

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Бойко Дар'я Петрівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Вплив військового стану на харчову поведінку підлітків:
психологічні особливості»**

Керівник:

Краснов Володимир Володимирович,

доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Фатєєва Марина Сергіївна,

доктор філософії з психології, старший викладач кафедри практичної психології Київського столичного університету імені Бориса Грінченка

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Д.П. Бойко

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	5
1.1. Проблема норми та патології харчової поведінки в підлітковому віці..	5
1.2. Психологічні аспекти вивчення харчової поведінки та умов її формування у підлітковому віці.....	16
1.3. Харчова поведінка в умовах воєнного стану: світовий досвід	26
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.....	34
2.1. Методологічне обґрунтування та опис проведення емпіричного дослідження.....	34
2.2. Аналіз результатів проведення експериментального дослідження....	40
Висновки до розділу 2.....	50
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЩОДО ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	52
3.1. Сучасні психотерапевтичні підходи до профілактики та корекції проблемної харчової поведінки у підлітків.....	53
3.2. Практичні рекомендації щодо превенції порушень харчової поведінки серед підлітків під час військового стану на прикладі психологічного тренінгу.....	71
Висновки до розділу 3.....	81
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Військова агресія росії проти України істотно впливає на всі аспекти життя громадян. Особливо вразливою групою є підлітки, чия психіка перебуває на етапі активного розвитку та становлення. В умовах воєнного стану харчова поведінка підлітків відзначає значні зміни, викликані емоційним напруженням, тривожністю, депресивністю та іншими негативними переживаннями, які є наслідками травматичних подій.

Актуальність цього дослідження обумовлена недостатністю більш глибокого розуміння впливу війни на психоемоційний стан підлітків та його взаємозв'язку з порушеннями харчової поведінки. Харчова поведінка є не лише фізіологічним процесом, але й тісно пов'язана з емоційним станом, образом тіла та самооцінкою особистості. У підлітковому віці ці аспекти мають вирішальне значення, адже саме в цей період формуються основи здорового способу життя, які впливають на подальший розвиток та адаптацію індивіда.

Спираючись на актуальність обраної теми і ступеня її фрагментарності в науковій літературі мета дослідження – виявити та проаналізувати порушення харчової поведінки серед підлітків в умовах військового стану та розробити рекомендації, спрямовані на покращення їхнього харчового поведінкового профілю.

Завдання даної роботи ставимо перед собою наступні:

1. проаналізувати сучасні наукові джерела, які висвітлюють особливості харчової поведінки підлітків та розлади харчової поведінки, а також вплив військових дій на психоемоційний стан підлітків та його взаємозв'язок із харчовою поведінкою;
2. шляхом емпіричного дослідження виявити рівень порушень харчової поведінки, образу тіла, тривожності, депресивності та вплив війни на харчову поведінку підлітків;

3. розробити рекомендації та практичні підходи для роботи з підлітками в умовах війни щодо покращення здорових харчових звичок і підтримку емоційної рівноваги в умовах стресових ситуацій.

Об'єктом цього дослідження є харчова поведінка підлітків, а предметом – зміни харчової поведінки в умовах військового стану. Методом роботи є виявлення порушення харчової поведінки серед підлітків та розробка рекомендацій, спрямованих на розвиток навичок усвідомлення власного тілесного досвіду для покращення харчової поведінки в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження передбачає, що військовий стан значно впливає на харчову поведінку підлітків, сприяючи зростанню емоційного переживання у відповідь на тривожність та депресивність. Крім того, очікується, що ці зміни супроводжуються порушеннями у сприйнятті власного тіла, які проявляються у неприйнятті його розмірів чи ваги. Дослідження цієї проблеми має практичне значення, дозволяє розробити ефективні рекомендації для роботи з підлітками, спрямовані на зниження негативного впливу воєнного стану на їх емоційний стан та харчову поведінку.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження харчової поведінки підлітків.

1.1. Проблема норми та патології харчової поведінки в підлітковому віці.

Харчова поведінка охоплює ціннісне ставлення людини до їжі та процес її споживання, звичні стереотипи харчування в буденних ситуаціях та під час стресу, а також є орієнтацією на власний образ тіла і діяльність, спрямовану на його корекцію. Вона визначається через призму кількох ключових аспектів: місце, яке займає прийом їжі в системі цінностей індивіда, кількісні та якісні характеристики раціону, а також естетичні уподобання щодо їжі. Залежно від цих параметрів, харчова поведінка може бути оцінена як гармонійна (нормативна) або ж девіантна. Окрім цього, важливими є такі чинники, як вплив культурних і соціальних норм, психологічний стан особистості та її здатність контролювати харчові імпульси [27].

Харчування є необхідним для виживання, приносить велике задоволення і може бути порушене, що призводить до таких проблем, як розлади харчової поведінки. Формування харчової поведінки у людини залежить від складної взаємодії гомеостатичних механізмів, моторних, сенсорних і соціально-емоційних навичок. Окрім того, як вже було зазначено вище, на розвиток харчової поведінки впливають виховання, соціальні чинники й харчове середовище. Складні біологічні системи функціонують для підтримки енергетичного балансу, запобігання голодуванню, коли це можливо, та зменшення ризику ожиріння. Нещодавні дослідження підтверджують наявність індивідуальних відмінностей у чутливості до енергетичного балансу і вказують на те, що взаємодія генетичних і середовищних факторів може впливати на регулювання маси тіла.

Варто також зазначити, що їжа відіграє колосальну соціальну значущість в житті людини. З самого народження харчування тісно пов'язане з міжособистісною взаємодією. З часом їжа стає важливою частиною процесу

спілкування та соціалізації, супроводжуючи святкування різних подій, обрядові традиції певної культури, а також сприяючи встановленню і розвитку ділових та дружніх відносин. Традиції та харчові звички відображають рівень культурного розвитку, національну, територіальну і релігійну приналежність, а також сімейні установки щодо певної харчової поведінки [15].

У контексті розладів харчової поведінки важливо розуміти базові механізми, що регулюють процеси харчування, апетиту та насичення. Вживання енергетичних і пластичних речовин є ключовою умовою життєдіяльності організму. Людський організм, не може самостійно синтезувати поживні речовини з неорганічних елементів. Тому існує потреба в отриманні цих речовин із зовнішнього середовища. Якщо процес їх надходження порушується, це може призвести до значних змін у метаболізмі, розладу гомеостазу, а у крайніх випадках до порушень фізіологічних функцій.

Фізіологічний процес споживання їжі має два ключові полюси: відчуття голоду, що виникає при дефіциті поживних речовин, та відчуття насичення, яке сигналізує про їх достатнє надходження. Важливим аспектом є поняття апетиту – індивідуального бажання споживати певну їжу, що базується не тільки на фізіологічних потребах, а й на культурних звичках, особистих вподобаннях та біохімічних характеристиках обміну речовин [15].

Робота головного мозку, зокрема гіпоталамуса, визначає харчову поведінку шляхом регуляції центрів голоду і насичення. Дисбаланс у функціонуванні цих центрів може призводити до аномалій харчової поведінки, наприклад повна відмова від їжі або, навпаки, надмірне споживання їжі, що свідчить про порушення регуляції апетиту та насичення.

Крім фізіологічних чинників, харчова поведінка є потужним соціальним феноменом, що відображає культурні, національні та релігійні особливості суспільства. В цілому харчова поведінка виконує цілу низку важливих функцій у житті особистості, таких як підтримка гомеостазу, комунікація, релаксація,

задоволення потреб у комфорті та навіть самоствердження через відповідність соціальним стандартам. Водночас вона може бути способом уникання негативних емоцій [15].

Зміни в режимі харчування, зокрема його структури та якості, впливають на здоров'я та психічний стан людини. Це особливо помітно у випадках порушень харчової поведінки, таких як анорексія, булімія або компульсивне переїдання, що часто мають глибоке соціально-психологічне підґрунтя.

Згідно з дослідженнями харчової поведінки були виокремлені три основні стилі: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний [81]. Обмежувальна харчова поведінка характеризується надмірним контролем споживання їжі або хаотичними дієтами, де замість природного голоду діє жорсткий план харчування. Така поведінка часто призводить до стресу: людина відчуває сильний голод під час обмежень, а після переїдання – розчарування через набрану вагу. Крім того, спостерігається емоційна нестабільність, яка супроводжується дратівливістю, тривогою, агресією та іншими сильними емоціями. Тривалий емоційний дискомфорт спричиняє відмову від дієти та, як наслідок, почуття провини та зниження самооцінки [81].

Особи з порушеннями харчової поведінки мають труднощі з самоконтролем і часто перекладають відповідальність за свої проблеми на інших людей або обставини [81]. Емоціогенна харчова поведінка проявляється після стресу або емоційного напруження. Вона є реакцією на сильні емоції, такі як гнів або страх. У таких випадках їжа стає не засобом насичення, а способом заспокоєння, причому найчастіше вживаються калорійні продукти. Відмічається певний денний і вечірній дисбаланс: чим сильніший стрес вдень, тим більше переїдання ввечері, що інколи впливає на сон та працездатність [82].

Екстернальна харчова поведінка проявляється в підвищеній чутливості до зовнішніх факторів, таких як реклама або вигляд їжі, ігноруючи при цьому

внутрішні сигнали тіла. Вона є основою для переїдання або надмірного споживання їжі поруч з іншими [80].

Оскільки порушення харчової поведінки тісно пов'язані з емоційною сферою, важливо зосередитися на превентивних заходах, де порушення харчової поведінки можуть формуватися під впливом сімейних факторів. Ці порушення можуть розвиватися на доклінічних етапах, коли індекс маси тіла ще може залишатися в межах норми [80].

Важливо також враховувати вплив сім'ї на формування образу тіла. Батьки передають дітям свої уявлення про "правильне" тіло, що впливає на самооцінку. Наприклад, незадоволеність своїм тілом у матері може сприяти змінам маси тіла у дитини [79].

Соціальне оточення також має вагомий вплив. Наприклад, дослідження харчової поведінки доводять важливість однолітків у формуванні образу тіла в підлітковому та юнацькому віці. У Швеції, де суспільство активно обговорює негативні наслідки жорстких дієт, показники прийняття себе значно кращі [57]. У своїх дослідженнях Ф. Алсакер та А. Фламер вивчаючи вікові аспекти порушень харчової поведінки, дійшли висновку, що фізичні зміни, які супроводжують статеве дозрівання (зростання, збільшення ваги тощо), можуть мати значний психологічний вплив на молодь, підвищуючи їхню чутливість і знижуючи самооцінку [39]. При цьому важливо зазначити суттєвий вплив ідеалізації худорлявості та проблеми ваги як психосоціальних чинників ризику розвитку порушень харчової поведінки у підлітків [62]. Риси, як-от схильність до негативних емоцій і перфекціонізм, сприяють виникненню порушень харчової поведінки, особливо на тлі підвищеної чутливості до ідеалу стрункості та впливу середовища. Вчені підкреслюють, що в підлітковому віці індивідуальні відмінності психологічних факторів ризику формують соціальне середовище, а соціальне середовище формує психологічні фактори ризику [62]. Вони також наголошують, що ефективна корекційна робота з порушеннями харчової

поведінки у підлітків повинна залучати однолітків, які протистоять ідеалам худорлявості.

У сучасних дослідженнях приділяється особлива увага не тільки чинникам, що сприяють збільшенню маси тіла, але й психологічним механізмам, які призводять до зриву дієти. Основною причиною недотримання дієти є зниження контролю харчової поведінки через емоційні зміни. Емоційна нестабільність під час строгих дієт, часто призводить до чергування періодів обмежувальної поведінки з епізодами компульсивного переїдання. Існують різні теорії та моделі, що пояснюють цей феномен. Наприклад, С. Герман запропонував модель, де основною причиною зривів дієти є емоційна суворість дієт, що проявляється у формі контррегуляції – свідомого контролю споживання їжі, який порушується під час стресу [62].

А. Робінсон та М. Норріс досліджуючи клінічні характеристики харчової поведінки пацієнтів з різними стратегіями прийому їжі – униканням та обмеженням, виявили, що пацієнти з цими стратегіями були молодшими за тих, хто страждає на нервову анорексію, причому найчастіше ці стратегії використовувались хлопчиками віком до 12 років. Поширені моделі поведінки в цій групі включали голодування, жорсткі дієти, психогенну втрату апетиту та болі у животі [69]. Н. Голден, М. Шнайдер та С. Вуд зазначають, що дієти не є прямою причиною розладів харчової поведінки, але значно підвищують ризик їх розвитку. Наприклад, серед підлітків, які дотримувалися дієти, розлади харчової поведінки розвивалися у 6 разів частіше, а серед тих, хто застосовував суворі обмеження – у 17 разів [54]

Вивчаючи ризики розвитку порушень харчової поведінки у підлітків, виділяються основні чинники ризику, серед яких найважливішими виявились тиск бути худим, інтерналізація ідеалу стрункості та незадоволеність власним тілом [72].

Л. Вайтгед зазначає, що низька самооцінка істотно впливає на контроль харчової поведінки, адже через нього підліток прагне підвищити власну самоцінність та самоприйняття [5]. Механізм непродуктивного копінгу, що лежить в основі низької самооцінки, змушує підлітка встановлювати високі вимоги до себе, але невдачі на цьому шляху ще більше знижують самооцінку, формуючи уявлення про власну нікчемність [87].

Розлади харчової поведінки (РХП) – це серйозні психологічні порушення, які проявляються у відхиленнях в харчовій поведінці та пов'язані з глибокими проблемами самосприйняття, низькою самооцінкою і незадоволенням власною зовнішністю. Часто ці розлади формуються на тлі упереджень щодо свого тіла та невдоволення ним. РХП найчастіше проявляються в періоди життєвих змін, коли особистість стикається з необхідністю адаптації до нових обставин і посиленням емоційним тиском. Одним з найбільш критичних періодів є підлітковий вік, коли відбуваються інтенсивні фізіологічні та психологічні зміни. Водночас РХП можуть розвинутиися на будь-якому етапі життя, як відповідь на значні стресові події або психоемоційні потрясіння [44].

Основна причина таких порушень полягає в тому, що замість природної мотивації отримати задоволення від їжі, людина починає використовувати їжу як засіб для зняття емоційної напруги. Наприклад дитина або підліток може вдаватися до їжі не через фізіологічний голод, а через бажання втамувати внутрішній дискомфорт, що виникає від таких емоцій, як образа, смуток, тривога, самотність або нудьга. У таких випадках їжа стає єдиним джерелом втіхи та засобом уникнення негативних переживань, що лише поглиблює проблему [44].

Основними порушеннями харчової поведінки вважаються: нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, орторексія. Загальними для них є такі параметри, як: жорсткий контроль ваги тіла; зміна уявлення образу власного тіла; зміна цінності харчування в ієрархії цінностей [27].

Нервова анорексія (F50.0). Розлад, що характеризується навмисною втратою ваги, викликаною та підтримуваною пацієнтом. Найчастіше зустрічається у дівчаток-підлітків і молодих жінок, але також можуть страждати хлопчики-підлітки та молоді чоловіки, а також діти, які наближаються до статевого дозрівання, і жінки похилого віку до менопаузи. Цей розлад пов'язаний зі специфічною психопатологією, при якій страх стати товстою зберігається як нав'язлива надцінна ідея, а пацієнти нав'язують собі низький поріг ваги. Зазвичай спостерігається гіпотрофія різного ступеня тяжкості з вторинними ендокринними та метаболічними змінами та порушеннями функцій організму. Симптоми включають обмежений вибір дієти, надмірні фізичні навантаження, індуковану блювоту та виділення, а також використання засобів для зниження апетиту та діуретиків [25]. Людина уникає прийомів їжі разом із родиною та друзями, часто пропускає трапези, відчуває занепокоєння під час їжі в присутності інших; постійно згадує про те, що набрала зайву вагу, хоча насправді продовжує худнути; інтенсивно займається фізичною активністю, попри погоду, втому або травми; скаржиться на запори, біль у животі, підвищену чутливість до холоду, швидко втому і відсутність енергії; також у жінок спостерігається порушення або відсутність менструального циклу; відмічається надмірна або атипова сухість шкіри, ламкість нігтів, алопеція, тривале загоєння ран; пригнічений настрій, пасивність, апатичність; людина уникає соціальної взаємодії, обмежує спілкування з близькими та друзями.

Атипова нервова анорексія (F50.1). Розлади, які відповідають деяким ознакам нервової анорексії, але загальна клінічна картина не підтверджує цей діагноз. Наприклад, один із ключових симптомів, як-от аменорея або виражений страх бути товстим, може бути відсутнім за наявності помітної втрати ваги та поведінки до зниження ваги. Цей діагноз не слід ставити за наявності відомих фізичних розладів, пов'язаних із втратою ваги. Анорексія є серйозним розладом харчування, який проявляється в емоційно та фізично виснажливому процесі

голодування. Це захворювання характеризується надмірним страхом набрати вагу, що супроводжується спотвореним сприйняттям власного тіла. Людина, яка страждає від анорексії, має нетипове уявлення про свою форму та розміри, що веде до того, що навіть при значному дефіциті маси тіла вона продовжує обмежувати споживання їжі [25].

Анорексія відзначається особливо високим рівнем смертності серед психічних розладів. Критичні значення індексу маси тіла (ІМТ) менше 16 часто вказують на значний дефіцит маси тіла, що є симптомом цього розладу. У жінок у період статевої зрілості відсутність менструацій також може бути додатковим симптомом. Це захворювання призводить до зниження ваги тіла нижче мінімальної норми для певного віку і зросту, підкріплюючи постійний страх набрати вагу та підсилюючи спотворене сприйняття власного тіла [5; 76].

Нервова булімія (F50.2). Синдром, що характеризується повторюваними нападами переїдання та надмірною заклопотаністю контролем маси тіла, що призводить до переїдання з подальшим блюванням або використанням проносних засобів. Цей розлад має багато спільних психологічних особливостей з нервовою анорексією, включаючи надмірну турботу про форму тіла та вагу. Повторне блювання може спричинити порушення рівня електролітів в організмі та фізичні ускладнення. Часто, але не завжди, в анамнезі є попередній епізод нервової анорексії, інтервал коливається від кількох місяців до кількох років [25]. Людина сильно занепокоєна своєю вагою і зовнішнім виглядом, постійно займається підрахунком калорій, захоплюється дієтами та приділяє надмірну увагу тому, що споживає. Вона соромиться приймати їжу в присутності інших, слідує специфічним харчовим ритуалам: їсть тільки певні страви або продукти з однієї групи (наприклад, спеції), довго пережовує їжу, не дозволяє іншим торкатися до своїх страв. Надмірно вживає воду чи інші некалорійні рідини, спеціально коригує свій розпорядок дня, щоб мати можливість для тривалого прийому їжі з подальшими «очисними» процедурами. Намагання приховати

зникнення великої кількості їжі проявляється у великій кількості порожніх упаковок від проносних або діуретиків, і частих відвідуваннях туалету або ванної кімнати після їжі. Така людина часто носить широкий одяг, щоб приховати контури тіла, при цьому скаржиться на розлади травлення, порушення менструального циклу, надмірну сухість шкіри, ламкість нігтів, випадання волосся та тривале загоєння ран.

Атипова нервова булімія (F50.3). Розлади, які відповідають деяким ознакам нервової булімії, але при яких загальна клінічна картина не виправдовує цей діагноз. Наприклад, можуть виникати періодичні напади переїдання та надмірного вживання проносних засобів без суттєвої зміни ваги, або може бути відсутнім типове надмірне занепокоєння формою тіла та вагою [25]. Булімія характеризується споживанням великої кількості їжі за один прийом та подальшим використанням варіантів для позбавлення від з'їденого. Наприклад, людина з булімією з'їла більше 2000 калорій за один прийом, а далі спеціально викликала стан блювоти. Пояснюється це тим, що відсутнє почуття контролю над поведінкою в прагненні схуднути будь-яким чином, тому відбуваються такі процеси як блювання, голодування, зловживання проносними та сечогінними засобами, використання клізми або перенавантаження різноманітними фізичними вправами.

Компульсивне переїдання. Комппульсивне переїдання, включене до DSM-5, характеризується періодичними епізодами надмірного вживання їжі без регулярної компенсаторної поведінки, такої як блювання чи використання проносних засобів. Цей розлад проявляється в прийомі їжі навіть тоді, коли людина не відчуває фізичного голоду, а натомість їсть через нудьгу, самотність, депресію або сильне почуття провини. Комппульсивне переїдання часто супроводжується психопатологічними проблемами, зокрема депресією та особистісними розладами. [52, 9].

Орторексія – це розлад харчової поведінки, що характеризується надмірною одержимістю правильним і здоровим харчуванням. Від інших розладів вона відрізняється тим, що основна увага зосереджується на якості їжі, а не на її кількості. Така одержимість може призвести до дефіциту необхідних поживних речовин, виникнення хвороб і погіршення якості життя загалом. Хоча це явище добре відоме клініцистам, орторексія досі мало досліджена науково та не визнана офіційно як психіатричний розлад [64].

Серед підлітків основними видами порушень харчової поведінки є нервова анорексія та булімія. Нервова анорексія характеризується нав'язливим страхом перед набором ваги, відмовою від їжі та запереченням серйозності свого стану. Нервова булімія у підлітків, зокрема дівчат, проявляється компульсивним переїданням з подальшим "очищенням" шлунка (викликання блювання, вживання проносних засобів або надмірні фізичні навантаження).

Адиктивна харчова поведінка може розвинути у відповідь на тривогу, депресію або інші емоційні розлади. Вона часто стає механізмом психологічного захисту, спрямованого на уникнення стресу. Це призводить до формування своєрідного замкнутого кола, коли їжа стає основним засобом регуляції емоцій, що лише поглиблює проблему [22].

Розлади харчової поведінки (РХП), до яких належать нервова анорексія, булімія та компульсивне переїдання, є однією з найбільш серйозних проблем сучасного суспільства, оскільки вони призводять до значних медичних і соціальних наслідків та мають найвищий рівень смертності серед психічних захворювань. Це робить питання своєчасної діагностики та лікування РХП надзвичайно важливим.

Однак діагностика та допомога особам із РХП є складним процесом, який ускладнюється низкою факторів. По-перше, поширеність цих розладів часто недооцінюється через вплив культурних стереотипів. Суспільство, включно з батьками, вчителями й навіть медиками, часто не помічає тривожних сигналів

або не сприймає проблеми з вагою у підлітків як ознаку серйозного захворювання. Досить часто сім'ї пацієнтів звертаються до нетрадиційних методів лікування, не усвідомлюючи, що ця патологія потребує кваліфікованої медичної допомоги. Як наслідок, люди з РХП звертаються до фахівців уже на пізніх стадіях, коли негативні зміни в організмі можуть стати незворотними. Вагому роль у розвитку та закріпленні РХП відіграють соціальні мережі та засоби масової інформації, які часто просувають нереалістичні стандарти краси. Ідеалізація худорлявості, яка сприймається як норма, і стигматизація надмірної ваги, яку ототожнюють із лінню чи слабкістю, сприяють поглибленню розладів харчової поведінки. Зростаюча фетфобія – неприйняття людей із зайвою вагою – досягає небезпечного рівня, що ще більше ускладнює боротьбу з цими розладами та підживлює їх розвиток [10].

Основна загроза розладів харчової поведінки (РХП) полягає в їх здатності спричиняти серйозні наслідки для фізичного, психологічного та соціального благополуччя людини, що значно знижує якість життя та може призвести до летальних результатів. РХП, часто викликають критичне виснаження організму через дефіцит необхідних поживних речовин, що призводить до порушення функцій життєво важливих органів, зокрема серця, нирок і шлунково-кишкового тракту. Це може стати причиною серцевої недостатності, порушення ендокринної та репродуктивної систем, ослаблення кісткової тканини та загального фізичного виснаження, що ставить життя під серйозну загрозу. Окрім того, РХП супроводжуються такими психологічними проблемами, як тривожність, депресія, низька самооцінка, відчуття ізольованості та безнадії. Часто люди з такими розладами втрачають здатність адекватно сприймати своє тіло і навколишню реальність, що може погіршити їхній емоційний стан та призвести до суїцидальних намірів. Соціальна ізоляція, стигматизація та відчуття відчуження також є частими наслідками РХП, що ускладнює соціальну адаптацію і знижує загальний рівень життя. Таким чином, загроза РХП полягає у

впливі на всі аспекти життя людини – від фізичного здоров'я до емоційної стабільності й соціальних взаємин, що, без належної допомоги, може мати фатальні наслідки.

Дослідники з Argosy University виділили основні складові психологічно правильної харчової поведінки:

1. Перегляд ставлення до їжі, уникаючи використання їжі для відчуття комфорту або задоволення соціальних потреб.
2. Використання соціальних та емоційних чинників для корекції неадекватної харчової поведінки.
3. Формування позитивного емоційного зв'язку з процесом прийому їжі, наприклад, асоціювання здорового харчування з підвищенням впевненості в собі.
4. Прийом їжі з людьми, які мають здорові харчові звички, без засуджень і примусу.
5. Уникання прийому їжі біля комп'ютера чи телевізора, що заважає мозку контролювати кількість спожитого і може призвести до переїдання [70].

1.2. Психологічні аспекти вивчення харчової поведінки та умов її формування у підлітковому віці.

Серед різноманітних чинників, що впливають на формування харчової поведінки людини, розрізняють прямі та непрямі впливи. Найбільшу групу становлять прямі соціальні впливи, до яких відносять кулінарні стереотипи, традиції та груповий досвід. Непрямі соціальні впливи стосуються наявності іншої людини під час харчової взаємодії. На думку дослідників, соціальні чинники посилюють свій вплив на формування харчової поведінки через соціальну фасилітацію, харчові правила в родині в ранньому віці та соціальне навчіння [85].

Дослідники підкреслюють, що соціальні та психологічні фактори відіграють ключову роль у розвитку цих розладів. До них належать підвищена

тривожність, вікові прояви дисморфобії в підлітковому віці, хронічний стрес, сімейна невротизація та домашнє насильство [61].

Дисморфобічний розлад тіла, або дисморфобія – це нав'язлива занепокоєність своєю зовнішністю – так званий розлад уявної потворності [11]. Вивчаючи внутрішньоособистісні чинники впливу на харчову поведінку, важливо зазначити, що вони включають як фізіологічні (голод, ситість тощо), так і психологічні процеси (мотивація, ставлення, цінності, особистісні характеристики, когнітивні процеси, особливості саморегуляції). Дослідники також наголошують на важливості соціального фактора, оскільки він може провокувати прийом їжі навіть без відчуття голоду. У своїх емпіричних дослідженнях було виявлено численні соціальні чинники, які впливають на харчову поведінку або керують нею приховано та автоматично [65].

М. Мантель також виділив важливий особистісний чинник, який легко розпізнає емоційні тригери, здатний припинити прийом їжі при досягненні ситості та має інтернальний локус контролю. Така людина не використовує їжу для задоволення емоційних потреб або уникнення неприємних почуттів чи ситуацій [65].

Встановлено, що особи з порушеннями харчової поведінки часто мали психологічні травми в дитинстві: переживали жорстоке поводження, не мали достатньої турботи та уваги, мали низьку самооцінку [70]. Було емпірично доведено, що існує кореляція між соціальною тривожністю і розладами харчової поведінки, пов'язана зі страхом негативної оцінки. Крім того, низький рівень сприйнятої соціальної підтримки був пов'язаний із більш вираженими проявами розладів [86].

Харчова поведінка, хоч і має біологічне походження, у людини виконує багатофункціональну роль, зокрема слугує засобом для:

- зняття психоемоційної напруги;

- отримання насолоди; спілкування, коли прийом їжі відбувається в колективі;
- самоствердження, через уявлення про престижність їжі та зовнішній вигляд;
- підтримання ритуалів чи звичок (релігійних, національних, сімейних);
- компенсації незадоволених потреб (наприклад, у спілкуванні чи турботі);
- нагороди або заохочення;
- задоволення естетичних потреб [22].

У формуванні порушень харчової поведінки значну роль відіграють такі особистісні характеристики, як підвищена схильність до стресів, тривожність і невпевненість у собі.

Для розуміння причин цих станів важливо з'ясувати, що таке образ тіла і що він включає. Дослідження показали, що структура образу тіла складається з таких компонентів:

- просторовий образ (схема тіла, перцептивне сприйняття, несвідомий образ);
- оцінний образ (відповідність стандартам у суспільстві);
- емоційний образ (емоційний фон, пов'язаний із тілом, наприклад тривога щодо його форм або неприйняття) [60; 66; 71; 77; 78].

Жінки з порушеннями харчової поведінки не мають сексуально-еротичної ідентичності, водночас вони демонструють негативне ставлення до власного тіла [60]. Порівнюючи жінок із харчовими розладами та без них, він виявив, що перші сприймають тіло інструментально, тоді як інші асоціюють його із задоволенням. Дослідження Дж. Стернберга та М. Барнеса показали, що невирішений емоційний досвід жінок залишається в тілі та може сприяти розвитку психосоматичних захворювань [77].

Виділяють два етапи розвитку порушень харчової поведінки: гіперфагічний та булімічний.

На гіперфагічному етапі формуються такі риси:

- збільшення толерантності до кількості їжі;
- втрата контролю над обсягом спожитої їжі;
- харчування без почуття голоду, заради соціальних ситуацій;
- швидке вживання їжі, що знижує задоволення від процесу;
- відсутність спогадів щодо того, чи приймалася їжа раніше;
- відсутність блювотного рефлексу навіть при переїданні;
- раціоналізація надмірного споживання їжі (посилання на вік, спадковість тощо).

Булімічний етап супроводжується:

- збільшенням толерантності до обсягів їжі;
- нападами переїдання;
- компульсивними харчовими потягами;
- слабкою вираженістю почуття насичення;
- звуженням кола інтересів, де всі хобі замінюються їжею;
- харчовою абстиненцією після переїдання, що провокує порушення обмежень та зняття почуття провини їжею [71].

За Л.С. Виготським, який розглядав харчову поведінку як результат психологічної та соціокультурної діяльності, вона спрямована не лише на задоволення фізіологічних потреб, але й соціальних та психологічних. Ключовим елементом тут виступає категорія «образ тіла», яка поєднує ці два аспекти. Образ тіла є стійким особистісним утворенням, що включає несвідомі перцептивні уявлення про власну тілесність, її оцінку відповідно до соціальних стандартів та емоції, пов'язані з власним тілом [45]. Емоційна складова образу тіла сприяє його суб'єктивності та стійкості в індивідуальній свідомості особистості.

На формування образу тіла впливають як внутрішні, так і зовнішні чинники, серед яких важливу роль відіграють приклади харчової поведінки батьків, особливості соціального оточення та інформаційне середовище [45].

Підлітковий вік. Підлітковий вік охоплює період розвитку дитини приблизно від 10-11 до 14-15 років і характеризується переходом від дитинства до дорослого життя. Багато психологів, вважають цей етап одним із найбільш критичних в онтогенезі. Це пояснюється тим, що саме в цей час відбуваються найінтенсивніші та найважливіші зміни в організмі, свідомості, діяльності підлітка, а також у його стосунках з ровесниками та дорослими. Період статевого дозрівання викликає значні перебудови в роботі всіх систем організму, що може призводити до певної дисгармонії в його розвитку [3].

Однією з ключових особливостей підліткової особистості, за словами Л. С. Виготського, є інтенсивний розвиток рефлексії та самосвідомості. У цьому віці підлітки починають активно орієнтуватися на самооцінку, і саме від її характеру залежить рівень їхніх амбіцій. Самооцінка формується в процесі спілкування з іншими людьми. Підліток починає усвідомлювати, що він вже не дитина, відзначаючи зміни у фізичному та статевому розвитку, а також відчуваючи можливість брати участь у соціальних активностях і відігравати роль у сім'ї та школі. Основні психологічні потреби підлітка включають прагнення до спілкування з однолітками, бажання самостійності та незалежності, а також бажання звільнитися від надмірного контролю дорослих і домогтися визнання своїх прав з боку інших [10].

Підліток намагається залучитися до світу дорослих, наслідуючи їх. Спочатку він переймає те, що для нього доступно: зовнішній вигляд і манери поведінки. Відчуття дорослості у підлітків часто проявляється в тому, що вони починають орієнтуватися на дорослих як на зразок для себе, на відміну від ровесників, з якими ідентифікувалися раніше. Це призводить до критичного ставлення до свого минулого, дитячого «я», і виникає відчуження від багатьох його рис. Майбутнє водночас видається підлітку досить невизначеним.

Психологи вважають, що для оптимального особистісного розвитку важливо, щоб між минулим, теперішнім і майбутнім «я» зберігалася певна

спадкоємність, яка б супроводжувалася продуктивними змінами в процесі переходу від дитинства до зрілості. Однак потреба підлітка в самоствердженні настільки сильна, що заради визнання серед однолітків він часто готовий поступитися власними переконаннями й робити вчинки, що суперечать його моральним принципам.

Форми самоствердження підлітка можуть бути різними, але найпростішою з них є зовнішнє наслідування дорослих, яке часто включає шкідливі звички, такі як куріння, вживання алкоголю чи наркотиків, надмірне використання косметики, носіння певного одягу або використання нецензурної лексики [29]. Таким чином, формування особистості підлітка тісно пов'язане з усвідомленням себе як індивіда. О. М. Леонтьєв розглядає проблему самосвідомості не лише як знання про себе, а як усвідомлення в контексті соціальних відносин.

Підліткам властиво критично оцінювати свої здібності та можливості. Л. І. Божович зазначає, що в цей період відбувається перегляд попередніх ставлень до себе і світу, а також розвиток процесів самосвідомості та самовизначення, які стають основою для подальшого життя підлітка.

Мотивація також зазнає змін. Мотиви відображають формуючийся світогляд і плани на майбутнє, які виникають на основі свідомо поставлених цілей. Л. І. Божович вважає, що мотиваційна сфера є ключовим новоутворенням підліткового віку [29].

Отже, ціннісний світ підлітка формує його ставлення до себе, інших людей, суспільства і світу в цілому. Власні переживання сприймаються як унікальні, часто приховуються через страх бути незрозумілим. Усвідомлення свого «Я» включає відкриття внутрішнього світу і розуміння себе, а підліток прагне знайти своє місце і призначення в суспільстві, задовольняючи свою потребу в розумінні та самоствердженні.

Психологічні аспекти вивчення харчової поведінки підлітків і умов її формування є важливими для розуміння того, як і чому розвиваються певні харчові звички та розлади у цьому віці. Ось кілька ключових аспектів:

1. Стадії розвитку і самоусвідомлення: У підлітковому віці відбувається активний розвиток самосвідомості та самооцінки. Підлітки починають формувати своє уявлення про себе, що включає й сприйняття свого тіла. Зміни в фізичному розвитку, а також соціальні порівняння можуть вплинути на їхні харчові звички. Підлітки можуть намагатися досягти ідеальних стандартів краси, які нав'язуються медіа, що може призвести до розладів харчової поведінки.

2. Емоційні фактори: Психологічні стани, такі як тривога, депресія, стрес і низька самооцінка, можуть впливати на харчову поведінку підлітків. Емоційне переїдання або, навпаки, відмова від їжі часто є способом справитися з негативними емоціями. Тому важливо розуміти, як емоційні стани можуть взаємодіяти з харчовими звичками.

3. Соціальні впливи: Вплив родини, однолітків та соціальних медіа грає значну роль у формуванні харчової поведінки. Сімейні норми харчування, ставлення батьків до їжі і власні харчові звички можуть визначати поведінку підлітка. Також соціальні медіа можуть нав'язувати нереалістичні ідеали тіла, що часто призводить до незадоволення власним виглядом і, як наслідок, до розладів харчової поведінки.

4. Когнітивні процеси: Вивчення харчової поведінки підлітків включає також аналіз їхніх когнітивних процесів, таких як сприйняття їжі, формування харчових звичок і стратегії контролю ваги. Підлітки можуть розвивати певні переконання і стереотипи про їжу і своє тіло, що вплине на їхні харчові звички.

5. Соціально-культурний контекст: Харчові звички формуються під впливом культурних норм і соціальних практик. Наприклад, у деяких культурах можуть бути поширені певні традиції або обмеження в їжі, які підлітки сприймають як частину своєї ідентичності.

Розуміння цих психологічних аспектів допомагає виявити причини проблем у харчовій поведінці підлітків та розробити ефективні стратегії для їх подолання.

Формування харчової поведінки починається з раннього дитинства, тому важливо сприяти її правильному розвитку і запобігати таким проблемам, як переїдання, недоїдання, однобічне або вибіркове харчування, харчові страхи та інші розлади. В. Сутчук підкреслює, що сім'я відіграє вирішальну роль у формуванні особистості підлітка і вважає необхідним звертати увагу на стосунки між членами сім'ї, уявлення батьків і дітей про сімейні ролі, батьківські настанови, узгодженість потреб та емоційне благополуччя підлітка [34]. Особливу увагу дослідниця звертає на сімейну харчову поведінку, яка може впливати не лише на самосприйняття, але й на ризик розвитку розладів харчової поведінки у підлітковому віці.

Відсутність позитивної уваги з боку батьків часто призводить до тривожності у підлітків і непевності в майбутньому, а відсутність довірливих стосунків із матір'ю може спричинити негативні поведінкові прояви, такі як відмова від дій, нездорові стани і прагнення поліпшити самопочуття за допомогою шкідливих засобів. Такі підлітки поступово втрачають здатність об'єктивно оцінювати себе, а їхні нав'язливі ідеї щодо харчування та ваги починають домінувати над усіма іншими аспектами життя.

Емпіричні дослідження В. Шебанової показали, що сім'ї дівчат, які мають ризик розвитку розладів харчової поведінки, часто характеризуються емоційним дискомфортом, порушеними сімейними стосунками й домінуванням матері або бабусі по материнській лінії. Самі підлітки відчують себе недостатньо захищеними та гостро потребують батьківської любові [74; 75].

Виділяють наступні чинники, що впливають на формування розладів харчової поведінки у підлітків:

Генетичні фактори: Л. Кронбах зазначає, що люди, чиї родичі мали розлади харчової поведінки, мають у 8 разів вищий ризик розвитку таких порушень самі. Наприклад, дослідження близнюків показали, що вони часто демонструють схожі типи харчової поведінки та подібні розлади. Крім того, були виявлені конкретні хромосоми, які можуть бути пов'язані з булімією та анорексією.

Біопсихосоціальні чинники: При аналізі порушень харчової поведінки, таких як нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, важливо враховувати фактори, як-от сімейне середовище, сприйняття власного тіла, оцінка харчових вподобань, стереотипи харчування, маса тіла та способи її контролю, а також самооцінку і ставлення до їжі.

Культурні чинники: ЗМІ значно впливають на сприйняття ідеалів тіла та краси, пропагуючи нереалістичні образи та спотворюючи культуру схуднення. Одночасно на ринку з'являються та рекламуються недорогі, доступні і висококалорійні продукти.

Особистісні фактори: Харчові розлади можуть відображати внутрішню боротьбу індивідуальності людини, її уявлень про себе в суспільстві, а також проблеми, що виникають з травматичних подій або особливостей соціалізації.

Психологічні фактори: Розлади часто виникають через психоемоційні передумови, такі як емоційна нестабільність, почуття провини, занижена самооцінка, піддатливість до впливу оточуючих та залежність від думки інших. Підлітки, які переживають вікову кризу, особливо уразливі до таких розладів [16].

Найпоширенішими ознаками розладів харчової поведінки у підлітковому та молодому віці є:

- строгі дієти, переїдання, а також періодичні епізоди булімії, як суб'єктивні, так і об'єктивні,
- використання процедур очищення шлунково-кишкового тракту,

- компульсивні фізичні вправи, а також значний вплив форми тіла та ваги на самооцінку.

Зазвичай нервова анорексія проявляється у середньому підлітковому віці, тоді як нервова булімія частіше виникає в старшому підлітковому віці. Сучасний погляд на проблему показує, що деякі ознаки розладів харчової поведінки тісно пов'язані з особливостями підліткового періоду, де основною причиною є не лише спотворення образу тіла, а загальна незадоволеність ним.

Сучасні дослідження вказують на те, що проблема значно ускладнюється через постійне порівняння себе з ідеалізованими образами, які пропагуються в медіа та соціальних мережах. Нав'язливе порівняння з відфотошопленими зображеннями однолітків, яке стало можливим завдяки Інтернету та сучасним технологіям, досягає безпрецедентних масштабів і відіграє ключову роль у формуванні і підтримці розладів харчової поведінки [1].

Харчова поведінка також визначається етнокультурними та соціальними факторами. Основними впливаючими чинниками є сімейні звички, національна приналежність, життєвий досвід, а також релігійні переконання і економічні умови [1].

Дослідники, такі як Л. М. Абсалямова, З. Я. Ковальчук і В. І. Шебанова, відзначають, що їжа є важливим компонентом соціальної взаємодії. Споживання їжі значно залежить від емоційних станів особи, як позитивних, так і негативних, а також від соціальних установок і норм. В дослідженнях харчової поведінки підлітків помітно, що емоційні та екстернальні аспекти харчування відіграють значну роль. Це свідчить про те, що підліткам важко регулювати свої емоції без допомоги їжі і стримуватися від певних харчових звичок. Часто у осіб, схильних до розладів харчової поведінки, можна спостерігати тенденцію до самокритики та самозвинувачення [40].

1.3. Харчова поведінка в умовах воєнного стану: світовий досвід

Війна є потужним стресовим фактором, значно відрізняється від стресів, які ми зазнаємо в мирний час. Реакції людського організму на військові події можуть бути непередбачуваними. Наразі всі ми перебуваємо в умовах стресу, і кожен реагує по-різному, пристосовуючись до життя під час війни. Під впливом стресу змінюється не лише функціонування внутрішніх органів, але й поведінкові реакції, зокрема харчові звички. Зміни в харчовій поведінці можуть варіюватися від втрати апетиту до постійного вживання їжі, навіть за відсутності харчових розладів [12].

Якщо ці реакції виникають у гострій фазі (до трьох днів), це вважається нормою. У цей час організм виробляє гормони стресу, активуючи природну реакцію, яка мобілізує всі системи організму. Парасимпатична нервова система, відповідальна за виживання в критичних ситуаціях, починає інтенсивно функціонувати, коли людина відчуває загрозу життю. Проте такі зміни в харчовій поведінці можуть призвести до втрати ваги, ламкості кісток, випадання волосся, втрати свідомості та навіть до серйозних розладів, таких як анорексія. Це свідчить про те, що організм не доотримує важливі поживні речовини, що згодом може спричинити різні фізичні захворювання та погіршення загального стану здоров'я [80].

Якщо людина постійно їсть протягом декількох днів після пережитого стресу, це є нормальною реакцією організму на гостру стресову ситуацію. Таким чином, психіка захищається від можливого руйнування, забезпечуючи своєрідну захисну функцію від значних втрат. Навіть якщо цей період завершиться, а потреба в їжі залишиться, це також має логічне пояснення. Організму потрібен час, щоб переключитися з парасимпатичної нервової системи, яка активується під час стресу, на симпатичну, що сприяє стабілізації роботи органів та систем. Продукти з високим глікемічним індексом, як-от хліб, шоколадні батончики чи гаряча картопля, швидко підвищують рівень цукру в крові, що викликає відчуття

миттєвого задоволення. Висококалорійна їжа також стимулює дофамінову систему, яка відповідає за відчуття задоволення. Таким чином, споживання їжі не лише відволікає від стресу, а й забезпечує організм енергією, яку мозок вважає цінним ресурсом для виживання.

З часом втрата апетиту, викликана стресом, зникне, і бажання їсти повернеться. Можливо, людина почне споживати більше їжі, ніж зазвичай, що є нормальною реакцією. Нестача їжі раніше провокувала компенсаторну поведінку, коли організм прагне створити резерви, щоб підготуватися до можливого дефіциту їжі в майбутньому [80].

Це може звучати парадоксально, але в більшості випадків переїдання виникає як наслідок попереднього недоїдання. З прикладу Віктора Франкла можна зробити висновок, що навіть у найважчих умовах організм прагне адаптуватися, використовуючи компенсаторні механізми. Коли людина повертається до нормальних умов життя, організм часто підкоряється інстинктам, а не раціональному мисленню, що призводить до неконтрольованого споживання їжі. Згодом ця компенсаторна потреба в їжі має поступово зменшитися, а механізм природного харчування – відновитися. Однак, важливо не обмежувати себе різко в їжі в цей період, оскільки це може спровокувати цикл «обмеження – переїдання», що негативно вплине на організм. Головним завданням для всіх українців зараз є збереження життя.

Стрес може також впливати на прояви існуючих розладів харчової поведінки в різних формах. За даними дослідження Даллмана, стрес та супутні емоції можуть сприяти харчовій поведінці, що веде до ожиріння [46].

Подібні явища спостерігаються і під час війни, коли стрес впливає на відновлення нормального харчування, що може призвести до набору ваги. Стрес може вплинути як на збільшення ваги, так і на підвищення ризику компульсивного переїдання. Дослідження виявило кореляцію між переїданням і підвищеним рівнем стресу та негативного настрою протягом трьох тижнів у

групи, що переїдала, порівняно з контрольною групою без компульсивного переїдання [84]. Інше дослідження показало, що зв'язок між стресом, ожирінням і харчовими звичками залежав від фізичного дискомфорту респондентів. Дослідження також виявило, що у студентів спостерігалось нерегулярне бажання їжі протягом дня, а також значні відмінності в часі прийому їжі у хлопчиків, які пережили психічний стрес через ожиріння [46]. Нервова анорексія є ще одним розладом харчової поведінки, ризик якого може зростати під впливом стресу, що може проявлятися як зменшення ваги через нездорові харчові звички, так і збільшення ваги через переїдання. Крім того, стрес може змінювати не лише кількість їжі, але й її якість, сприяючи вибору менш здорових продуктів. В умовах стресу люди часто вдаються до їжі, що містить високий рівень цукру і жиру, як спосіб швидкого полегшення емоційного дискомфорту. Це, в свою чергу, може підвищувати ризик розвитку хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання та діабет. Також важливо враховувати, що стресові фактори можуть впливати на звички їжі в довгостроковій перспективі, змінюючи харчову поведінку на тлі тривалих стресових ситуацій

Ще одним розладом харчової поведінки, ризик якого може зрости, є нервова анорексія. Цей розлад може проявлятися як у зменшенні ваги через нездорові харчові звички, так і в її збільшенні через переїдання, викликане стресом. У дослідженні Хаслама, яке тривало шість місяців і охоплювало 100 пацієнток, було виявлено зниження рівня лейкоцитів. Спостереження показали, що тривожність і дратівливість, що супроводжують стрес, призводять до обмеження їжі, а комбінація цих факторів зрештою призводить до збільшення ваги [55]. Під час війни до причин стресу, крім звичайних проблем, додаються фактори, такі як фізична безпека, тривога за майбутню стабільність у питаннях їжі, економіки та життя загалом. Це призводить до того, що стрес стає не лише періодичним, як у випадку з повсякденними проблемами, а постійним і значно впливає на харчову поведінку. У випадку з внутрішньо переміщеними особами

та біженцями за кордоном важливо враховувати не лише стрес, пов'язаний з адаптацією, але і початковий стрес, який викликаний самою міграцією. Саме цей первинний стрес може бути причиною виникнення інших проблем [56].

Тривожність і розлади харчової поведінки можуть здаватися несхожими за класифікацією та діагностичними критеріями. Проте численні дослідження вказують на спільні патогенетичні зв'язки між цими розладами, а також на схожість у клінічних проявах і супутній патології [80].

Зміни в харчовій поведінці серед біженців за кордоном. У контексті війни та міграції важливо звернути увагу на досвід сирійських біженців у Німеччині. Дослідження виділило шість ключових факторів, які впливають на їхню харчову поведінку:

- характер і звички повсякденного життя,
- міжкультурні взаємодії з місцевими жителями,
- соціальний контекст приготування і споживання їжі,
- невизначеність щодо національної кухні,
- недовіра до деяких видів їжі,
- вплив постміграційних стресових факторів.

Ці фактори включають не лише стресові чинники, але й культурні особливості, які були притаманні сирійцям ще до їхньої міграції. Особливо цікавим є соціальний аспект: до міграції приготування їжі тісно пов'язувалося зі способом життя, оскільки багато сирійських біженців жили у будинках своїх батьків, де питання харчування було традиційно організоване. Після міграції їм довелося змінити не лише інгредієнти і методи приготування страв, але й створювати нові стандарти харчування з нуля [53].

Ці фактори можуть бути застосовані й до українських біженців, які залишили країну внаслідок російсько-української війни 2022 року. Як і сирійці, українці стикаються з радикальними змінами в повсякденному житті, що відображається на харчовій поведінці. Але можна припустити, що деякі пункти,

можуть мати певні відмінності адже українцям менш властива невизначеність щодо їжі, оскільки релігійні аспекти харчування в Україні здебільшого обмежуються періодами посту, а не є постійною частиною харчової поведінки. Також важливо зазначити, що протягом років незалежності, в Україні почали активно вживати продукти, поширені в європейських країнах, що зменшує необхідність адаптувати рецепти після міграції. Основним фактором, який може впливати на харчову поведінку, є скоріше стрес від цін на такі товари, оскільки в Україні вони зазвичай нижчі.

Аналізуючи дослідження щодо біженців із країн із низьким рівнем доходу, які переселилися до більш заможних держав, можна спостерігати тенденцію до вживання дешевших продуктів, що зазвичай означає фаст-фуд та снеки, а також збільшення споживання переробленої та готової їжі, яка є більш доступною в країнах із вищим рівнем доходу. Біженці також адаптували традиційні страви своєї батьківщини під нові продукти, доступні в приймаючих країнах. Автори таких досліджень підкреслюють важливість знань про здорове харчування для таких груп та зазначають підвищену кількість випадків ожиріння серед них [43]. В інших дослідженнях, де рівень доходу країн був радше середнім, респонденти мали певні знання про здорове харчування та необхідність фізичної активності. Вони вважали ожиріння та надмірну вагу негативними явищами. При цьому, після міграції спостерігались як позитивні, так і негативні зміни в їхній харчовій поведінці [42].

Серед факторів, що вплинули на зміну харчової поведінки, виявили відсутність адаптації до попередніх харчових звичок, процеси ресоціалізації та акультурації, наявність нових продуктів у магазинах, а також вплив соціально-економічного становища. У цьому дослідженні брали участь респонденти з різних країн, де останніми роками відбувалися збройні конфлікти, таких як Іран, Афганістан, Сомалі тощо [73].

Зміни в харчовій поведінці Внутрішньо Переміщених Осіб (ВПО) під час збройних конфліктів є суттєвими й відрізняються від звичайних мирних умов. Аналіз втрат і страхів українців у 2022 році показує, що 2% відчували голод станом на 24 березня, тоді як 27% переживали страх. Щодо втрат життя або здоров'я, 6% стикнулися з цим, а 52% висловлювали занепокоєння [58].

Зі збільшенням кількості переміщених осіб зростає стрес через невизначені економічні умови: в безпечних регіонах зменшується кількість вільного житла, ціни зростають, а кількість робочих місць не зростає. Наявність житла та фінансових ресурсів, що є основними потребами за пірамідою Маслоу, стає критично важливою, що веде до додаткового стресу і, відповідно, може вплинути на зміну харчових звичок. Війна також є джерелом постійного стресу, що далі впливає на харчову поведінку. У результаті харчування може стати менш поживним, оскільки 14% ВПО мають недостатньо фінансів для регулярного забезпечення себе поживною їжею і потребують фінансової допомоги [59].

Серед воєнних конфліктів в Україні слід також згадати Другу світову війну, але варто врахувати, що цей досвід вже дещо застарілий. У той час навіть у мирний період їжа мала меншу поживну цінність і смакові якості, а концепції здорового харчування і базові технології виробництва були іншими. Це призвело до змін у харчовій поведінці, які відрізнялися від сучасних.

Велика частина харчування як військових, так і цивільних осіб того часу полягала в споживанні смакових добавок і консервантів. Це дозволяло створити ілюзію нормального життя та їжі в складних умовах, коли забезпечити населення якісними продуктами було майже неможливо, навіть за наявності грошей. Після війни дослідження виявили проблеми у харчових звичках людей, які звикли до смакових якостей продуктів, що були розроблені більше для задоволення смакових рецепторів, ніж для реальної поживної цінності [83].

Сьогодні, з огляду на інші стандарти мирного життя, такі процеси більше не відбуваються, тому порівнювати сучасні умови з тим, що було під час Другої світової війни, не є доцільним.

Серед студентів у Лівані після конфліктів також проводили дослідження, яке показало, що стрес підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки. У період мирного часу з'явилися терміни, такі як «ожиріння» та «розлади харчової поведінки», які не були пов'язані з проблемою фізичної доступності їжі, як це було під час Другої світової війни. Це покращує ситуацію для цивільних осіб, які, перебуваючи не в епіцентрі бойових дій, можуть забезпечити себе їжею довготривалого зберігання у найближчих магазинах [41].

Однак поява нових розладів харчової поведінки збільшують ризики проблем як під час конфлікту, так і після його закінчення, або при переміщенні до безпечніших регіонів. Це питання буде детальніше розглянуто у наступному розділі.

Висновки до розділу 1

Харчова поведінка є багатограним феноменом, що охоплює не лише базові фізіологічні потреби, але й соціальні та психологічні аспекти, які значною мірою впливають на здоров'я та психоемоційне благополуччя людини. Харчова поведінка сильно залежить від соціального контексту та є важливим аспектом соціалізації. При цьому традиції, культурні звички та ритуали впливають на особистісне уявлення про харчування. Також важливо зазначити, що харчова поведінка виконує такі психологічні функції як зняття емоційної напруги, самоствердження, задоволення потреб у комфорті та комунікації. Важливу роль тут відіграє образ тіла, який формується під впливом соціальних, культурних, сімейних та інформаційних факторів і включає як оцінний, так і емоційний компоненти.

У підлітковому віці, коли відбувається інтенсивний розвиток рефлексії та самосвідомості, харчова поведінка стає засобом вираження індивідуальності, а також способом приєднання до соціальних норм. У цей період значну роль відіграють однолітки та батьки, які формують уявлення про «правильне» тіло і впливають на самооцінку. Соціальне оточення через культурні стереотипи та комунікацію на тему їжі формує підліткові уявлення про харчування, що має довготривалий вплив на ставлення до власного тіла та харчову поведінку загалом.

В умовах війни стрес має додатковий вплив на харчові звички, змінюючи як фізіологічну реакцію на їжу, так і емоційні та соціальні фактори, пов'язані з харчуванням. Вибір висококалорійної, але менш поживної їжі, обмеження певних груп продуктів, надмірні фізичні навантаження, компенсація калорій через викликання рвоти - все це часто стає способом емоційного регулювання, що призводить до ризику виникнення розладів харчової поведінки чи їх посилення. Досвід біженців з інших країн показує схожі моделі адаптації до обмеженого доступу до здорової їжі, що додає нові аспекти до розуміння харчової поведінки в умовах воєнного стану.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження розладів харчової поведінки підлітків під час військового стану.

2.1. Методологічне обґрунтування та опис проведення емпіричного дослідження.

Результати теоретичного аналізу впливу військового стану на харчову поведінку підлітків визначили необхідність емпіричного дослідження цієї проблематики. Дане завдання вирішувалося в ході констатуючого експерименту, у якому вивчався вплив війни на харчову поведінку підлітків через підвищене бажання звертатися до їжі в різний спосіб у відповідь на негативні емоційні стани.

Метою даного дослідження є вивчення впливу негативних емоційних станів, викликаних війною на розлади харчової поведінки та порушення образу тіла.

Гіпотеза дослідження - передбачається, що існує вплив війни на харчову поведінку підлітків через підвищене бажання звертатися до їжі у відповідь на негативні емоційні стани, такі як тривожність, депресивність, викликані травматичними подіями під час російського вторгнення. Також передбачається, що будуть спостерігатися порушення в образі власного тіла, яке виражається у неприйнятті тіла, бажанні змінити його розміри, вагу.

У даному емпіричному дослідженні застосовувалися наступні методики (див. Додатки):

1. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ) розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха (додаток А).
2. Госпітальна шкала тривоги и депресії (HADS) (додаток Б).
3. Скринінг SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) (додаток В).
4. Експрес-опитувальник порушень харчової поведінки з моменту повномасштабного вторгнення (авторський опитувальник) (додаток Г).

1. Опитувальник образу власного тіла (ООВТ) розроблений О. А. Скугаревським і С. В. Сивуха.

Грунтуючись на досвіді клінічної роботи з пацієнтами, що страждають на порушення харчової поведінки, дисморфофобічними переживаннями в структурі різних психопатологічних феноменів (від дисоціативних розладів до розладів шизофренічного спектру) та використовуючи соціокультурні моделі ставлення до тіла та когнітивно-біхевіоральну було складено Опитувальник образу власного тіла, що містить у початковій версії 18 пунктів [32].

Опитувальник призначений передусім на вирішення практичних завдань клінічної та психотерапевтичної діагностики. Враховуючи високу ціну діагностичних помилок, особлива увага була приділена його валідизації. Зокрема, було перевірено конструктну (факторну), конвергентну, дискримінантну та критеріальну валідність. Крім того, вивчено передбачувальні можливості опоросника образу власного тіла та ціна помилок типу «хибної тривоги» та «перепустки мети» [32].

Опитувальник образу тіла (ООВТ) є працездатним психометрическим інструментом, що надає можливість оцінки ступеня незадоволеності зовнішністю як складового компонента образу тіла. В рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) і перцептивний (заснований на сприйнятті). З точки зору авторів методики, оцінний компонент ставлення до тіла відображає:

- глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, формою тіла, специфічними його частинами);
- емоції й почуття з приводу зовнішності;
- когнітивний аспект (переконання щодо зовнішності, схема тіла);
- певну поведінку (наприклад, уникнення дивитися на себе в дзеркало, зважуватися, відвідувати тренажерні зали).

Опитувальник містить 16 тверджень, які необхідно оцінити за чотирьох бальною шкалою:

ніколи;

іноді;

часто;

завжди.

Потім за підсумком суми сирих балів отримуються стенойни, які свідчать про ступень задоволення образом власного тіла (табл 2.1)

Таблиця 2.1

Бали	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-14	15-18	19-23	24
Стенойни	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пороговий бал для діагностики розладів образу тіла дорівнює 13, або 6 стенойнів.

2. Госпитальна шкала тривоги и депресии (HADS)

Шкала призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом в 1983 р. При формуванні шкали HADS автори виключали симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головні болі та інше). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, що найчастіше зустрічаються і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю [70].

Обробка результатів. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали:

«тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);

«депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки й кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою. Інтерпретація результатів:

0-7 – норма (відсутність явно виражених симптомів тривоги та депресії);

8-10 – субклінічна виражена тривога/депресія;

11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія [2].

3. Скринінг SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food)

Опитувальник SCOFF був розроблений британським психіатром Джоном Морганом у 1999 році. Це простий інструмент для скринінгу розладів харчової поведінки, зокрема анорексії та булімії. Назва SCOFF є акронімом, складеним з ключових питань опитувальника, що допомагають виявити наявність розладів харчової поведінки.

Опитувальник складається з п'яти запитань щодо основних функцій нервової анорексії та нервової булімії.

Обробка результатів: один бал за кожне «так».

Інтерпретація результатів: оцінка >2 означає ймовірний випадок нервової анорексії або булімії [67].

4. Експрес-опитувальник порушень харчової поведінки з моменту повномасштабного вторгнення

Експрес-опитувальник порушень харчової поведінки з моменту повномасштабного вторгнення був розроблений нами для дослідження суб'єктивної оцінки впливу стресових факторів та екстремальних умов на харчову поведінку підлітків. Цей опитувальник є інструментом для виявлення потенційних розладів харчової поведінки у підлітків після початку повномасштабної війни. Основна мета - оцінити зміни в харчовій поведінці, образі тіла, рівні тривожності та депресії, які виникли внаслідок потужних зовнішнього стресора - війни.

Опитувальник складається з 7 питань, які охоплюють такі аспекти: зміни у харчовій поведінці, емоційні та психологічні фактори, стресові реакції, пов'язані з війною.

Кожному питанню відповідають чотири варіанти відповіді та відображають градацію вираженості ознаки:

- зовсім ні;
- трохи є;
- значно;
- дуже сильно;

Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів:

0-7 – немає впливу (відсутність явно вираженого суб'єктивного визначення впливу війни на харчову поведінку);

8-14 – є значний вплив;

15-21 - дуже впливає війна на особисту думку респондента.

Цей опитувальник було створено на основі сучасних підходів до дослідження порушень харчової поведінки підлітків та адаптовано до специфічних умов воєнного часу.

Перейдемо до опису проведення емпіричного дослідження.

В нашому емпіричному дослідженні брали участь 54 підлітка віком 14-17 років, серед них - 27 дівчат (50% із загальної кількості), 26 хлопців (48 % із загальної кількості) та 1 гендер-флюїд.

З цієї кількості досліджуваних 14 років склали 33,3% опитуваних, 15 років - 29,6%, 16 років - 22,2 %, 17 років - 14,8 %. В Україні (в різних областях та м .Києві) проживає основна частина опитуваних - 94,4 %, закордоном - 5,6 %.

Дослідження проводилося у кілька етапів:

Перший етап – організаційний, який включав вибір діагностичних методик, пошук респондентів. Було створено гугл-форму з запитаннями із зазначених методик.

Другий етап – дослідницький, який включав дослідження впливу негативних емоційних станів, викликаних війною на розлади харчової поведінки та порушення в образі тіла у підлітків шляхом пропонування підліткам віком 14-17 років заповнити гугл-форму під час уроків, класної години, у соціальних мережах.

Третій етап – аналітичний, який включав обробку та аналіз отриманих даних.

2.2. Аналіз результатів проведення експериментального дослідження.

Проаналізуємо отримані кількісні дані проведеного дослідження та дослідимо гіпотезу, яка висувалась на початку роботи стосовно того, як військовий стан впливає на харчову поведінку підлітків.

Згідно зі скринінгом порушень харчової поведінки SCOFF із загальної кількості учасників у 54 людини маємо 30 підлітків, які схильні до розладу харчової поведінки, тобто 56% підлітків демонструють симптоми розладу харчової поведінки, а саме - викликають роту після прийому їжі, відчують, що втратили контроль над процесом прийому їжі, втратили значну частину ваги за останні півроку, вважають себе товстими, коли об'єктивно такими не є. З цих 30 людей з симптомами РХП дівчата становлять 63%, або 17 осіб, хлопці складають 46%, або 12 осіб (див. таблиця 2.2).

За опитувальником образу власного тіла нами були виявлені наступні результати: із загальної кількості учасників у 54 людини маємо 25 підлітків, які схильні до порушень образу власного тіла, тобто 46% підлітків демонструють незадоволеність власним тілом, а саме - хвилюються про власну вагу, розмір одягу, відображення в дзеркалі, порівнюють власне тіло та фігуру з іншими аби впевнитися, що є товстішими за інших, не можуть отримувати задоволення від власної діяльності адже відчують сором через власний вигляд тощо. Така ставлення до власного тіла та фігури демонструють 56% дівчат, або 15 осіб та 38% хлопців, або 10 осіб (див. таблиця 2.2).

За опитувальником HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії) нами були виявлені наступні результати: із загальної кількості учасників у 54 людини маємо 32 підлітка, або 59% схильні до субклінічно та клінічно вираженої тривоги, а саме - відчують перманентну напругу тілесну та емоційну, мають постійні нав'язливі думки, які викликають стурбованість, відчують складність в тому щоб розслабитися і відчути легкість, замість цього постійно рухаються, мають

раптові відчуття паніки. Такі поведінку, мислення та емоційні прояви демонструють 74% дівчат, або 20 осіб та 46% хлопців, або 12 осіб (див. таблиця 2).

Щодо дослідження рівня депресії за опитувальником HADS нами були виявлені наступні результати: із загальної кількості учасників у 54 людини маємо 21 підліток, або 39% схильні до субклінічно та клінічно вираженої депресії, а саме - відчують апатію та агедонію, тілесну уповільненість та важкість у дотриманні буденних ритуалів, пов'язаних із турботою про себе. Такі поведінку, мислення та емоційні прояви демонструють 44% дівчат, або 12 осіб та 35% хлопців, або 9 осіб (див. таблиця 2.2).

Нами також був розроблений експрес-опитувальник порушень харчової поведінки з моменту повномасштабного вторгнення і за його допомогою ми дослідили суб'єктивну оцінку підлітків на терек війна вплинула на їх ставлення до їжі та власного тіла та фігури: з загальної кількості учасників у 54 людини маємо 23 підлітка, або 43%, які відмітили значний та дуже значний вплив війни на їх харчову поведінку, а саме - відбулися зміни у виборах їжі в сторону дієтичного чи обмежувального харчування, відмічають значне зменшення або збільшення ваги тіла, значно посилюється бажання порівнювати себе з однолітками, стали більше уваги приділяти тренуванням та фізичній активності. Такі поведінку, мислення та емоційні прояви демонструють 63% дівчат, або 17 осіб та 23% хлопців, або 6 осіб (див. таблиця 2.2).

Задля виявлення впливу такого потужного стресора як війна на харчову поведінку підлітків порівнюємо отримані кількісні дані нашого проведеного дослідження та дослідження науковців харчової поведінки підлітків до повномасштабного вторгнення.

Кульчицька А., Федотова Т. у 2019 році відібрали 61 школяра 10-11 класів віком 15–17 років і виявили 12 осіб (20%) з ризиком харчових розладів [16].

Таблиця 2.2 Порівняльний кількісний розподіл показників, %

Показники високого рівня (%)									
Ймовірність РХП		Порушення образу тіла		Тривожність		Депресія		Вплив війни	
Дівчат а	Хлоп ці	Дівчата	Хлоп ці	Дівчата	Хлоп ці	Дівч ата	Хлоп ці	Дів чат а	Хло пці
63	46	56	38	74	46	44	35	63	23
Показники високого рівня (% від загальної кількості осіб)									
56		46		59		39		43	

Салюк М.А., Бутенко Л.А. в 2021 році досліджували 50 школярів віком від 13 до 18 років і виявили, що 42% вибірки можуть мати розлади харчової поведінки. [30].

Після російського вторгнення в Україну в лютому 2022 року дослідники провели дослідження, щоб оцінити тягар психічного здоров'я серед українських підлітків, які зазнали війни, залучивши українських підлітків віком від 15 років. Загалом 7493 відповіді були від підлітків, які проживають в Україні, а 603 відповіді – від підлітків, які проживають за кордоном. Більшість відповідей надійшла від підлітків 15 (41,7%), 16 (31,3%) або 17 (16,6%) років, 61,6% опитаних – дівчата. За оцінками на національному рівні, майже половина (49,6%) респондентів зазнали безпосереднього впливу війни, а 92,3% зазнали будь-якої психологічної травми. Дослідники помітили, що 35,0% респондентів відповідали критеріям, що зазнали клінічно значимої психологічної травми, 25,0% підлітків виявили помірну депресію, 6,9% - важку депресію, 11,9% - помірну тривожність і 5,9% - сильну тривожність, 29,5% підлітків демонструють симптоми, кваліфіковані як розлад харчової поведінки [26].

Отже, наше дослідження впливу повномасштабного вторгнення на харчову поведінку підлітків у 2024 році демонструє значне зростання тенденції виникнення розладів харчової поведінки серед підлітків під впливом потужних стрес-факторів.

Наступним етапом дослідження було проведення кореляційної залежності рівня схильності до РХП з наступними показниками: порушення образу тіла, тривожність, депресія, вплив війни.

Щоб виявити кореляцію було проведено дослідження за допомогою коефіцієнту лінійної кореляції rху-Пірсона та використано комп'ютерне забезпечення Microsoft Excel 2007.

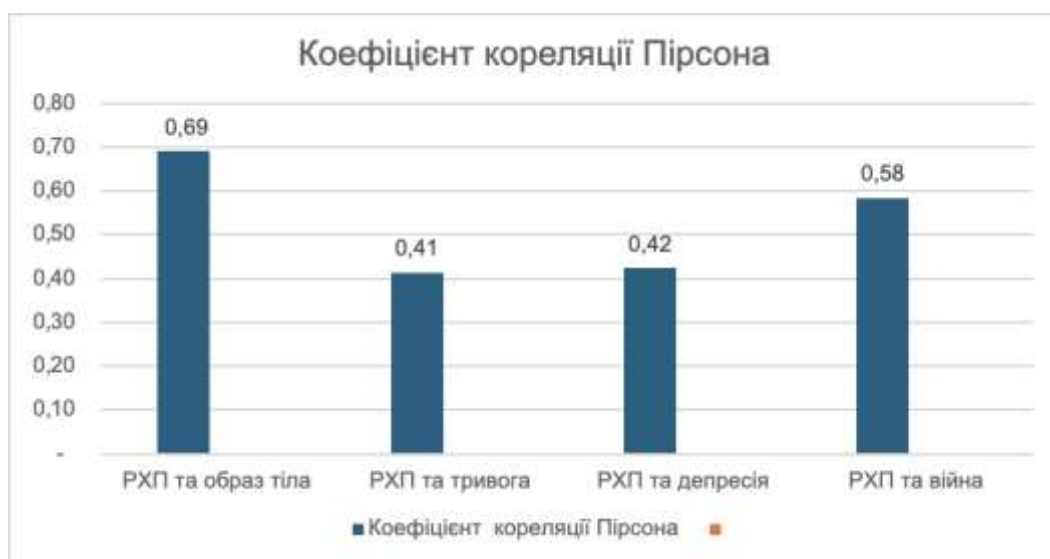


Рис.2.1. Кофіцієнт кореляції Пірсона.

Давайте детальніше розглянемо ці кореляційні коефіцієнти, щоб з'ясувати кореляційний зв'язок між розладами харчової поведінки та іншими змінними (рис.2.1).

1. РХП та порушення образу тіла має коефіцієнт кореляції Пірсона 0,69.

Значення кореляції 0,69 вказує на сильний позитивний зв'язок між РХП та порушенням образу тіла. Це означає, що зміни в образі тіла суттєво пов'язані з інтенсивністю або частотою проявів РХП. Такі показники можуть свідчити про те, що люди, які страждають від РХП, мають спотворене або негативне сприйняття власного тіла. Високий коефіцієнт можна вказати на те, що робота з образом тіла може бути компонентом у терапії РХП.



Рис.2.2. Залежність загального показника розладу харчової поведінки та порушення образу тіла.

На графіку (рис.2.2) показана залежність між показниками розладів харчової поведінки (РХП) і порушенням образу тіла. На горизонтальній осі відзначено різні рівні розладів харчової поведінки (від 1 до 6). На вертикальній осі зазначено вираженість незадоволення тілом. З графіка видно, що зі збільшенням значення РХП підвищується рівень порушення образу тіла. Це результати про позитивну кореляцію між цими двома показниками. Кожен зі

стовпців відповідає середньому значенню порушення образу тіла для певного рівня РХП. Над стовпчиками позначені відрізки, які можуть вказувати на стандартну похибку чи довірчий інтервал для кожного значення. Найбільша варіативність для 5-го та 6-го рівнів РХП. Ці результати свідчать, що зростання показників розладу харчової поведінки пов'язане із збільшенням рівня незадоволеністю тілом. Це може бути основою для подальших досліджень і розробки корекційних програм.

2.РХП та тривога має коефіцієнт кореляції Пірсона 0,41.

Кореляція 0,41 є середньою і вказує на наявність помірного зв'язку між РХП та тривогою. Це можна свідчити про те, що тривожні стани часто супроводжують розлади харчової поведінки, хоча їх зв'язок не є надто сильним. Можливо, тривога є супутнім симптомом, але не основною причиною РХП. Психологічна терапія для осіб із РХП може включати методи управління тривогою для полегшення загального стану пацієнта.

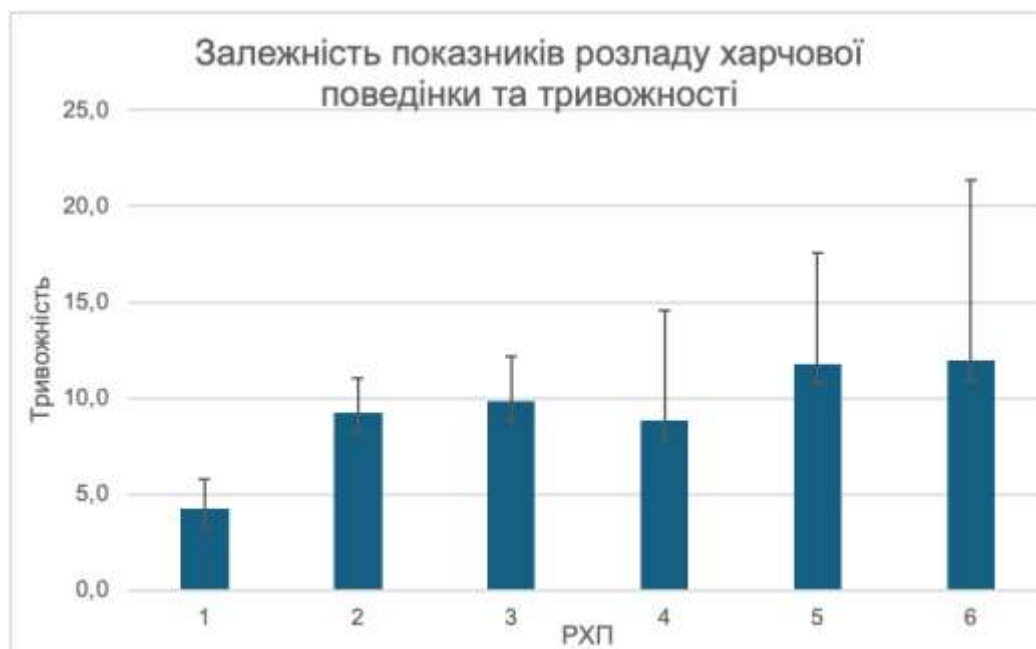


Рис. 2.3. Залежність загального показника розладу харчової поведінки та тривожності.

Графік (рис.2.3) демонструє залежність між показниками розладу харчової поведінки (РХП) та рівнем тривожності. По горизонтальній осі розташовані різні рівні розладів харчової поведінки, на вертикальній осі – рівень тривожності. Динаміку спостерігаємо наступну – із зростанням рівня РХП наявна тенденція до підвищення середнього рівня тривожності. Початкові рівні РХП (1–2) демонструють нижчий рівень тривожності порівняно з рівнями РХП 5–6. Вертикальні лінії на стовпцях вказують на інтервали помилок або стандартного відхилення. Вони демонструють варіативність даних у кожній групі. У групах 5–6 помилки більші, що говорить про вищу розбіжність даних у цих категоріях. То ж, залежність між рівнем РХП і тривожністю, ймовірно, є прямою: підвищення проявів розладу харчової поведінки асоціюється із вищим рівнем тривожності. Варіативність тривожності вища в категоріях із високим рівнем РХП, що можна свідчити про більшу індивідуальну різницю у впливі цих розладів на тривожність.

3.РХП та депресія має коефіцієнт кореляції Пірсона 0,42.

Кореляційний коефіцієнт 0,42 також є середнім і показує, що депресивні стани переважно пов'язані з РХП. Це означає, що депресія може бути присутня у деяких людей з РХП, але вона не є обов'язковою умовою. Проте терапевтичні програми для людей з РХП можуть включати допомогу при депресії, щоб покращити ефективність лікування. На графіку (рис.2.4) зображено залежність між показниками розладів харчової поведінки (РХП) та рівнем депресії. Горизонтальна вісь представляє різні рівні розладів харчової поведінки, вертикальна – демонструє середній рівень депресії. Стовпчики відображають середнє значення рівня депресії для кожного рівня РХП. Аналізуючи ці дані ми спостерігаємо:

- Найнижчий рівень депресії на рівні РХП = 1. Найвищий рівень депресії (приблизно 10-15 балів) відповідає показнику РХП = 6.
- На рівнях РХП = 5 та РХП = 6 помітно більші довірчі інтервали, що може свідчити про більшу варіативність у виборі або менші точні результати.
- Для показників РХП = 1, 2, 3 довірчі інтервали є вузькими, що показує більш стабільні результати.



Рис. 2.4. Залежність загального показника розладу харчової поведінки та депресії.

4.РХП та вплив війни має коефіцієнт кореляції Пірсона 0,58.

Кореляція 0,58 між РХП та війною вказує на досить сильний зв'язок (рис. 2.5.). Це можна свідчити про те, що фактор стресу, такий як війна, суттєво впливає на розвиток або погіршення РХП. Можливо, люди, які переживають

конфліктні ситуації чи наслідки війни схильні до розвитку розладів харчової поведінки як відповідь на стрес. Це підкреслює важливість підтримки психічного здоров'я в умовах воєнного стресу для запобігання розвитку РХП.



Рис. 2.5. Залежність загального показника розладу харчової поведінки та впливу війни.

Графік демонструє залежність між показниками розладів цієї харчової поведінки (РХП) та впливом війни. На горизонтальній осі позначені різні рівні РХП (від 1 до 6), а на вертикальній осі – ступінь впливу війни. Кожен стовпчик на графіку показує середнє значення впливу війни для відповідного рівня РХП, а вертикальні лінії над стовпчиками позначають довірчі інтервали. Ось деякі наші спостереження:

- з підвищенням рівня РХП видно загальну тенденцію до підвищення середнього показника впливу війни. Це можна свідчити про те, що люди з більш вираженими симптомами РХП відчують більший вплив війни;
- довірчі інтервали стають більшими для вищих рівнів РХП (5 і 6), що вказує на більшу варіативність у сприйнятті впливу війни серед цієї групи;
- люди з найнижчим рівнем РХП (1) демонструють найменший вплив війни, із мінімальною варіативністю;
- цей графік може відображати взаємозв'язок між психологічними станами (зокрема розладами харчової поведінки) і стресовими факторами, пов'язаними з війною. Зростання впливу війни при збільшенні рівня РХП може свідчити про те, що люди з важкими розладами є більш вразливими до соціальних та психологічних потрясінь, спричинених війною.

З отриманих результатів кореляційного аналізу можна зробити наступні висновки:

- високі кореляції РХП з порушенням образу тіла та війною можуть вказувати на те, що розлади харчової поведінки можуть виникнути або посилитися внаслідок низької самооцінки або травматичних подій;
- тривога та депресія мають помірні кореляції, що говорять про те, що вони можуть бути супутніми факторами, але не основними причинами;
- загалом, результати можуть допомогти фахівцям з психічного здоров'я розробити комплексні підходи до лікування РХП, беручи до уваги як особистісні фактори (образ тіла), так і зовнішні (стрес від війни).

Висновки до 2 розділу.

Проведене нами емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу, яка висувалася щодо суттєвого впливу війни на психологічне здоров'я підлітків, особливо в аспекті їхньої харчової поведінки та сприйняття власного тіла. Серед 54 підлітків віком 14-17 років, які взяли участь у дослідженні, 56% мають симптоми розладів харчової поведінки, а 46% мають порушення образу тіла. У порівнянні з попередніми дослідженнями до повномасштабного вторгнення росії в Україну наразі спостерігаємо значне зростання кількості випадків РХП серед підлітків у період війни.

Знайдено сильний позитивний кореляційний зв'язок (коефіцієнт 0,69) між розладами харчової поведінки та порушенням образу тіла, що свідчить про тісний зв'язок цих феноменів. Кореляція між розладами харчової поведінки та впливом війни (коефіцієнт 0,58) підкреслює значний вплив зовнішніх стресових факторів на розвиток цих розладів. Помірна кореляція між РХП і тривогою (0,41) та депресією (0,42) попри те, що ці душевні стани супроводжують харчові розлади, але не є їх основною причиною, хоча графічний аналіз результатів підтверджує тенденцію до посилення тривожності, депресії та негативного образу тіла з підвищенням рівня РХП.

Дівчата значно частіше демонструють як симптоми розладів харчової поведінки (63%), так і тривожність (74%) у порівнянні з хлопцями. Згідно нашого авторського експрес-опитувальника щодо суб'єктивної оцінки впливу війни 43% підлітків відзначають значний вплив війни на їх харчову поведінку. Підлітки, які демонструють вищі рівні РХП, частіше повідомляють про негативний вплив війни, що вказує на їх більшу вразливість до стресу.

Проведений нами аналіз показав, що підтримка психічного здоров'я підлітків у воєнний час є вкрай важливою для попередження харчових розладів. Тому на нашу думку необхідна розробка програми психологічної підтримки, що

включає профілактичну та корекційну роботу з харчової поведінки, образом тіла та управління стресом, а також роботу з найближчим оточенням. Виявлені у дослідженні зв'язки можуть бути основою для створення цільових інтервенцій та профілактичних заходів у шкільному середовищі.

Загалом, дослідження наголошує на важливості моніторингу психічного здоров'я підлітків у складних соціальних умовах, а також необхідне подальше вивчення довготривалих наслідків війни для харчової поведінки підлітків.

РОЗДІЛ 3. Практичні основи здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки.

На сьогодні проблема корекції проблемної харчової поведінки та ваги тіла є міждисциплінарною, і, переважно, розглядається фахівцями наступних напрямів: біологічного (А. М. Вейн, М. М. Гінзбург, А. В. Володькіна, Л. Єфімова, Н. М. Зубар, М.І. Кузін, О. М. Лобикіна, І. В. Терещенко та ін.) та психологічного (Т. Г. Вознесенська, М. А. Гаврилов, Н. Ю. Краснопорова, І. Г. Малікіна-Пих, Н. М. Платонова, А.В. Пріленська, А. В. Ротов, В. А. Сафонова, І. І. Федорова та ін.). Біологічний напрям корекції ХП та ваги тіла включає «медичні способи», а саме: фармакотерапію (М.І. Кузін, І. В. Терещенко, Р. Vinai, J. E. Mitchell та ін.), хірургічні методи (М. М. Романов, В. М. Полонський, М. А. Трунін, А. Song та ін.), а також «способи образу життя», які поєднують розробки численних дієт, різноманітних способів корекції форми тіла та гігієни харчування. Зокрема, відзначимо комплексний підхід до корекції надлишкової ваги Д. Г. Бессесен та Р. Кушнер, корекції форм тіла А. В. Володькіної та ін., дієтологічний супровід програм корекції фігури Л. Єфімової та основ гігієни харчування Н. М. Зубар. Ми поділяємо думку низки науковців (М. А. Гаврилова, Н. Ю. Краснопорової, О. М. Лобикіної, А. В. Пріленської, А. В. Ротова, І. І. Федорової, M. N. Silva, D. A. Markland, C. S. Minderico та ін.) щодо існуючих певних переваг біологічного напрямку та вважаємо, що у тому випадку коли задля корекції ХП та ваги тіла застосовуються тільки способи біологічного напрямку (фармакотерапія, дієтотерапія, лікувальне голодування, хірургічні методи), то на другий план відсуваються особистісні особливості та взаємини клієнта, без зміни або корекції яких неможливо досягти стійкого позитивного результату. На нашу думку корекція ХП та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної [38].

3.1. Сучасні психотерапевтичні підходи до профілактики та корекції проблемної харчової поведінки у підлітків.

Більшість сучасних профілактичних та лікувально-реабілітаційних програм для людей з проблемною харчовою поведінкою містять у собі прийоми й методи поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії (W. S. Agras, G. G. Faiburn, G. Wilson et al.). У працях Н. Ю. Красноп'ярової, І. І. Федорової, О. О. Маркова, М. Е. Connors, К. Tchanturia et al, G.T. Wilson et al. підкреслюється значення «дидактичних інструкцій» (інформування, роз'яснення) задля корекції когнітивних перекручених уявлень про зовнішність та харчування, що характерно при розладах харчової поведінки. Клієнтам пропонують ведення щоденника спостережень за проявами власної харчової поведінки, фіксуючи кількість, об'єм та час прийняття їжі, моменти відчуття голоду, ситості та інше (J. E. Mitchell, G. T. Wilson et al.). Автори підкреслюють значення інструктивно-інформативних матеріалів для подолання перекручених уявлень клієнтів про вагу та способи її регуляції, принципи раціонального харчування [37].

Психодинамічна психотерапевтична робота з особами з проблемною ХП зумовлена необхідністю вирішення конфліктної ситуації, яка зумовлена неусвідомлюваними потягами; складної комбінації доедипальних та едипальних конфліктів, а також низької самооцінки, що виникає внаслідок порушень самості (self) (Н. Kohut), та /або нарцисичних проблем (L. Wurmser). Дослідження, проведені задля перевірки ефективності застосування психодинамічної терапії щодо проблемної ХП, показали достатньо значущі результати (D. M. Garner et al, J. Yager, R. Savitt, H. Bruch et al.).

Психотерапія міжособистісних відносин. Питання групового психотерапевтичного лікування хворих з порушеннями ХП розглядаються у працях Н. Ю. Красноп'ярової, І. І. Федорової, Р. Ю. Шипачова, J. E. Mitchell et al. Більшість програм групової терапії спрямовані на створення можливості

клієнтам поділитися з іншими своїми думками, тривогами, переживаннями та на оптимізацію міжособистісних стосунків (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова та ін.).

Сімейній психотерапії ХП присвячені публікації багатьох авторів (П. Пепп, В. Сатир, G.Paulson-Karlsson, L. Rutherford, J. Couturier, Р. К. Keel, А. Haedt, G. Paulson-Karlsson et al.). Цей метод психотерапії може бути показаний при лікуванні різних форм порушеної харчової поведінки.

Тілесно-орієнтована психотерапія – один із методів цілісного підходу до розуміння природи та функціонування людини. Тілесні техніки розширюють активну або спрямовану уяву, яка охоплює не тільки образи, але й усвідомлення людиною тілесних відчуттів, вивчення і переробку різних тілесних станів потреб, бажань і почуттів, що з'являються. Усі методи тілесної терапії спрямовані на забезпечення умов, у яких людина зможе пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості і тим самим отримати можливість для поліпшення свого функціонування. Підхід групової тілесно-орієнтованої психотерапії з диференційованими програмами для основних груп клієнтів з порушеннями харчової поведінки розроблений у межах короткострокової та довгострокової психотерапії. Кожна програма має чітку структуру та припускає усвідомлення і переживання.

Трансперсональна психотерапія виходить із гуманістичного напрямку психології (В. В. Майков) і базується на твердженні, що трансперсональні переживання є особливими явищами, заснованими на глибинних структурах несвідомого з областей, не охоплених класичним фрейдівським психоаналізом (С. Гроф, В.В. Майков, В. В. Козлов). Серед сучасних психотехнік, які допомагають людині позитивно трансформувати свідомість як цілісну модель людини та надають можливість роботи на всіх рівнях її структурної організації, використовуючи змінені стани свідомості, виділяють: холодинаміку (В.Вульф, США), тілесноорієнтовану психотерапію (Т. Браунінг (США), В. Ю. Баскаков

(РФ) тощо), дихальні техніки: ребефінг (Л. Опп, США), холотропне дихання (С. Гроф, США).

Екзистенціально-феноменологічний напрям зосереджений не на вивченні виявів психіки людини, а на самому її житті в нерозривному зв'язку зі світом та іншими людьми. На думку F. Strasser, A. Strasser мета терапії полягає в тому, щоб спрямовувати клієнта до прийняття своєї поведінки як шкідливої або дисфункціональної, а також допомогти в здійсненні бажання його зміни. E. Spinelli стверджує, що будь-яка однобічна спроба терапевта змінити поведінку клієнта є антитерапевтичною.

Гештальт-підхід спрямований на навчання усвідомлення поточних психічних процесів та границь особистісної відповідальності, присвоєння й асиміляцію досвіду, заохочення до автономії й особистісного вибору, у тому числі і у міжособистісних стосунках. Застосування гештальт-підходу може бути рекомендоване для клієнтів з невротичними розладами – як з високим, так і з недостатнім особистісним контролем, і, отже, може успішно застосовуватися для нормалізації харчової поведінки, зниження або набору ваги (залежно від бажання клієнта) [37].

Що стосується людей підліткового віку, то тут є певні особливості щодо видів профілактики та лікування порушень харчової поведінки.

Визначення найбільш оптимального методу лікування для підлітка може бути складною задачею, оскільки дослідження та медична спільнота все ще зіштовхуються з кількістю великою невідомих. На щастя, сьогодні ми знаємо набагато більше, ніж раніше, про психотерапевтичні підходи, які сприяють покращенню харчової поведінки та розумінню психологічних складників деяких своїх проблем та сприяють тому, аби повернути підлітка до нормального підліткового життя.

Принципи надання медико-психологічної допомоги пацієнтам підліткового віку спрямовані на її комплексність, послідовність, особистісне та

мікросоціальне (родинне) і соціальне спрямування. Вони обумовлені етіопатогенетичним підходом, визначенням ступеня функціональних можливостей дитини і повинні спрямовуватися на провідні клінічні та патопсихологічні порушення стосовно кожної нозології. Комплексний характер надання такої допомоги включає поєднання медико-психологічної корекції та психотерапії і фармакотерапії з можливим залученням інших корекційно-терапевтичних та реабілітаційних заходів. Важливим завданням Психокорекційної роботи з підлітками є комплексний підхід, спрямований на конструктивну організацію їхнього життя і нормалізацію взаємодії дитини передусім з близькими для неї людьми. Емоційно-поведінкова адаптація дитини до наявного контексту свого життя (свого оточення, навчання, контактування з однолітками врахування) в роботі медичним психологом (дитячим психотерапевтом) досягається лише з умов розвитку тих можливостей та способів, які є доступними пацієнтові за його віком, особистісними характеристиками, характером наявних порушень психічного розвитку або психопатологічних розладів, що зазвичай починаються у дитячому та підлітковому віці. Вкрай важливе значення відводиться визначенню патогенного впливу середовища цих чинників - контексту життя дитини. Саме тому в переважній більшості випадків корекційної роботи з підлітками основні терапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на зміну ситуації, в якій опинився пацієнт, тобто на роботу з найближчим оточенням (рідними), а також за можливості - зі школою (однокласниками вчителями) [23].

Перш ніж ми перейдемо до опису різноманітних терапевтичних підходів з корекції розладів харчової поведінки, важливо окреслити, що більшість досліджень, що показують ефективність терапевтичних підходів, сфокусовано на людях, які повністю відповідають критеріям анорексії та булімії. Це не означає, що не існує терапевтичних підходів, якщо підліток не відповідає всім критеріям розладів харчової поведінки. Клінічний досвід показує, що в більшості випадків

дитина з симптомами, схожими на анорексією чи булімією, повинна отримувати таке саме лікування, як і підлітки, повністю відповідають критеріям цих захворювань.

Лише декілька видів лікування для підлітків з анорексією систематично вивчалися з використанням достовірних наукових методів. Психологічні види лікування анорексії, які досліджувались, включають терапію, засновану на сімейному підході (family-based treatment - FBT), терапію, сфокусована на підлітку (AFT) та когнітивно-поведінкову терапію.

6 рандомізованих клінічних досліджень, загальна кількість учасників яких - 323 підлітка, оцінювали ефективність FBT. В цих дослідженнях FBT була так само ефективна чи перевищувала інші види терапії. Ці дослідження також показали, що FBT спрацювала швидше в досягненні набору ваги та зменшила необхідність госпіталізації. Хоч AFT (індивідуальна терапія, спрямована на самостійність та автономії підлітка) була не такою ефективною, як FBT, в цих дослідженнях, цей метод був корисним багатьом підліткам, особливо тим, симптоми яких були більш легкими. КПТ була задіяна в одному дослідженні і виявилася найбільш економним методом з точки зору витрат у порівнянні зі звичайним лікуванням чи госпіталізацією. Дослідження ж, яке використовувало розширену версію КПТ (CBT-E), вважає, що цей новий підхід може також бути корисним підліткам з анорексією.

Оскільки розлади харчової поведінки часто виникають у підлітків, роботу з родиною визначають важливим шляхом у лікуванні. Сімейна терапія в основному робить акцент на сімейні системи як потенційному рішенні дилеми розладу харчової поведінки у підлітків. Хоча були знайдені важливі відмінності між ранніми спробами задіяти батьків в лікуванні підлітка з розладом харчової поведінки та більш пізньою роботою, основним мотивом якої було включити батьків безпосередньо в процес лікування, оскільки батьки найбільш корисні в

подоланні хвороби свого підлітка. Тому сімейна терапія розладів харчової поведінки розглядається як ефективне лікування з середини 1970-х років [21].

Структурна сімейна терапія розробила підхід до нервової анорексії з точки зору лікування психосоматики родин. Деяка кількість контрольованих та неконтрольованих експериментів в сфері сімейної системної терапії мали місце в 1970-х та 1980-х роках. Мінухін та інші науковці повідомляють про гарний результат у 80% випадків з використанням структурної сімейної терапії [20].

Даний підхід розглядає дітей в таких родин як психологічно вразливих до сімейних взаємодій, характеристики яких включають заплутаність, гіпоропіку, ригідність та уникання конфлікту. Загалом дитину розглядають як ту, чия роль у сімейному униканні конфлікту є критичною і хто діє як потужний посилювач симптомів. Структурні інтервенції покликані змінити сімейну організацію, кинути виклик союзом між батьками і дітьми, які підривають батьківську ефективність. Додатковим покращенням служить створення більш сильних підсистем братів і сестер та сприяння більш відкритій комунікації як всередині родини, так і у широкому соціальному контексті. Використовую даний підхід в родин з харчовими розладами, мінусів додав до нього терапевтичний сімейний обід, під час якого батьки намагаються встановити контроль над харчуванням. Коли це відбувається, емоційна залученість дитини у відношенні до батька і матері знижується, в той час, як батьки, працюючи разом, посилюють свою ефективність як батьківська пара. Деякі елементи цього підходу лежать в основі практики сімейного обіду, яка використовується для лікування підліткової нервової анорексії в терапії, заснованій на сімейному підході (FBT).

Отже, підхід системної сімейної терапії фокусується не на симптомах чи на тому щоб впоратися з ними, як це робить FBT, а на більш загальних сімейних процесах. Тому головна відмінність, про яку важливо пам'ятати, полягає в тому, що в FBT, в порівнянні з системної сімейної терапією, не вважають, що з

родиною «щось не так», а навпаки, вважають родину найкращим ресурсом для одужання.

Суть терапії, заснованій на сімейному підході (FBT) полягає в наступному. Спочатку батькам та всій родині допомагають зрозуміти, наскільки серйозною проблемою є розлад харчової поведінки. Для цього психотерапевт робить огляд того, наскільки підліток змінився, а також описує траєкторію серйозних проблем (психологічних і медичних), які можуть виникнути, якщо залишити розлад харчової поведінки без уваги. Далі психотерапевт допомагає членам родини побачити, наскільки важлива їх роль в подоланні хвороби, нагадує нагадуючи батькам про їх можливості та попередні успіхи у вирішенні інших сімейних проблем. Психотерапевт також нагадує батькам, що саме вони несуть відповідальність за створення такого середовища, яке буде підтримувати позитивні зміни в поведінці підлітка, пов'язані з їжею та вагою. Ця відповідальність може здатися занадто великою, тому батьки можуть розраховувати на допомогу терапевта: він не буде говорити їм, що робити, але буде разом з ними спостерігати за їх успіхами та складнощами, а також буде разом з ними вирішувати проблеми, використовує ті ресурси батьків та сиблінгів, які можуть бути корисними. Мотивуючи батьків таким чином, психотерапевт задіює свій досвід та знання, щоб консультувати батьків відносно того, як вони можуть змінити неадекватну харчову поведінку дитини. Працюючи разом з терапевтом, більшість батьків здатні отримати вражаючі зміни у харчовій поведінці достатньо швидко. Коли ця поведінка перестає бути головним предметом уваги, терапевт радить батькам допомагати підлітку впоратись за харчуванням самостійно, але під наглядом. Як тільки підліток починає ефективно справлятися з харчуванням і вагою самостійно, терапевт переходить до заключної стадії лікування, на якій він разом з членами родини розробляє стратегічний план того, як їм вирішувати більш загальні підліткові проблеми. Це

допомагає підготувати родину до завершення терапії і переходу до нормального життя [21].

Отже, терапія, заснована на сімейному підході (FBT) відрізняється від інших видів терапії для підлітків в деяких ключових моментах. По-перше, вона не розглядає підлітка як того, хто контролює свою харчову поведінку, навпаки, харчовий розлад контролює підлітка. Тому підліток розглядається не як людина, яка функціонує на своєму віковому рівні, а як дитина значно меншого віку, яка потребує серйозної допомоги зі сторони батьків. По-друге, лікування покликане змінити такий стан речей шляхом посилення батьківського контролю. Батькам доведеться контролювати харчування та вагу дитини. Часто такий контроль стає не успішним, оскільки батьки відчувають себе винними в тому, що дитина захворіла на харчовий розлад, або симптоми хвороби лякають їх настільки, що це заважає їм діяти рішуче та ефективно. По-третє, терапія категорично наполягає на тому, щоб терапевт в першу чергу зосередився на задачі відновлення ваги дитини, особливо на ранніх етапах лікування. На відміну від структурної сімейної терапії Мінухіна, FBT прагне до «взаємодії з харчовим розладом» протягом тривалого часу. Це означає, що терапевт зосереджується на головній задачі — збереження фокусу уваги батьків на наборі дитиною ваги і на тому, щоб він виявився вільним від захоплення розладом харчової поведінки [20].

Ремісія проявів розладу харчової поведінки означає, що підліток не обмежує свій раціон харчування, не переїдає, не очищується, не приймає послаблюючі і не займається надмірними фізичними вправами. Вона також проявляється в його здатності самостійно харчуватися і адаптуватися до різноманітних умов,. Підліток має вільно вживати ті самі продукти, які він їв приблизно за 2 роки до появи розладу, не проявляючи яких-небудь харчових обмежень. Також він не має бути одержимим фізичними навантаженнями, не використовувати їх, щоб спалити спожиті калорії або контролювати форму та вагу тіла, більш того, здоровий підліток не турбується через пропущені вправи.

Психологічне відновлення включає в себе як емоційне так і когнітивне відновлення: підлітки можуть емоційно переносити обставини, які викликають тривогу, а також ситуацій, котрих вони раніше уникали, зменшується частота та інтенсивність думок, які провокуються розладом харчової поведінки, покликаних до харчових обмежень, очищень та інше [68].

Оскільки розлади харчової поведінки пов'язані з високим рівнем супутніх захворювань, низьким рівнем звернень за допомогою та кількома психологічними порушеннями, поширення ефективних профілактичних програм має бути пріоритетом громадської охорони здоров'я, зокрема через запровадження шкільних профілактичних програм (Stice, Becker та ін., 2013) [7].

Закордонний досвід профілактики розладів харчової поведінки вкрай важливий, він заснований на залучення шкіл у виховання психічного та фізичного здоров'я дітей та підлітків.

Мельбурнська декларація про освітні цілі для молодих австралійців визначає загальнонаціональні цілі для австралійських шкіл, з якими погодилися всі міністри освіти Австралії. Відповідно до цієї декларації «школи відіграють життєво важливу роль у сприянні інтелектуальному, фізичному, соціальному, емоційному, моральному, духовному та естетичному розвитку та добробуту молодих австралійців». Однією з освітніх цілей, викладених у декларації, є те, що «всі молоді австралійці ... мають почуття власної гідності, самосвідомості та особистої ідентичності, що дозволяє їм керувати своїм емоційним, психічним, духовним і фізичним благополуччям». Отже, виховання психічного та фізичного здоров'я має вирішальне значення в усіх австралійських школах, і вчителі відіграють важливу роль у сприянні здоров'ю та добробуту в шкільному середовищі. Важливим аспектом усіх шкільних програм здоров'я та благополуччя є освіта щодо образу тіла, невпорядкованого харчування, ризиків дієти та розладів харчової поведінки.

Наявність правильної інформації та освіти про розлади харчової поведінки може допомогти запобігти розвитку розладу харчової поведінки, полегшити страждання людини на ранніх стадіях розладу харчової поведінки та зменшити стигму і неправильні уявлення, які оточують розлади харчової поведінки. Зусилля щодо просування позитивного образу тіла та вибору здорового способу життя мають бути інтегровані в навчальну програму кожної школи як загальну практику з метою проактивного сприяння запобіганню виникненню розладів харчової поведінки, а не просто реагування на існуючі проблеми.

Люди, у яких розлад харчової поведінки виявлено та проліковано на ранній стадії, мають значно кращі шанси на одужання порівняно з тими, хто живе з розладом харчової поведінки довше; це особливо актуально для молоді. Однак середня тривалість затримки лікування є надзвичайно довгою (10 років для тих, хто відповідає критеріям нервової булімії, і 15 років для тих, хто відповідає критеріям нервової анорексії). Це свідчить про те, що люди з розладами харчової поведінки відчують значні перешкоди для пошуку допомоги. Однією з основних перешкод було визначено стигматизацію, яка існує навколо розладів харчової поведінки. Щоб зменшити стигматизацію, пов'язану з розладами харчової поведінки, необхідно змінити ставлення та знання широкої спільноти про розлади харчової поведінки. В Австралії спостерігається зростання обізнаності щодо психічного здоров'я та активні зусилля уряду, засобів масової інформації та широкої спільноти для зменшення стигми та підвищення грамотності щодо психічного здоров'я. Вчителі мають вагомий позицію, щоб допомогти в цих зусиллях. Для раннього втручання молоді люди та ті, хто їх підтримує, повинні вміти розпізнавати та реагувати на ознаки дистресу, зниження працездатності та інші ознаки, які спостерігаються на ранніх стадіях розвитку розладу харчової поведінки. Людина, яка має або має ризик розвитку розладу харчової поведінки, часто може відчувати високий рівень сорому, амбівалентності та заперечення. У результаті цього ця особа може потребувати

керівництва та підтримки з боку оточуючих, щоб зробити перші кроки до запобігання або лікування розладу харчової поведінки. Тому дуже важливо, щоб школи працювали над поглибленням свого рівня розуміння розладів харчової поведінки [47].

Стратегії у профілактиці розладів харчової поведінки повинні мати диференціацію, бути первинними, вторинними та третинними в залежності від того чи немає цих порушень серед підлітків чи вже є в наявності.

Первинні профілактичні заходи спрямовані на запобігання виникненню або розвитку розладу харчової поведінки та можуть бути універсальними та вибілковими.

Універсальні профілактичні заходи спрямовані на цілі громади та спрямовані на зміцнення загального здоров'я та благополуччя, сприяння стійкості та зниження ризику розладів харчової поведінки серед населення без симптомів. Цього можна досягти в школах, орієнтуючись на цілорічні групи. Універсальні профілактичні підходи спрямовані на те, щоб запобігти виникненню розладів харчової поведінки у тих, хто має високий ризик, а також сприяти загальному здоров'ю та благополуччю тих, хто має низький ризик розладів харчової поведінки. Студенти віком від 12 до 15 років є відповідною групою для цих підходів, оскільки відомо, що на цій стадії раннього підліткового віку розвивається багато особистих і екологічних факторів ризику, які можуть спровокувати розлад харчової поведінки (наприклад, природне збільшення жиру та ваги, пов'язане зі статевим дозріванням, підвищене бажання прийняти однолітків, початок романтичного інтересу, зміни в академічних очікуваннях).

Конкретні цілі універсальних заходів можуть включати:

- Покращення загального стану здоров'я, харчування та психологічного благополуччя (наприклад, самооцінка, позитивний образ тіла)
- Підвищення медіаграмотності та сприяння критичному оцінюванню медіа-повідомлень

- Допомога дітям навчитися керувати соціокультурними впливами, пов'язаними з розвитком незадоволеності образом тіла
- Зменшення цькування, у тому числі через вагу.

Вибіркова профілактика для дітей та молоді.

Замість того, щоб націлюватися на все населення, програми вибіркової профілактики націлені на тих, хто входить до груп підвищеного ризику. Зазвичай це стосується дівчат, але також може включати такі популяції, як спортсмени та танцюристи. Загалом вибірккові втручання для населення спрямовані на зміцнення загального здоров'я та благополуччя, підвищення стійкості та зниження ризику розладів харчової поведінки.

Конкретні цілі вибіркового втручання можуть включати:

- Покращення загального стану здоров'я, харчування та психологічного благополуччя (наприклад, самооцінка, позитивний образ тіла)
- Підвищення медіаграмотності та сприяння критичному оцінюванню медіа-повідомлень
- Зменшення цькувань, у тому числі через вагу
- Допомога особі визначити ціни досягнення західного культурного ідеалу тіла «худого» (для дівчат) або «м'язистого/сухого» (для хлопців)
- Сприяння прийняттю здорового, збалансованого ставлення до образу тіла, харчування та ваги
- Зменшення значення форми тіла та ваги для визначення особистого успіху, щастя та власної гідності
- Забезпечення освіти щодо фізичних і психологічних наслідків дієти та екстремальних дієтичних обмежень
- Проведення психоосвіти щодо збалансованого харчування та фізичної активності

Втручання вторинної профілактики спрямовані на зниження тяжкості та тривалості захворювання шляхом раннього втручання, включаючи ранне

виявлення та раннє лікування. Ці втручання відбуваються на ранніх стадіях розвитку розладів харчової поведінки та спрямовані на те, щоб підкреслити, що розлади харчової поведінки добре піддаються лікуванню, дуже поширені та є лише кроком далі в континуумі розладів харчової поведінки. Ці спроби нормалізувати поведінку людини мають на меті спонукати людину на ранній стадії розладу харчової поведінки звернутися за допомогою. Вторинна профілактика в школах є найбільш актуальною для членів групи соціального забезпечення, таких як шкільні консультанти, які часто заохочують учнів шукати сторонню допомогу.

Третинна профілактика спрямована на зменшення впливу розладу харчової поведінки на життя людини за допомогою таких підходів, як реабілітація та запобігання рецидивам [47].

Різні метааналізи (наприклад, Стайс та Шоу 2004; Фінгерет та ін. 2006; Стайс та ін. 2007) надали конкретну інформацію про ефективний підхід до профілактики розладів харчової поведінки. Stice та ін. (2007) у своєму метааналізі визначили 51 різну програму профілактики розладу харчової поведінки [89]. Більшість програм створено для дівчат віком від 14 до 18 років і є втручаннями в малих групах. 51% програм зменшили фактори ризику (наприклад, незадоволеність своїм тілом, інтерналізацію ідеальної худорлявості або дієту), а 29% – патологічне харчування. Сильніший ефект втручання спостерігався в вибіркових, інтерактивних, багатосесійних програмах, які пропонувалися виключно жінкам і особам старше 15 років. Програми були класифіковані відповідно до сфери змісту, на якій вони зосереджені (психоосвітні; здорова вага; соціокультурний вплив; зміцнення тіла; самооцінка), індукція дисонансу або стрес і подолання). Програми, що містили психоосвітній зміст, мали значно нижчу ефективність; включення прийняття тіла та дисонансу було пов'язано з вищою ефективністю. Варто відзначити, що 15 програм, які призвели до значного зниження патології харчової поведінки, надзвичайно

відрізнялися, що свідчить про те, що кілька методів можуть бути плідними. На додаток до цих специфічних характеристик ефективних профілактичних програм можна покластися на велику роботу та досвід профілактики в цілому [89].

Однією з таких шкільних програм профілактики розладів харчової поведінки є Програма POPS (Potsdam Prevention at Schools), розроблена в Німеччині [88].

POPS був розроблений як багатосесійна програма первинної профілактики для школи. Базуючись на поточному стані досліджень ризиків і захисних факторів, а також зважаючи на високу супутню патологію розладів харчової поведінки, був застосований ширший підхід, який охоплює такі питання, як здорове харчування та фізичні вправи, подолання стресу, самооцінка та прийняття свого тіла, тиск на тему ваги, пов'язаний із однокласниками та засобами масової інформації про вагу. У програмі немає чітких інструкцій щодо розладів харчової поведінки та пов'язаних із цим ризиків для здоров'я. Швидше, увага зосереджена на зміцненні загальних життєвих навичок і ресурсів, які також можуть допомогти уникнути незадоволення власним тілом і нездорових заходів контролю ваги [88].

Під час реалізації програми було застосовано інтерактивний дискурс навколо тем, згаданих вище. Це різні методи та матеріали, наприклад, фільми, ігри, групові вправи та робочі аркуші, щоб заохотити процес рефлексії власного ставлення до тіла та харчової поведінки. Отримання знань контролювали і підтримували вчителі шляхом використання реалістичних ситуацій, що відповідають віку та статі, або запитань про власний досвід учнів, щоб учні могли ототожнювати себе з особами в прикладах, щоб теми вважалися актуальними. На додаток до робочого матеріалу, який розглядався під час уроків, учні також отримали інформаційні листи та домашні вправи, щоб переконатися, що повідомлення переноситься на повсякденне життя підлітків.

У сукупності програма POPS була спрямована на учнів 7-9 класів (віком від 12 до 16 років), релевантна вікова група з точки зору первинної профілактики. Програмою користувалися навчені вчителі під час звичайних уроків. Цей підхід передбачає спільне навчання, оскільки все більше і більше досліджень показують, що хлопчики так само страждають від незадоволеності своїм тілом і ризикують вжити заходів, які негативно вплинуть на їх здоров'я. Цей підхід базується на класовому підході, оскільки сама школа чи клас часто є контекстом, у якому встановлюються, поширюються та зміцнюються ідеали краси. Питання соціального тиску та тиску ЗМІ порушуються, щоб ініціювати контекстуальні зміни (щодо запобігання навколишньому середовищу; наприклад, встановлення правил боротьби з булінгом; зміна соціальних норм і ставлень) та покращення соціальних ресурсів. Крім того, учні дізнаються про стратегії подолання стресових ситуацій. Батьки також беруть безпосередню участь у програмі, відвідуючи інформаційні вечори, які проводить клінічний психолог, інформуючи їх про розлади харчової поведінки та їх тривожні ознаки.

Отже, програма POPS складається з 9 уроків по 45 хвилин кожен для учнів, які в ідеалі виконуються з частотою від однієї до двох годин на тиждень як частину звичайних уроків.

Наведемо опис уроків програми POPS з профілактики РХП серед школярів.

Урок 1. «Хороша їжа, погана їжа?» (Здорова дієта та самопочуття). Окрім передачі знань та практичних порад щодо здорового харчування в яскравій та ігровій формі, урок розвінчує поширені міфи про харчування та дієту через інформацію та групове обговорення. Учнів заохочуватимуть думати про власні звички щодо харчування та фізичних вправ, а також планувати та пробувати нові способи поведінки. Листи для самоспостереження сприяють цьому процесу, а домашнє завдання надається, щоб допомогти встановити моделі здорового харчування та фізичних вправ.

Урок 2. «Вони не можуть нас обдурити!» (Краса в журналах і на телебаченні). Основна увага другого уроку зосереджена на ідеалах краси в ЗМІ та їх впливі. Це було розроблено, щоб сприяти критичному розгляду медіа-образів і дозволити учням розрізняти реальність і світ медіа. Підлітків попросять подумати про те, як на них самих впливають засоби масової інформації, і отримають інформацію про реалістичність фотографій (на прикладі фотосесії). За допомогою спеціальних вправ підлітків просять оцінити, наскільки близькі до реальності герої їхнього улюбленого телешоу. Окреслено гендерні ідеали для хлопців і дівчат.

Урок 3. «Краса це..?!» (Що справді красиво?) Третій урок продовжує попередній та розглядає порівняння медіа-краси та повсякденної краси. Таким чином, головна відмінність між «стандартною медіа-красою» та «повсякденною різноманітністю» з'ясовується. За фотографіями учні в статеві однорідних групах обговорюють, що таке краса. Далі хлопці та дівчата обмінюються своїми ідеями щодо стандартів краси, які часто виявляють дуже різні індивідуальні ідеї. Наприкінці, учні використовуватимуть робочий матеріал, щоб з'ясувати значення краси в їхньому повсякденному житті (наприклад, щодо дружби).

Урок 4. «Я подобаюся, я не подобаюся...» (самооцінка та тіло – сильні та слабкі сторони). Роздуми про себе, власні сильні та слабкі сторони – у центрі уваги цього заняття. Мета полягає в тому, щоб не просто визнати ці характеристики, але й прийняти їх. Крім того, прояснюється зв'язок між задоволеністю власною зовнішністю та поточним настроєм. У заключній вправі учням пропонують дати один одному позитивний зворотний зв'язок.

Урок 5. «Будь здоровим!» (Долати стрес і проблеми здоровим способом – 1 частина). Заняття 5 стосується походження стресу та того, як з ним боротися. Базуючись на моделі подолання стресу Лазаря, розповіді та комікси використовуються для ознайомлення з темою та типовими стресовими ситуаціями. Представлені неефективні моделі подолання. Учнів заохочують

визначити власні тригери стресу та перевірити свої стратегії подолання на предмет їх адекватності. У рамках цього процесу досліджується зв'язок між стресом і моделями харчування. Мета полягає в тому, щоб не тільки критично відобразити їхні поточні стратегії подолання стресових ситуацій, але й дізнатися про нові та відповідні стратегії та спробувати їх у повсякденному житті.

Урок 6. «Проблеми? – Для мене немає проблем!» (Долати стрес і проблеми здоровим способом – 2 частина). Коли підлітки ознайомляться з різними стратегіями подолання, тепер вони можуть навчитися використовувати структурований підхід у проблемних ситуаціях. Використовуються робочі матеріали та обговорення в малих групах, загальний підхід розроблено за допомогою прикладів, які зображують типові проблеми, з якими стикаються молоді люди (наприклад, стрес з батьками через нового друга). Особлива увага знову приділяється створенню багатьох різних стратегій вирішення проблем та їх оцінці. Для того, щоб покращити перенесення у повсякденне життя, учнів заохочують у якості домашнього завдання думати про власні особисті проблеми та можливі рішення.

Урок 7. «Булінг? – Не тут!» (Подолання соціального тиску та цькування – 1 частина) Соціальний тиск у групі відіграє важливу роль у формуванні нездорового режиму харчування та фізичних вправ. Позитивна атмосфера в класі є важливим ресурсом у цьому відношенні. Відеоролики (наприклад, «розмови про жир» серед дівчат; соціальна ізоляція серед хлопців; негативні коментарі батьків) покликані привернути увагу підлітків до цієї теми. Ідея полягає в тому, щоб критично дослідити в групі мотиви «кривдників», а також наслідки для їхніх «жертв». Мета тут полягає в тому, щоб спільно сформулювати обов'язковий набір правил, призначених для запобігання та, якщо необхідно, обходу булінгу в класі.

Урок 8. «Булінг? – Не зі мною!» (Подолання соціального тиску та цькування – 2 частина). На додаток до превентивного підходу, більш

орієнтованого на навколишнє середовище, також важливо зміцнити індивідуальні ресурси молодих людей, щоб подолати булінг та тиск з боку інших. У відеороликах будуть представлені різні способи подолання таких стресових ситуацій, які потім оцінюватимуть учні щодо їх доречності. Підлітки практикуватимуть самовпевнені та неагресивні способи боротьби з булінгом у рольових ситуаціях.

Урок 9. «Все колись закінчується...» (кінець програми). Під час цього заняття для зміцнення самооцінки учням було запропоновано розробити «рекламу для себе» в рамках конкурсу. Ці плакати розвішуються і учні обирають три найкращі проекти. Для повторення отриманих знань дві команди змагатимуться у вікторині за основними темами програми POPS.

Зустріч для батьків по завершенню програми. Батьківський вечір надає конкретну інформацію про розлади харчової поведінки. Коротко пояснюються симптоми та етіологія розладів харчової поведінки, згубний вплив негативних коментарів щодо ваги дитини. На наступному кроці батьки обговорюють, що вони можуть зробити, якщо підозрюють, що їхня дитина страждає на розлад харчової поведінки [88].

Довгостроковий вплив подібних шкільних програм з профілактики розладів харчової поведінки досліджено у 2017 році у Німеччині [7].

Мета цього дослідження полягала в тому, щоб визначити віддалені наслідки програми первинної профілактики нервової анорексії у дівчат підліткового віку на розлади харчування та самооцінку тіла з дитинства до юності. Профілактичне дослідження проводилося в 2007-2008 роках серед 11-13-річних дівчат, а повторне опитування відбулося через 7-8 років (у віці близько 19,8 років) з використанням самооцінки рівня розладів харчування та самооцінки тіла. Однак рівень відповіді був низьким, лише 7% (100 дівчат). За результатами дослідження не було виявлено значного тривалого впливу на розлад харчування, проте було виявлено значний ефект програми на самооцінку тіла: учасниці інтервенційної

групи показали стабільне підвищення самооцінки, тоді як у контрольній групі самооцінка знизилася з часом. Отже, дослідження показало, що профілактичні заходи, такі як проведення занять у школах чи психологічних тренінгів для підлітків допоможе зберегти стабільну самооцінку тіла у дівчат.

3.2. Практичні рекомендації щодо превенції порушень харчової поведінки серед підлітків під час військового стану на прикладі психологічного тренінгу

Результати теоретичного та практичного аналізу, а також проведеного емпіричного дослідження свідчать про необхідність створення системи заходів, спрямованих на профілактику порушень харчової поведінки серед підлітків, в тому числі під час військового стану. Ці заходи мають включати в себе формування реального образу власного тіла, підвищення толерантності по відношенню до різних форм та розмірів тіла та сприяння критичному розгляду ідеальних стандартів краси, сприяння у встановленні моделей здорового інтуїтивного харчування та фізичних вправ, не направлених на втрату ваги, підтримку зі сторони значущих людей у організації здорової харчової поведінки та розвиток навичок стресостійкості та здорових способів копінгу зі стресом. Отже, нами були розроблені схема (таблиця 1) та приклад психопрофілактичного тренінгу задля сприяння освіченості щодо образу тіла, непорядкованого харчування, ризиків дієти та розладів харчової поведінки серед дітей та підлітків в закладах освіти - школах, коледжах та ін.

Частково також цей тренінг був проведений для школярів 7-9 класів у вигляді уроку, тривалістю 45 хвилин, мав позитивні відгуки, діти дізналися більше про порушення харчової поведінки, як медіа впливають на формування образу тіла та самооцінки, в чому небезпека застосування дієт в їхньому віці, як харчуватися більш інтуїтивно, довіряючи сигналам власного тіла, таким як голод

та насичення, а також підвищили навички усвідомленого харчування через контакт з сенсорними відчуттями.

Таблиця 1. Схема психопрофілактичного тренінгу щодо сприяння розвитку психічного здоров'я та здорової харчової поведінки серед підлітків

Структура тренінгу	Методичні прийоми	Час (хв)	Реквізит
1.1. Сприяння: • визначенню завдань тренінгу та особливостей роботи, норм поведінки в групі; • мотивації роботи групи; • знайомству та встановленню емоційних контактів із групою; • входженню до групового стилю взаємодії	• вправи-привітання; • правила взаємодії; • інтерв'ю; • інтеграційні ігри («криголами»); • комунікативні вправи; • рефлексія заняття	15	Стікери, маркери, ручки, аркуші паперу
1.2. Оцінка учасниками власного особистісного досвіду харчової поведінки та відносин із тілом та його аналіз.	1. аутодіагностика; 2. обробка результатів аутодіагностики, їх аналіз; 3. інтерактивні вправи та дискусії; - рефлексія заняття	35	Методичні матеріали для опитувальників, ручки
1.3. Саморозкриття та усвідомлення стилю харчової поведінки, установок, правил.	- міні-лекція; - вправи в парах та трійках;	40	Методичні матеріали для

Визначення відповідності між наявним досвідом та бажаним результатом.	- обговорення проблемних ситуацій, подібних до досвіду учасників;		опитувальники, ручки
Практичні спроби у реалізації бажаної здорової харчової поведінки.	- рефлексія заняття;		
Підбиття підсумків.	- домашнє творче завдання		

Приклад тренінгу

*Тренінг «Здорові стосунки з їжею, тілом та емоціями,
або як перестати хвилюватися про їжу та фігуру»*

Важливим аспектом психічного здоров'я та благополуччя є освіта щодо образу тіла, невідповідного харчування, ризиків дієти та розладів харчової поведінки. Наявність правильної інформації та освіти про розлади харчової поведінки може допомогти запобігти розвитку даних розладів, полегшити страждання людини на ранніх стадіях розладу харчової поведінки та зменшити стигматизацію і неправильні уявлення, які супроводжують розлади харчової поведінки. Підлітки є відповідною групою для цих підходів, оскільки відомо, що на цій стадії раннього підліткового віку розвивається багато особистих і екологічних факторів ризику, які можуть спровокувати розлад харчової поведінки (наприклад, природне збільшення жиру та ваги, пов'язане зі статевим дозріванням, підвищене бажання прийняти однолітків, початок романтичного інтересу, пошук профорієнтації).

Мета і завдання тренінгу:

- Покращення загального стану здоров'я, харчування та психологічного благополуччя (наприклад, самооцінка, позитивний образ тіла)

- Підвищення медіаграмотності та сприяння критичному оцінюванню медіа-повідомлень та допомога дітям навчитися керувати соціокультурними впливами, пов'язаними з розвитком незадоволеності образом тіла
- Зменшення насмішок, у тому числі через вагу та підвищення толерантності до різних форм та розмірів тіла.

Методи проведення: інтерактивні лекції, обговорення проблемних питань і групові дискусії, практичні завдання, рольові ігри, відпрацювання конкретних умінь та навичок.

Цільова аудиторія та кількість учасників: підлітки 14-17 років, до 30 осіб.

Тривалість тренінгу: 90 хвилин.

Таблиця 2. Приклад тренінгу «Здорові стосунки з їжею, тілом та емоціями, або як перестати хвилюватися про їжу та фігуру».

Зміст діяльності	Час (хв)
<i>Вступна частина</i>	15хв
Привітання. Коротка інформація про тренінг, його мету, зміст та особливості проведення, основні норми взаємодії	
Вправа «Криголам австралійський дощ»	
Вправа-знайомство «Я хочу повідомити про себе...»	
Вправа сподівання від тренінгу «Місяць - сонце»	
<i>Основна частина</i>	25 хв
Мозковий штурм «що таке розлади харчової поведінки», «що таке здорове ставлення до їжі та фігури»	
Обмін думками про власні та сімейні харчові звички, обмеження у харчуванні, схуднення, дієтичний досвід,	

розлади харчової поведінки, сигнали голоду та насичення, використання їжі впливає на регулювання настрою	
Проходження опитувальників про стилі харчової поведінки, відношення до образу тіла, оцінка психоемоційного стану за опитувальниками	
Обробка результатів аутодіагностики та їх спільний аналіз	
<i>Міні-лекція</i> щодо видів порушень харчової поведінки, впливу медіа-стандартів на самооцінку, формування толерантності до тілесного різноманіття	40 хв
Вправа «Мій власний зоопарк»	
Медитаційна вправа «Родзинка»	
Вправа «Емоційні тригери і їжа»	
Вправа «Безпечне місце»	
<i>Заклучна частина</i> Враження від тренінгу. Порівняння з очікуваннями	10 хв

Наведемо детальний опис деяких вправ, які були застосовані в тренінгу «Здорові стосунки з їжею, тілом та емоціями, або як перестати хвилюватися про їжу та фігуру».

Вправа «Криголам австралійський дощ».

Мета: психологічне розвантаження, активізація уваги й спостережливості, заохочення до тренінгової діяльності.

Опис вправи. Учасники стають у коло. Ведучий каже - «Чи знаєте ви, що таке австралійський дощ? Ні? Тоді послухаємо разом, який він. Зараз по колу за годинниковою стрілкою ви будете передавати мої рухи. Як тільки вони повернуться до мене, я передаватиму наступні. Стежте уважно!»

В Австралії здійнявся вітер (Ведучий потирає долоні).

Починає накрапати дощ (Клацає пальцями).

Починається злива (Плескання по колінах).

А ось і град - справжня буря (Тупіт ногами).

Але що це? Буря стихає (Погладжування колін).

Дощ стихає (Плескання долонями по грудях).

Поодинокі краплі дощу падають на землю (Клацання пальцями).

Тихий шелест вітру (Потирання долонь).

Сонце! (Руки догори).

Ця вправа не потребує обговорення, можна лише уточнити в учасників, як вони себе почувають, чи готові до подальшої роботи.

Вправа-знайомство «Я хочу повідомити про себе...».

Мета: створити в групі невимушену атмосферу спілкування, доброзичливості, налаштувати на тему тренінгу.

Ресурси: бейджики, маркери.

Опис. «Пропоную познайомитися. Спершу напишіть на бейджиках своє ім'я в тому варіанті, який вам подобається, і причепіть його до одягу, щоб інші могли бачити й звертатися до вас по імені. А тепер по чергово назвімо кожен своє ім'я та продовжимо фразу: «Я хочу повідомити про себе...».

Обговорення, зворотна комунікація. Легко чи важко повідомляти інформацію про себе великій аудиторії, презентувати себе?

Коментар. Позитивна взаємодія починається з налагодження контакту зі співрозмовником. Важливу роль у цьому процесі відіграють щирість, відвертість, саморозкриття. Позитивне ставлення до співрозмовника виявляється не лише у словах, а й у доброзичливому погляді, усмішці та інших невербальних сигналах.

Вправа «Безпечне місце».

Мета: навчитися використовувати уяву, щоб створювати приємні образи й відчуття.

Ресурси: програвач, релаксаційна музика, аркуш паперу А4 для кожного учасника, кольорові олівці або фарби.

Опис. Сьогодні ми вчимося використовувати уяву для створення приємних образів і відчуттів. У скрутні моменти життя корисно уявляти місце, де ви почуваетесь добре й безпечно. Ця техніка якнайкраще підходить для відновлення власних ресурсів, відпочинку від повсякденних справ. У техніці візуалізації використовується закономірність: уява, яскраві образи впливають на емоційний стан.

1. Візуалізація безпечного місця. Сядьте зручно. Розслабтеся, заплющьте очі, сконцентруйтеся на власному диханні, спостерігайте за рухом повітря.

Тепер уявіть безпечне місце, де вам комфортно, спокійно, добре. Це може бути якесь знайоме вам місце, де ви вже були або хотіли би побувати, чи вигадане.

Це таке місце, де ви почуваетесь в цілковитій безпеці і в цьому абсолютно впевнені. Опишіть його. Запахи, звуки, образи. Можливо ви там не одні, а з кимось. З ким ви там? Що вам хочеться зробити, щоб наповнитися енергією в цьому місці? Насолоджуйтеся відчуттям перебування в цілковитій безпеці. Прислухайтеся до відчуттів у вашому тілі? Сконцентруйтеся на відчуттях безпеки, комфорту, впевненості і контролю. Залишайтеся там так довго, як того захочете. Коли ви відчуєте себе готовими, залиште безпечне місце й поверніться в реальний світ. Приготуйтеся відкрити очі і покинути своє особливе місце на рахунок 1, 2, 3. Ви завжди можете відтворити це місце в уяві, коли вам цього захочеться.

2. Закріплення відчуттів. Згадайте свої відчуття в безпечному місці. Якби вони знаходилися в тілі, то де саме? Доторкніться до цього місця рукою. Відтепер, коли вам захочеться побути в безпеці, доторкніться рукою до цього місця в тілі і

відчуйте комфорт і безпеку. Згадайте свої переживання. З яким словом їх можна асоціювати? (Спокій, захист, підтримка, свобода та ін.) Повторіть це слово кілька разів. Уява має велику силу творення реальності!

3. Малюнок безпечного місця. Ведучий пропонує учасникам намалювати своє безпечне місце.

Обговорення, зворотна комунікація. Під час обговорення запитати, як учасники почуваються тепер. Ще раз наголосіть на зв'язку між уявою та відчуттями й переживаннями. Зазначте, що люди можуть управляти своєю уявою, отже й відчуттями та емоційним станом [4].

Медитаційна вправа «Родзинка» (модифікована нами) [49].

Мета: попрактикувати усвідомлене уважне споживання їжі, використовуючи власні органи відчуттів, отримати новий досвід у контакті з їжею, проживаючи досвід відчуттів власного тіла, підвищити довіру до себе і власного тіла.

Ресурси: чисті родзинки, серветки.

Покладіть їжу перед собою на серветку. Сядьте зручно та зробіть декілька глибоких вдихів та видихів, щоб розслабитись та заспокоїтись. Не торкаючись їжі, зверніть увагу на те, як воно виглядає на серветці. Розглядайте її з цікавістю. Так. Наче ви ніколи раніше її не бачили. Зверніть увагу на колір, форму, текстуру. Як падає тінь від шматочка їжі на серветку? Якби ви описали цю їжу людині, яка ніколи її раніше не бачила? Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Будьте уважні та довіртеся вашому зору. Нахиліться так, щоб ваш ніс опинився поруч з їжею і зробіть вдих. Що ви відчуваєте? Їжа чим-небудь пахне? Можливо, ви відчуваєте нотки спецій? Можливо у їжі різкий запах? Ви назвали б його легким чи сильним? Можливо запах ароматний, але не дуже легкий чи не дуже сильний? Не існує правильного чи неправильного сприйняття аромату. Проявляйте увагу до власних відчуттів. Візьміть їжу в руку. Зверніть увагу на

свої відчуття. Якою вам здається їжа: гладкою, нерівною, гострою, липкою, важкою чи легкою? Опис ваших відчуттів від доторку до їжі не може бути правильним чи неправильним. Будьте уважні та помічайте текстуру. Відкусіть маленький шматочок їжі. Який звук ви почули? Можливо він хрусткий, сухий? Опис того, що ви чуєте не може бути правильним чи неправильним, прислухайтеся. Не відкусуйте наступний шматочок, покатайте їжу в роті, зверніть увагу на свої відчуття. Яка текстура шматочка їжі — нерівна, суха, волога, легка чи якась інша? Не поспішайте жувати їжу, слідкуйте за тим, як міняється текстура шматочка, поки він знаходиться у вас в роті. Можливо він стає сирым, починає розпадатися, робиться волокнистим. Опис ваших відчуттів від їжі в роті не може бути правильним чи неправильним. Будьте уважні та відслідковувати зміну текстури. Яка їжа на смак? Солодка, кисла, гірка, солена, гостра чи прісна? Чи відбувається зі смаком їжі, поки вона знаходиться у вас в роті? Він посилюється чи навпаки стає більш тонким і його важко розрізнити? З'являються нові смакові відтінки по мірі того, як їжа у вас на язиці? Опис того, як ви відчуваєте смак їжі не може бути правильним чи не правильним. Спостерігайте та відмічайте для себе нюанси смаку. А тепер починайте жувати їжу і коли відчуєте, що готові, проковтніть її. Зверніть увагу на свої відчуття, коли їжа буде йти вниз по стравоходу. Відкусить ще один шматочок і повторіть весь процес спочатку.

Обговорення, зворотна комунікація. Чим відрізнявся цей досвід від того, як ви їсте зазвичай?

Вправа «Емоційні тригери і їжа» (модифікована нами) [48].

Мета: навчитися усвідомлювати різницю між фізичним та емоційним голодом, усвідомлювати різні власні потреби, не пов'язані з їжею та практикувати способи їх задоволення.

Опис. Часом, коли ми начебто хочемо їсти, проте все ще не є фізично голодними, або є відчуття насичення, але не хочеться зупинятися, варто спробувати задати собі питання: що я відчуваю та в чому моя справжня потреба? Бувають такі потреби: знаходитись серед людей, щоб хтось втішав, виливати душу, скидати негативну енергію, стимулювати розум.

Спробуйте уявити чи згадати ситуацію, коли ви не є фізично голодними, проте є невпинне бажання щось з'їсти. Далі необхідно задати собі питання: Що я відчуваю? Далі запитайте себе: В чому моя істинна потреба? (подумайте про все те, чого ви можете потребувати саме зараз, запишіть всі ці потреби, відмітьте зірочкою найчастіші та найсильніші з них. А тепер подумайте та запишіть, як ці потреби можна задовільнити без того, щоб звертатися до їжі, які б з цих способів ви б хотіли застосувати найближчим часом?

Отже, на основі емпіричного дослідження та виявленої ним необхідності профілактики чи корекції харчової поведінки підлітків у військовий час, нами було розроблено тренінг «Здорові стосунки з їжею, тілом та емоціями, або як перестати хвилюватися про їжу та фігуру». Цей тренінг спрямований на: психоедукацію та просвітницьку діяльність підлітків щодо розладів харчової поведінки та їх впливу на психологічне здоров'я; навчання навичок зміни негативних патернів образу тіла; формування нових звичок здорової харчової поведінки, визначення сигналів голоду та насичення; розвиток навичок усвідомленості, управління емоціями.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі роботи ми розглянули основні практичні аспекти здоров'язбережувальної компетентності підлітків в контексті харчової поведінки, а також сучасні підходи до її профілактики та корекції. Дослідження підтверджують, що проблема порушення харчової поведінки має міждисциплінарний характер, охоплюючи біологічний та психологічний підходи. Проте ізольоване застосування цих методів часто не забезпечує особистісними особливостями клієнта, що ускладнює досягнення стійких результатів. Таким чином, доцільність системного підходу, який враховує когнітивну, емоційну, поведінкову та духовну складові, є вкрай важливою. Особливу увагу було приділено сучасним психотерапевтичним підходам. Вони включають когнітивно-поведінкову, психодинамічну, міжособистісну, сімейну, тілесно-орієнтовану та трансперсональну терапію. Кожен із підходів має свої переваги, проте комплексне застосування дозволяє врахувати багатовимірність цієї проблеми. Сімейна терапія, зокрема терапія, заснована на сімейному підході (FBT), визнана ефективною для лікування анорексії у підлітків. Вона сприяє відновленню ваги та покращенню взаємодії між членами родини, що допомагає підлітку подолати захворювання.

Окремо акцентовано увагу на важливості профілактичних програм у системі освіти. Досвід інших країн, зокрема Австралії та Німеччини, демонструє ефективність шкільних програм, які об'єднують інформаційно-просвітницькі заходи, практичні заняття та роботу з батьками. Програми профілактики розладів харчової поведінки, такі як німецька програма POPS, орієнтовані на школярів і спрямовані на виховання здорових харчових звичок, критичне ставлення до медіа, формування позитивного образу тіла, стресостійкості та опору булінгу. Ці програми показали позитивні результати у підвищенні самооцінки.

Нами також було розроблено схему та приклад психопрофілактичного тренінгу, спрямованого на формування здорової харчової поведінки у підлітків.

Тренінг включає діагностичні, освітні, мотиваційні та інтерактивні елементи, що дозволяють гармонійно інтегрувати знання та практичні навички в повне життя. В умовах військового стану особливо актуальним є створення системи заходів, адаптованих до нових викликів. Вона має включати роботу із самооцінкою підлітків, підтримку інтуїтивного харчування, психотерапевтичну допомогу та підвищення освіченості щодо розладів харчової поведінки серед учнів, батьків і педагогів. Окремо також наголошувати на важливості формування толерантності до різних форм і розмірів тіла, що сприяє гармонізації психічного стану.

Таким чином, розглянуті питання щодо практичних аспектів дозволяють запропонувати комплексний підхід до корекції та профілактики порушень харчової поведінки, який враховує сучасні тенденції та потреби підлітків, формуючи здоровий звичок і сприятливий розвиток під час впливу такого потужного стрес-фактору як війна.

ВИСНОВКИ

Проведене нами дослідження дозволило досягти мети роботи – виявити та проаналізувати порушення харчової поведінки серед підлітків в умовах воєнного стану та розробити рекомендації, спрямовані на покращення їхнього харчового поведінкового профілю, зокрема, через розвиток навичок усвідомлення власного тілесного досвіду.

На основі поставлених завдань можемо сформулювати наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз підтвердив, що харчова поведінка є інтегративним феноменом, що включає фізіологічні, психологічні та соціальні фактори. У підлітковому віці вона набуває особливої чутливості до зовнішніх впливів, серед яких тривожність, стрес, а емоційні та соціальні переживання мають вирішальне значення. В умовах війни стрес має додатковий вплив на харчові звички, змінюючи як фізіологічну реакцію на їжу, так і емоційні та соціальні фактори, пов'язані з харчуванням. Вибір висококалорійної, але менш поживної їжі, обмеження певних груп продуктів, надмірні фізичні навантаження, компенсація калорій через викликання рвоти - все це часто стає способом емоційного регулювання, що призводить до ризику виникнення розладів харчової поведінки чи їх посилення. Досвід біженців з інших країн показує схожі моделі адаптації до обмеженого доступу до здорової їжі, що додає нові аспекти до розуміння харчової поведінки в умовах воєнного стану.
2. Аналіз вибірки емпіричного дослідження виявив суттєві порушення харчової поведінки у підлітків, які перебувають в умовах військового стану. Серед найбільш поширених порушень були зафіксовані такі як емоційне переїдання, як реакція на підвищену тривожність, страх та депресивні стани. Порушення сприйняття власного тіла, які проявились

у неприйнятті його розмірів, форми або ваги, що може бути пов'язано з посиленням почуттям незахищеності в умовах війни. Загалом, дослідження гіпотези підтверджено: воєнний стан дійсно впливає на харчову поведінку підлітків. Встановлено, що травматичні події та емоційна нестабільність сприяють формуванню негативних харчових звичок, які за слабкої корекції можуть перерости в хворобливі стани, такі як розлади харчової поведінки.

3. Практичні рекомендації, досліджені та розроблені в межах дослідження, базуються на необхідності розвитку усвідомлення власного тіла та емоцій. Ці заходи задля профілактики та корекції харчової поведінки включають проведення тренінгів з розвитку тілесної та емоційної регуляції, а також на більш загальному рівні впровадження програми психологічної підтримки для підлітків, які зіштовхнулися з травматичним досвідом війни в рамках начального процесу в закладах освіти, що також включає в себе організацію освітніх заходів для батьків та педагогів з підвищення їх обізнаності щодо харчової поведінки підлітків та вплив стресу на неї. Результати дослідження можуть бути використані в роботі психологів, педагогів, соціальних працівників та інших спеціалістів, які працюють із підлітками, а також служити основою для подальших наукових розвідок у цій галузі.

Узагальнюючи, можна сказати наступне – дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до проблеми харчової поведінки підлітків в умовах військового стану. Формування здорових харчових звичок, підтримка психологічного добробуту та розвиток навичок усвідомленого ставлення до власного тіла можуть суттєво знизити ризик затяжних негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я молодого покоління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсаямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2014. С. 19-33
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Білоус О. В. Б61 Вікова психологія: Навчальний посібник. Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2015. 108 с.
4. Буштин Х., Ковалик І., Сіданіч І. Вчимося позитивної взаємодії: практикум. Львів: Видавництво «Компанія «Манускрипт», 2017. 544 с.
5. Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки. Львів: Видавництво Українського Католицького Університету «Свічадо», 2014. 112 с.
6. Вікова і педагогічна психологія. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. 2-е вид. 2009. 400 с.
7. Впровадження шкільних профілактичних програм PriMa та Torera щодо розладів харчової поведінки.
URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212657017300090?via%3Dihub>
8. Гаудіані, Дж. Подолання медичних ускладнень розладів харчової поведінки. Практичне керівництво. Київ.: «Діалектика», 2021. 450 с.
9. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плева-чук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.
10. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. «Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. №4. С. 6–7.

11. Кеш Т. Незадоволеність образом тіла. Робочий зошит. Київ : «Діалектика», 2022. 288 с.
12. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
13. Конер М., Армїтейдж К. Соціальна психологія їжі. Харків: Гуманітарний Центр, 2012. 264 с.
14. Кравченко, Т. Вплив сім'ї на соціалізацію підлітків. Соціальна психологія. Спеціальний випуск. 2007. №4. С. 181-188.
15. Кузьмінська О. В., Червона М. С. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді: монографія. Київ: Держ. ін.-т пробл. сім'ї та молоді, 2005. 123 с.
16. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. 2019. № 3. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-33-178-191>
17. Лафранс, А., Хендерсон, К.А., Мейман, Ш. Фокусована на емоціях сімейна терапія. Трансдіагностична модель стратегій роботи з близькими та рідними з ментальними порушеннями. Київ. : «Науковий Світ», 2023. 254 с.
18. Лозова О., Фатєєва М. Семантична репрезентація властивостей їжі у свідомості осіб з орторексією. Переяслав-Хмельницький: Психолінгвістика, 29(1), 2021. С. 117-141
19. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського унту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
20. Лок, Дж., Ле Гранж Д., Посібник із лікування нервової анорексії. Підхід, заснований на родині. Київ. : «Науковий Світ», 2024. 362 с.
21. Лок Дж., Ле Гранж Д. Допоможіть вашому підлітку подолати розлад харчової поведінки. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 384 с.

22. Малкіна-Пих І. Дослідження впливу індивідуально-психологічних характеристик на результати корекції харчової поведінки та ожиріння. Психологічний журнал. 2008. № 30. С. 90-94.
23. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2 / Г.Я.Пилягіна, О.О.Хаустова, Н.О.Марута. Вінниця: Нова Книга, 2020. - 496 с.
24. Мервін, Р., Цукер, Н., Вілсон, К. Терапія прийняття та відповідальності при нервовій анорексії.
25. Міжнародна класифікація хвороб 10 – 20 перегляду (МКХ-10). URL: <http://moz.gov.ua>.
26. Несприятливі наслідки для психічного здоров'я серед підлітків, які постраждали від війни в Україні. URL: <https://www.psychiatryadvisor.com/news/mental-health-in-ukraine-adolescents/>
27. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. За ред. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с.
28. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми: Сумський державний університет, 2022. с. 275.
29. Савчин М . В.. Василенко Л . П. С Вікова психологія : Навчальний посібник. К .: Академвидав, 2005 . 360 с.
30. Салюк М.А., Бутенко Л.А. Суб'єктивне благополуччя осіб підліткового та юнацького віку з ознаками розладів харчової поведінки. 2022. № 1. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-1-101-29>.
31. Самойленко І. Війна з їжею. Київ : ФОП Маслаков, 2020. 57 с.
32. Скугаревський, О. Порушення харчової поведінки та можливість їх скринінгової оцінки. Питання організації та інформатизації охорони здоров'я. 2003. №3. С. 41-44.
33. Скугаревський О., Сивуха С. Образ власного тіла: розробка інструменту для оцінки. Психологічний журнал, 2006. №2.

34. Сутчук, В. (2013). Вплив сім'ї на формування особистості підлітка. Виступ на батьківських зборах. Психолог, 18, 19–23.
35. Тіунова А.О. Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків : дис. кандидата психологічних наук: 19.00.08. Київ, 2016. С. 34 – 49.
36. Треже Дж., Сміт Г, Крейн А. Тренінг навичок догляду за близькими з розладами харчової поведінки за методом Модслі. Київ: «Діалектика», 2022. 304 с.
37. Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки: автореф. дис. доктора псих. наук: 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.
38. Шебанова В. І. Психотерапевтичні підходи до корекції порушень харчової поведінки // Проблеми сучасної психології. Вип. 18. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2012. С. 831–841.
39. Alsaker F. & Flammer A. Pubertal maturation. In Jackson, S. & Goosens, L. Handbook of adolescent development. Hove: Psychology Press Ltd. 2006.
40. Anshutz D., Engels R., Becker E. The bold and the beautiful. Influence of body size of televised media models on body dissatisfaction and actual food intake. Appetite, 2009, 51. P. 530-537.
41. Aoun, A., Garcia, F. D., Mounzer, C., Hlais, S., Grigioni, S., Honein, K., & Déchelotte, P. (2013). War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: a study in Lebanese university students. General hospital psychiatry, 35(4), 393-397.
42. Barnes, D. M., & Almasy, N. (2005). Refugees' perceptions of healthy behaviors. Journal of Immigrant Health, 7(3), 185-193.
43. Burns, C.(2004). Effect of migration on food habits of Somali women living as refugees in Australia. Ecology of food and nutrition, 43(3),213-229.
44. Campbell K., Peebles R., Eating Disorders in Children and Adolescents Volume 134, Issue 3 September 2014. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>

45. Chisuwa N. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite*. 2009. №900. P. 1-11.
46. Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 159-165.
47. Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response. URL: <https://www.nedc.com.au>
48. Elys Resch. The intuitive eating workbook for Teens. A non-diet, body positive approach to building a healthy relationship with food, 2019.
49. Evelyn Tribole, Elyse Resch. The intuitive eating workbook. Principles for nourishing a healthy relationship with food, 2017.
50. Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: the core protocol. In: Fairburn C. G., editor. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press; New York. 2008. P. 47-193.
51. Fairburn C. G. Transdiagnostic CBT for eating disorders “CBT-E”, presented at association for behavioral and cognitive therapy. New York, 2009.
52. 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
53. Factors influencing the nutritional behavior of Syrian migrants in Germany — results of a qualitative study Alexandra Sauter* , Salma Kikhia, Julia von Sömmogy and Julika Loss Burns, C. (2004). Effect of migration on food habits of Somali women living as refugees in Australia. *Ecology of food and nutrition*, 43(3), 213-229.
54. Golden, N. H., Schneider, M., & Wood, C. (2016). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, 138 (3). DOI 10.1542/peds.2016-1649.
55. Haslam, C., Stevens, R., & Haslam, R. (1989). Eating habits and stress correlates in a female student population. *Work & Stress*, 3(4), 327-334.
56. Hobfoll, S. E., Spielberger, C. D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., LepperGreen, B., ... & van der Kolk, B. (1991). War-related stress: Addressing the stress of war and other traumatic events. *American Psychologist*, 46(8), 848.

57. Holmqvist K., Lunde C., Frisen A. Dieting behaviors, body shape perceptions, and body satisfaction: Cross-cultural differences in Argentinean and Swedish 13-year-olds. *Body Image*. 2007.
58. Info Sapiens. (2022a). 66% українців зазнали втрат через війну, найчастіше це втрата доходу або роботи. 57% тих, хто працював до війни, не отримали зарплату за березень в повному обсязі, зокрема, 26% не отримали зовсім. Sapiens.Com.Ua.
59. Info Sapiens. (2022b). 80% біженців задоволені умовами перебування в Польщі і Німеччині, але тільки 62% - умовами перебування в Італії. Sapiens.Com.Ua.
60. Josselson R. *Finding Herself: pathways to identity development in women*. London: Jossey-Bass. 1987
61. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016. Vol. 29. № 6. P.340-345.
62. Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 46 (5). DOI 10.1002/eat.22094.
63. Kim, J. H. & Moon, B. K. (2010). Obesity stress, eating behavior and eating habits of elementary school students. *Journal of the East Asian Society of Dietary Life*, 20(3), 352-362.
64. 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.
65. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating? [Електронний ресурс]. ACE Healthy Living. 2012. URL: <https://www.acefitness.org/education-and-resources/lifestyle/blog/2866/is-there-psychology-behind-healthy-eating/>.
66. Marcher L. *The Bodydynamic Character Structure Model. Energy and Character*. 1989. V. 20, No 1.
67. Morgan JF, Reid F, and Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319 Інтернет-джерело: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>

68. Muhlheim L. When Your Teen Has an Eating Disorder: Practical Strategies to Help Your Teen Recover from Anorexia, Bulimia, and Binge Eating, 2018.
69. Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2013). Exploring avoidant / restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorder*, 47 (5). DOI 10.1002/eat.22217.
70. Psychology of Healthy Eating [Електронний ресурс] // Argosy University. 2011. URL:
<https://www.slideshare.net/HelpingPsychology/psychology-of-healthy-eating>
71. Renshaw B. Bodydynamic Analysis: A New Somatic Psychology. Інтернет-джерело: <http://www.bodydynamicusa.com/renshaw.html>.
72. Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorder*, 48 (2). DOI 10.1002/eat.22270.
73. Rondinelli, A. J., Morris, M. D., Rodwell, T. C., Moser, K. S., Paidá, P., Popper, S. T., & Brouwer, K. C. (2011). Under-and over-nutrition among refugees in San Diego County, California. *Journal of immigrant and minority health*, 13(1), 161-168.
74. Samoilova, O. V., Yablonska, T. M. (2006). Doslidzhennia roli materi u formuvanni psykholohichnykh problem dytyny [Investigation of the role of mother in the formation of psychological problems of the child]. *Shkilna biblioteka – School library*, 312 [in Ukrainian].
75. Shebanova, V. I. (2013). Psykhokorektsiia eksternalnoi kharchovoi povedinky metodom autohennoho trenuvannia [Psychocorrection of external eating behavior by autogenous training]. *Teoretychni i prykladni problemy psykholohii – Theoretical and applied problems of psychology*, 3. 290–298.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp_2013_3_51

76. Smink, F. R. E. (2016). Through the looking glass: Epidemiologische studies naar eetstoornissen in de eerste lijn en de bevolking. [Groningen]: Rijksuniversiteit Groningen.
77. Sternberg R.J. & Barnes M.L. Triangulating Love. The Psychology of` Love.New Haven, ST: Yale University Press, 1988. P.119-138.
78. Stoller R.J. Sex and Gender Vol. 2, The Transsexual Experiment. London: Hogarth Press. 1975.
79. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 40. № 2. P. 129-135.
80. 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.
81. Van Strien, T., Herman C. P., &Verheijden M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? Appetite. 2008. 52 (2). P. 380-387.
82. Verdejo-García A., Lawrence A. J., Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2008. T. 32. №. 4. C. 777-810.
83. Wansink, B. (2002). Changing eating habits on the home front: Lost lessons from World War II research. Journal of Public Policy & Marketing, 21(1), 90-99.
84. Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. Addictive behaviors, 25(2), 205-216.
85. Winkielman P. Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value / P. Winkielman, K.C.

Berridge, J.L. Wilberger. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005. No 31. P. 121–235.

86. Wonderlich-Tierney A.L., Vander Wal J.S. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating Behaviors*. 2010. Vol. 11. № 2. P.85-91

87. Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. (2007). *Cognitive behavioural therapy for the eating disorders: a comprehensive treatment guide*. Cambridge University Press. DOI 10.1017/CBO9781139644204.

88. Warschburger, P., Helfert, S., & Krentz, E. M. (2011). POPS: a school-based prevention programme for eating disorders. *Journal of Public Health*, 19(4). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147101531630071X?via%3Di> hub

89. Stice E. Shaw H. Marti C. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings, 2007.

DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447

ДОДАТОК А

Опитувальник образу тіла О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха.

Інструкція: перед вами питання щодо ставлення до тіла. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з чотирьох можливих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди» і відмітьте позначкою «+» у колонці відповіді.

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1. Я не люблю дивитися на себе у дзеркало	0	1	2	3
2. Купівля одягу звертає мою увагу на те, як я виглядаю, і тому неприємна	0	1	2	3
3. Я не люблю, коли на мене звернено увагу оточуючих	0	1	2	3
4. Я уникаю ситуацій, в яких оточуючі можуть побачити моє тіло (наприклад, відвідування басейну, пляжу тощо)	0	1	2	3
5. Я відчуваю сором за своє тіло у присутності певних людей	0	1	2	3
6. Я не люблю своє тіло	0	1	2	3
7. Мені здається, що інші люди повинні вважати моє тіло потворним	0	1	2	3
8. Я відчуваю, що друзі та члени моєї родини соромляться при погляді на мене	0	1	2	3

9. Я порівнюю своє тіло з іншими для того, щоб переконатися, що вони повніші за мене	0	1	2	3
10. Мені важко отримувати задоволення від своєї діяльності через те, що я відчуваю незручність у зв'язку зі своїм зовнішнім виглядом	0	1	2	3
11. Я відчуваю провину у зв'язку зі своєю вагою	0	1	2	3
12. У мене є негативні думки, і я самокритичний(на) щодо свого тіла і того, як я виглядаю	0	1	2	3
13. Мені важко приймати компліменти щодо того, як я виглядаю	0	1	2	3
14. Коли я дивлюся в дзеркало, то моя увага зосереджена переважно на тих частинах тіла, які потребують поліпшення	0	1	2	3
15. Я відчуваю себе приниженим(ою) і/або пригніченим(ою) у присутності людини, яка, на мою думку, більш приваблива, ніж я	0	1	2	3
16. Я турбуюся про власну вагу	0	1	2	3

ДОДАТОК Б**Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)**

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи теле.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

ДОДАТОК В

Скринінг порушень харчової поведінки SCOFF

Найпростіший (підтверджений) тест для діагностики порушень харчової поведінки, містить лише п'ять питань, які поєднуються аббревіатурою SCOFF, кожна літера якої означає одне з питань. Просто дайте відповідь ТАК або НІ:

ТАК	НІ	Питання скринінгу
☐	☐	1. S – SICK : нудота. Чи Ви викликаєте блювоту, коли відчуваєте що переїли?
☐	☐	2. C – CONTROL : контроль. Чи турбує Вас втрата контролю за тим, скільки Ви їсте?
☐	☐	3. O – OVER : більше. Чи не було у Вас втрати ваги понад 14 фунтів (6,35 кг) за останні три місяці?
☐	☐	4. F – FAT : товстий. Чи не вважаєте Ви себе товстим/-ою, тоді як оточуючі кажуть, що Ви занадто худий/-а?
☐	☐	5. F – FOOD : їжа. Чи можете ви сказати, що їжа домінує у вашому житті?

ДОДАТОК Г

Експрес-опитувальник порушень харчової поведінки з моменту повномаштабного вторгнення.

Дайте відповідь на 7 запитань, що представлені нижче.

		Зовсім ні	Трохи є	Значно	Дуже сильно
1	Чи помічаєте неприємні зміни у вашій харчовій поведінці з моменту повномаштабного вторгнення?				
2	Чи змінилися ваші вибори в їжі в бік дієтичного, обмежувального харчування?				
3	Чи заїдаєте ви стрес або негативні переживання?				
4	Чи стали ви приділяти більше уваги якості продуктів та їх складу?				
5	Чи відмічаєте значне збільшення чи значне зменшення ваги з моменту повномаштабного вторгнення?				

6	Чи є посилення бажання порівнювати свою фігуру з кимось чи перевіряти її перед дзеркалом?				
7	Чи стали ви приділяти більше уваги тренуванням та іншим видам фізичної активності?				