Не знаю
1.	0	1	1
2.	0	2	1
3.	0	2	1
4.	0	2	1
5.	2	0	1
6.	0	2	1
7.	2	0	1
8.	2	0	1
9.	2	0	1
10.	0	2	1
11.	2	0	1
12.	2	0	1
13.	2	0	1
14.	0	2	1
15.	2	0	1
16.	2	0	1
17.	0	2	1
18.	0	2	1
19.	2	0	1
20.	0	2	1

Стимульний матеріал**Методика «Шкала оцінки харчової поведінки (Шоппом).****Діагностика анорексії і булімії»**

1. Я їм цукерки і вуглеводи, не відчуваючи жодної напруги.
2. Я вважаю, що мій живіт занадто товстий.
3. Я їм, коли схвилюваний (розгублений).
4. Я об'їдаюся.
5. Я боюся відчувати сильні емоції.
6. Я вважаю, що мої стегна занадто товсті.
7. Я відчуваю себе ні на що не здатним.
8. Я відчуваю себе надмірно винуватим після того, як занадто багато з'їдаю.
9. Я вважаю, що розмір мого шлунку в межах норми.
10. У моїй сім'ї враховуються тільки величезні досягнення.
11. Я висловлюю мої емоції відкрито.
12. Я відчуваю жах від можливості розтовстіти.
13. Я довіряю іншим людям.
14. Я задоволений моєю зовнішністю.
15. У цілому, я відчуваю, що контролюю своє життя.
16. При зіткненні з власними емоціями, я відчуваю збентеження.
17. Я легко спілкуюся з іншими.
18. Я перебільшую важливість ваги.
19. Я можу чітко визначати емоції, які відчуваю.
20. Я не відчуваю себе стовідсотково добре (на висоті).
21. У мене були такі прийоми їжі, при яких я відчував, що не можу зупинитися.
22. Коли я був маленьким, то робив все, щоб не розчарувати своїх батьків і вчителів.
23. У мене близькі стосунки з людьми.
24. Мені подобається форма моїх сідниць.
25. Я весь час думаю про схуднення.

26. Я не знаю, що зі мною відбувається.
27. Я хвилююся, висловлюючи свої почуття іншим.
28. Коли я що-небудь роблю, то хочу бути кращим за інших.
29. Я впевнений у собі.
30. Я думаю про переїдання.
31. Я не можу точно зрозуміти, голодний я чи ні.
32. Я низько себе оцінюю.
33. Я відчуваю, що я можу досягати своїх цілей.
34. Мої батьки завжди очікують, що я буду кращим.
35. Я хвилююся, що я втрачу контроль над своїми почуттями.
36. Я вважаю, що мої боки занадто товсті.
37. Я їм нормально в присутності інших людей і набиваю живіт, коли вони йдуть.
38. Я відчуваю здуття живота після невеликого перекусу.
39. Коли я сильно схвилований, то не знаю: чи то мені сумно, чи то мені страшно, чи то я злюся.
40. Я думаю, що я повинен щось або робити ідеально, або взагалі не робити.
41. Я думаю викликати блювоту, щоб знижувати вагу.
42. Мені потрібно тримати людей на певній дистанції (мені неприємно, якщо хтось намагається до мене наблизитися).
43. Я вважаю, що мої стегна нормального розміру.
44. Я відчуваю себе емоційно спустошеним.
45. Я можу говорити про свої думки і почуття.
46. Я вважаю, що мої сідниці занадто товсті.
47. У мене є почуття, які я не можу точно визначити.
48. Я їм або п'ю потайки.
49. Я вважаю, що мої боки нормального розміру.
50. У мене надзвичайно високі (амбітні) цілі.
51. Коли я схвилований, то боюся, що почну їсти.

Стимульний матеріал**«Тест на визначення впевненості в собі» Спенсера Рейзаса**

1. Більшість людей, мабуть, більш агресивні і впевнені в собі, ніж я.
2. Я не наважуюся призначати побачення і приймати запрошення на побачення через свою сором'язливість.
3. Коли подана в кафе їжа мене не задовольняє, я скаржуся на це офіціантові.
4. Я уникаю зачіпати почуття інших людей, навіть якщо мене образили.
5. Якщо продавцеві коштувало значних зусиль показати мені товар, який не зовсім мені підходить, мені важко сказати йому «ні».
6. Коли мене просять щось зробити, я обов'язково з'ясовую, навіщо це.
7. Я вважаю за краще використовувати сильні аргументи і докази
8. Я намагаюся бути серед перших, як і більшість людей.
9. Чесно кажучи, люди часто використовують мене в своїх інтересах.
10. Я отримую задоволення від спілкування з незнайомими людьми.
11. Я часто не знаю, що краще сказати привабливій (ому) жінці (чоловікові).
12. Я відчуваю нерішучість, коли потрібно зателефонувати до установи.
13. Я волію звернутися з письмовим проханням прийняти мене на роботу або зарахувати на навчання, ніж пройти через співбесіду.
14. Я соромлюся повернути покупку.
15. Якщо близький і шановний родич дратує мене, я швидше приховую свої почуття, ніж виявлю роздратування.
16. Я уникаю задавати питання зі страху здатися дурним.
17. У суперечці я іноді боюся, що буду хвилюватися і тремтіти.
18. Якщо відомий і шанований лектор висловить точку зору, яку я вважаю неправильною, я змушу аудиторію вислухати і мою точку зору.
19. Я уникаю сперечатися і торгуватися про ціну.
20. Зробивши що-небудь важливе і варте уваги, я намагаюся, щоб про це дізналися інші.
21. Я відвертий і щирий у своїх почуттях.

22. Якщо хтось бреше про мене, я прагну поговорити з ним про це.
23. Мені часто важко відповісти «ні».
24. Я схильний стримувати прояви своїх емоцій, а не влаштовувати сцени.
25. Я скаржуся на погане обслуговування і безлад.
26. Коли мені роблять комплімент, я не знаю, що сказати у відповідь.
27. Якщо в театрі або на лекції мені заважають розмовами, я роблю зауваження.
28. Той, хто намагається пролізти в черзі попереду мене, отримає відсіч.
29. Я завжди висловлюю свою думку.
30. Іноді мені абсолютно нічого сказати.