

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Мірошник З.М.

« ____ » _____ 2023 р.

Реєстраційний № _____

« ____ » _____ 2023р.

СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКІВ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ППМ-22
ступеня вищої освіти магістр
за спеціальністю 053 Психологія
Левченко Ольги Іванівни

Керівник канд. пед. наук, доцент
кафедри практичної психології
Чаркіна О. А.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS ____ Кількість балів ____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Левченко Ольга Іванівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав(ла) і не одержував(ла) недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлений(а). Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

(підпис)

ЗМІСТ

Вступ	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади вивчення особливостей розвитку харчової поведінки та формування розладу в осіб підліткового віку.	7
1.1. Психологічна характеристика осіб підліткового віку.....	7
1.2. Загальне поняття харчової поведінки, класифікація та симптоми розладу харчової поведінки.....	11
1.3. Чинники розвитку розладу харчової поведінки в підлітковому віці.	18
1.4. Методи когнітивно-поведінкової терапії в корекції розладу харчової поведінки.....	21
Висновки до 1 розділу.....	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	29
2.1. Етапи та методи емпіричного дослідження.....	29
2.2. Результати емпіричного дослідження чинників розвитку розладу харчової поведінки в підлітковому віці.....	32
Висновки до 2 розділу.....	39
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	40
3.1. Рекомендації для батьків з метою профілактики розладів харчової поведінки у підлітків.....	40
3.2. Індивідуальна програма корекційної роботи з підлітками, які мають розлади харчової поведінки.....	41
Висновки до 3 розділу.....	43
ВИСНОВКИ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	45
ДОДАТКИ	49

ВСТУП

Актуальність теми. У суспільстві постійно збільшується поширеність схильності до порушення харчової поведінки, зокрема, серед осіб жіночої статі. Потреба в їжі виступає однією з первинних біологічних потреб. Вона є найважливішим фактором того, що такі потреби, які стосуються виживання, мають хоча б мінімально задовольнятися, щоб надалі ставали актуальними потреби вищого рівня.

На сьогоднішній день особливої актуальності в психології, клінічній психології та психіатрії набувають проблеми РХП у підлітків. В останнє десятиліття зростає чисельність психічних розладів, які розвиваються в підлітковому віці. Дітей з порушенням харчової поведінки відносять до групи ризику, оскільки, крім психологічної складової, при цьому захворюванні піддається негативному впливу функціонування всього організму [23].

Значущість проблеми розладів харчової поведінки обумовлена низкою факторів. За даними ВООЗ у світі підвищується кількість осіб з ожирінням, а розлади харчової поведінки спричиняють найвищий рівень смертності серед людей з психічними захворюваннями. Розвиток культу їжі, переїдань або навпаки утримання від прийому їжі, зацікленість на дієтах, загострена увага людей на особистому зовнішньому вигляді та на вигляді людей навколо, завищені стандарти краси, - все це провокує бажання відповідати вимогам сьогодення та спричиняє появу різних видів харчових відхилень.

Крім погіршення фізичного здоров'я, РХП також негативно впливають на інші сфери життя пацієнтів: роботу, навчання, взаємини з друзями та близькими.

Найбільш чутливими до цього розладу є дівчата підліткового віку. У середньому жінки в 10-20 разів частіше страждають від РХП, ніж чоловіки. Нервова анорексія є найнебезпечнішим розладом: смертність неї від становить до 10%. Нервова булімія, хоч і не призводить до такої високої смертності, так само несе серйозні ризики для життя та здоров'я пацієнтів.

Розвиток розладів харчової поведінки пов'язаний із низкою факторів: генетичних, соціальних, психологічних. На їх розвиток впливає і соціокультурне середовище. У суспільстві струнке, підтягнуте тіло є символом як соціального успіху, так і критерієм певних особистісних якостей: сили волі, самоконтролю. Зовнішність сприймається як щось, що можна не лише змінювати, а й конструювати [2].

Вивчення розладів харчової поведінки та можливих причин їх виникнення є актуальним напрямом у сучасних медико-психологічних дослідженнях. Увага багатьох науковців зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки (Т. І. Алексєєва, Л. Ф. Артюх, О. Ю. Барташук, О. В. Бацилєва, П. Бурд'є, Л. Ф. Бурлачук, М. О. Бутінов).

Більшість вітчизняних досліджень виявили змістовну психосоматичну основу харчових розладів, а також вказували на складну природу розладів харчової поведінки, яка в своїй основі поєднує і психологічні особливості індивіда, і фізіологічні. Певними фізіологічними факторами появи розладів харчової поведінки можуть виступати порушення метаболізму, вітамінно-мінеральний дефіцит, а також надмірні фізичні навантаження. В свою чергу, психологічними факторами можуть виступати емоційне виснаження, низька резильєнтність, незрілі механізми психологічного захисту, неконструктивні коупінги (особливості реагування на складні ситуації), а також проблеми адаптації та інтеграції в соціальному середовищі, труднощі у контролі над поведінкою або проявами почуттів [22, с. 184].

Проблема РХП вперше привернула увагу зарубіжних спеціалістів у середині 60-х років ХХ ст. Оцінити ступінь поширення харчових розладів складно, оскільки ті, хто страждають на них, неохоче говорять про свій стан або повністю заперечують наявність у них будь-якого розладу [22].

Сучасні зарубіжні концепції враховують багатофакторний характер розладів харчової поведінки та розглядають біологічні, фізіологічні, генетичні, соціокультурні і психологічні фактори та їх вплив на патогенез РХП.

Традиційні моделі, що робили акцент на визначальному впливі сім'ї у розвитку схильності до подібних адикцій, останніми роками піддаються критиці. Сім'я – це лише мікросоціум, значний вплив має соціальне оточення в цілому. Саме цим аргументований вибір напрямку нашого кваліфікаційного дослідження.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка в підлітковому віці.

Предмет дослідження – соціальні чинники розвитку розладів харчової поведінки в підлітковому віці.

Мета дослідження полягає у вивченні закономірностей розвитку розладів харчової поведінки та їх взаємозв'язку із низкою соціальних чинників (міжособистісні стосунки в навчальному закладі, особливості сімейного клімату) у підлітків.

Зважаючи на поставлену мету, була визначена наступна *теоретична гіпотеза дослідження*: харчова поведінка підлітків значно залежить від впливу оточення.

Можна сформулювати також *емпірико-статистичне припущення*: показники напруженості в міжособистісних стосунках мають кореляцію з показниками рівня розладу харчової поведінки.

Відповідно до мети визначено такі **завдання**:

1. Вивчити вітчизняну та зарубіжну наукову літературу для обґрунтування зв'язку соціальних чинників на розвиток розладу харчової поведінки.
2. Проаналізувати та систематизувати інформацію про особливості формування харчової поведінки.
3. Дослідити вплив соціальних чинників на розвиток розладів харчової поведінки.
4. Зробити якісний та кількісний аналіз емпіричних даних та їх інтерпретацію.
5. Розробити рекомендації для профілактики розладів харчової поведінки.
6. Розробити програму когнітивно-поведінкової корекції розладів харчової поведінки для підлітків.

Для реалізації поставлених завдань та перевірки гіпотези були використані загальнонаукові методи та методи психолого-педагогічного дослідження. Були, зокрема, використані такі **методи**:

- теоретичні (аналіз, синтез та систематизація наукової літератури);
- емпіричні (тестування за допомогою: опитувальника міжособистісної чутливості Ф. Бойса, Г. Паркера; шкали суб'єктивної оцінки самотності UCLA (University of California, Los Angeles); шкали соціальної тривожності М. Либовица; тесту порушення харчової поведінки ЕАТ-26);
- методи обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалась за допомогою комп'ютерного забезпечення WPS Office 2007, зокрема, використовувався кореляційний аналіз.

Емпірична база дослідження. Дослідження проведено в 2023 році на базі Криворізької загальноосвітньої школи № 69. У дослідженні взяли участь 44 учні віком від 11 до 15 років, з котрих 7 хлопців та 37 дівчат.

Апробація результатів роботи. Зміст та результати дослідження обговорювалися на Звітній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Психологічний супровід особистості в часи війни. Технології подолання життєвих криз» (2022 р., м. Кривий Ріг, Україна) і 2-гій Міжнародній науково-практичній конференції «Інновації та перспективи сучасної науки» (13-15 лютого 2023 р., м. Стокгольм, Швеція), а також висвітлені у двох наукових публікаціях: «Залежність схильності до розладу харчової поведінки від рівня потрапляння під чужий вплив (Левченко О.І., Чаркіна О.А., 2022) та «Інформаційно-психологічні детермінанти розладів харчової поведінки в осіб молодого віку» (Чаркіна О. А. Левченко О. І., 2023).

Практичне значення дослідження полягає у розробці програми когнітивно-поведінкової корекції розладів харчової поведінки у підлітків

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаної літератури (38 джерел, 28 з яких – англійською мовою) і додатків. Текст містить 9 рисунків. Загальний обсяг – 52 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.

1.1. Психологічна характеристика осіб підліткового віку

Підлітковий вік розуміють як особливий період онтогенетичного розвитку людини, своєрідність якого полягає у його проміжному становищі між дитинством та зрілістю. Він охоплює період життя досить тривалий. Його початок визначається як 11-12 років, а закінчується по-різному: від 15 до 17-18 років.

У підлітковому віці відбувається самовизначення дитини у сфері загальнолюдських цінностей та взаємодії між людьми, вона набуває навичок спілкування з однолітками, намагається стати більш незалежною у відносинах з батьками. У цьому віці у підлітка формується ставлення до себе, іншим людям і суспільству загалом, і навіть регулюється система цінностей, формується світогляд, він відкриває собі свій внутрішній світ, починає усвідомлювати свою індивідуальність у вигляді рефлексії. Процес пізнання у цьому віці здійснюється через власні переживання, що здаються особливими та неповторними [5, 33].

Кожний віковий період має свої особливості. Не винятком є підлітковий вік. Період підліткового віку – це перехідний та критичний період розвитку людини. У цьому віці відбуваються зміни соціальної ситуації розвитку підлітків — прагнення приєднатися до світу дорослих, орієнтування поведінки на цінності та норми цього світу. Тому, для підлітка характерно прояв почуття "дорослості", і навіть розвиток самооцінки і самосвідомості, інтересу до своїх здібностей і можливостей, себе як особистості.

Особливе значення фізичного розвитку підлітка являє собою статеве дозрівання, що значно впливає на роботу внутрішніх органів. З'являється статевий потяг, часто неусвідомлений, і зумовлені ним нові думки, потяги, переживання.

Перехід до підліткового віку характеризується тим, що виникають якісні новоутворення, під якими розуміються становлення нового рівня самосвідомості, Я-концепції, характерною рисою якої є почуття дорослості [2].

Л. С. Виготський зміг найбільш чітко дати визначення новоутворенню - це узагальнений результат цих змін, всього психічного розвитку у відповідний період, який стає вихідним на формування психічних процесів та особи дитини наступного віку [4].

Основною проблемою розвитку підлітка Л. С. Виготський вважав проблему інтересів. Він виділив дві фази підліткового віку (негативну та позитивну), пов'язуючи їх із видозмінами у сфері інтересів:

- у негативній фазі відбувається згортання, відмирання колишньої системи інтересів, з'являються сексуальні потяги, звідси – зниження працездатності, погіршення успішності, грубість, підвищена дратівливість підлітка, невдоволення самим собою, занепокоєння;

- позитивна фаза характеризується зародженням нових, ширших і глибоких інтересів, розвивається інтерес до психологічних переживань інших людей, до власних переживань, зверненість підлітка у майбутнє реалізується у формі мрії.

Л. С. Виготський виділив кілька груп інтересів підлітка:

- "Егоцентрична домінанта" (інтерес до власної особистості);
- "Домінанта далі" (суб'єктивна значущість віддалених подій);
- "Домінанта зусилля" (потяг до опору, до подолання, до вольового зусилля, що може виявлятися і в негативних формах - упертості, хуліганстві тощо);
- "Домінанта романтики" (прагнення до незвіданого, ризикованого, до пригод, до героїзму) [6].

Найважливішою особливістю особистості підлітка, як зазначав Л. С. Виготський, є бурхливий розвиток рефлексії та самосвідомості. Саме в цьому віці виникає орієнтування особи на самооцінку. Від характеру самооцінки залежить рівень домагань підлітка. Самооцінка виникає і формується лише у процесі спілкування підлітка з іншими людьми. М. В. Гамезо, говорив «Якщо

оцінка адекватна, то формується і адекватна самооцінка, якщо підлітка недооцінюють чи переоцінюють, то формується неадекватна самооцінка» [4].

Виходячи з вищесказаного, можна сказати про те, що підліток розуміє, що він вже не дитина, помічаючи сильні зміни зі своїм фізичним і статевим розвитком, відчуваючи можливості виявляти соціальну активність, суспільно важливі справи в сім'ї та школі.

Основні психологічні потреби підлітка - прагнення до спілкування з однолітками, прагнення до самостійності і незалежності, емансипації від дорослих, до визнання своїх прав з боку інших людей.

Д. І. Фельдштейн провів аналіз психічного розвитку та його зв'язку з навколишнім середовищем, виділивши рівні формування особистості підлітка [33]:

1. 9-10 років: відбувається прагнення бути самостійним і виникає потреба визнання дорослими цієї самостійності, також виникає зростання негативних самооцінок та потреба в оцінці власних особистісних якостей та якостей інших людей.

2. 10-11 років: відбувається визнання оточуючими нових можливостей, бажання заслужити на довіру, виконуючи діяльність, яка може бути соціально оцінена.

3. 12-13 років: відбувається більше прагнення задовольнити потребу у визнанні оточуючими, і навіть розуміння як своїх обов'язків, а й прав у суспільстві, тобто відбувається усвідомлення себе підлітком значним суб'єктом у системі суспільних відносин.

Отже, становлення особистості підлітка безсумнівно пов'язано з усвідомленням себе, як особистості. О. М. Леонтьєв бачить проблему самосвідомості як щось, що не зводиться до знання людини про себе, а усвідомлюване в системі суспільних відносин [18].

Для підлітка характерне критичне оцінювання своїх здібностей та можливостей. З цього приводу Л. І. Божович каже, що у цьому віці відбувається перебудова колишніх відносин як до самого себе, так і до навколишнього світу,

та розвиток процесів самосвідомості та самовизначення, які стають основоположними у подальшому житті підлітка.

Також змінюється мотивація. У змісті мотивів відбивається світогляд, що формується, плани на майбутнє життя. І виникають вони в цьому віці, виходячи зі свідомо поставленої мети. На думку Л. І. Божович, мотиваційна сфера – це головне новоутворення підліткового віку [6].

Підсумовуючи, можна дійти висновку у тому, що ціннісний світ підлітка розгортається щодо його ставлення до себе, іншим людям, суспільству і світу загалом. Власні переживання сприймаються як унікальні, ховаються від оточення через страх бути незрозумілим. Усвідомлення свого власного «Я» - це не тільки відкриття свого внутрішнього світу та розуміння себе, тому підліток прагне знайти своє місце та призначення в суспільстві, він задовольняє свою потребу у розумінні та самоствердженні.

1.2. Загальне поняття харчової поведінки, класифікація та симптоми розладу харчової поведінки

Харчування необхідне для виживання, приносить велике задоволення і може мати порушення, що призводить до недоїдання, переїдання та розладів харчової поведінки. Розвиток живлення в людини залежить від складної взаємодії гомеостатичних механізмів; нейронних систем винагороди; і моторних, сенсорних та соціально-емоційних здібностей дитини. Крім того, на розвиток харчової поведінки впливають виховання, соціальні впливи та харчове середовище.

Нейрофізіологія регуляції харчування включає гіпоталамус і стовбур мозку, шлунково-кишкову систему, підшлункову залозу та жирову тканину через нейроендокринні петлі зворотного зв'язку (Рис. 1.). У періоди дефіциту енергії грелін, пептид вивільняються зі шлунку, сигналізуючи ядру гіпоталамуса про вивільнення пов'язаного пептиду, нейропептиду Y і орексину, для стимуляції

апетиту [22]. Після їжі панкреатичний інсулін, кишковий пептид YY і лептин зменшують вивільнення пептидів, що стимулюють апетит, і орексину, пригнічуючи стимуляцію апетиту [29, 24]. В умовах надлишку енергії холецистокінін і лептин впливають на вивільнення регульованих проопіомеланокортином і кокаїном-амфетаміном нейронів, щоб пригнічувати апетит [14, 15, 30]. Лептин збільшує бажання їсти, коли рівень низький, і зменшує відчуття голоду, коли рівень високий [29]. Адипоцити також вивільняють адипонектин зі збільшенням рівня у відповідь на голодування та зниженням рівня у разі ожиріння.

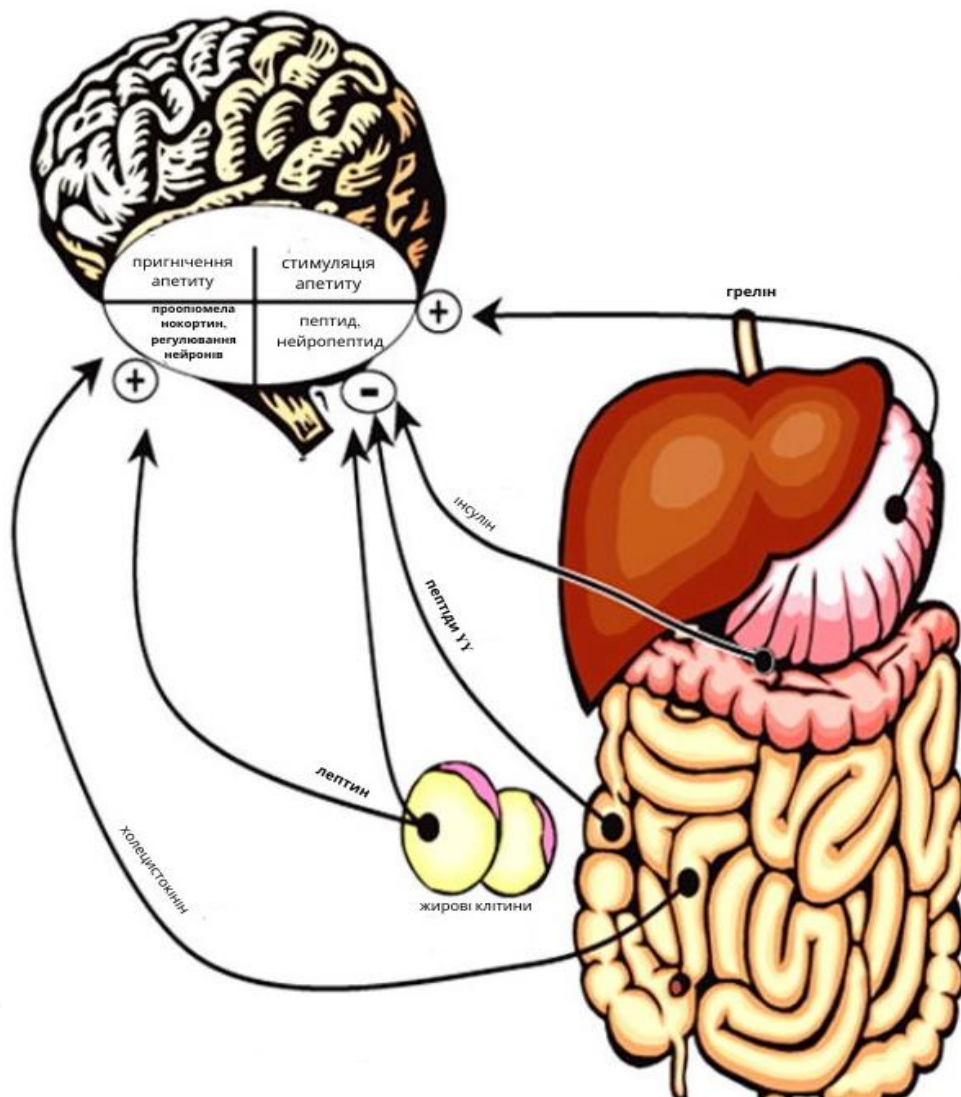


Рис. 1.1. Демонстрація зв'язку мозку з харчуванням.

Складні біологічні системи існують для підтримки енергетичного балансу, уникнення голодування, коли це можливо, і зменшення ймовірності ожиріння. Останні дослідження підтверджують існування індивідуальних відмінностей у чутливості до енергетичного балансу та припускають, що взаємодія генів і середовища може впливати на гомеостаз маси тіла [14].

Харчова поведінка – система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямованої на задоволення потреби в їжі.

Харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини. Харчова поведінка може бути гармонійною або девіантною, що залежить від безлічі параметрів, зокрема від того, яке місце займає процес харчування в ієрархії цінностей індивіда, а також від кількісних та якісних показників харчування.

Прийом їжі належить до найбільш соціальних видів діяльності людини. Було продемонстровано, що соціальне сприяння, активізація поведінки на основі вигляду чи звуку інших, які ведуть таку ж поведінку, є визначальним фактором харчової поведінки приматів, дітей і дорослих людей [28, с. 153].

Харчові розлади або розлади харчової поведінки (РХП) — клас психічних розладів, пов'язаних з порушенням прийому їжі (МКБ-10).

І. Г. Малкіна-Пих конкретизувала на основі аналізу літератури саме поняття «харчова поведінка» і дала йому таку характеристику, зазначаючи, що «харчова поведінка — це система ціннісних характеристик стосовно їжі та процесу її вибору та споживання. Це також і стереотипізація норм харчування присутніх у культурному середовищі індивіда» [3].

У 1903 році П'єр Жане вказував на суто психологічний характер РХП та виділяв:

- обсессивний тип, при якому хворі відчували огиду до власного тіла та бажання втратити зайву вагу.
- істеричний тип, в котрого апетит повністю був відсутній [1].

Сучасна психіатрична практика, продовжуючи традиції минулого, виділяє порушення харчової поведінки за багатьох психічних розладів як компонент

клінічної картини. Крім того, є спеціальні діагностичні рубрики, яких не було у попередніх психопатологічних класифікаціях. Особливе місце посідає нервова анорексія. Навряд чи можна знайти інший розлад харчової поведінки, що викликає такий інтерес та суперечливі тлумачення, як ця форма патології.

F50. Розлади прийому їжі: під цим заголовком описані два важливі та виразні синдроми: нервова анорексія та нервова булімія. Заслужують на місце і менш специфічні булімічні розлади, а також переїдання, що поєднується з психологічними порушеннями. Короткий коментар присвячений блювоті, що поєднується із психологічними порушеннями [4].

У будь-якому класичному вітчизняному чи зарубіжному посібнику з клінічної психіатрії є докладні описи порушень харчової поведінки при кататонічній шизофренії [7, 8, 9], маніакально-депресивному психозі, розумовій відсталості (олігофреніях) і т.д. У той же час МКХ-10 є такі діагностичні визначення для опису порушень харчової поведінки:

- F50.0 - нервова анорексія;
- F50.1 - атипова нервова анорексія;
- F50.2 - нервова булімія;
- F50.3 - атипова нервова булімія;
- F50.4 - переїдання - реакція на дистрес;
- F50.5 - психогенне блювання;
- F98.2 - розлад харчування у немовлят;
- F98.3 - поїдання неїстівного.

Нервова анорексія (F50.0) характеризується відсутністю підтримання здорової ваги тіла, нав'язливим страхом набрати вагу або відмовою від набору і нереалістичністю сприймання (або невизнання серйозності) поточної низької маси тіла [23].

Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003) створили когнітивну модель анорексії і її характеристики, такі як:

- 1) обмеження споживання їжі, що призводять до значного зниження маси тіла;
- 2) інтенсивний страх набору ваги чи ожиріння, чи поведінка, яка перешкоджає збільшенню ваги;
- 3) порушенням у тому, як сприймаються форма та вага тіла. [6]

Діагностичні критерії нервової анорексії, наведені в МКХ-10, такі:

1. Вага тіла на 15% нижче за норму, що визначається за формулою Кветлета: $IMT = B/32$, де IMT - індекс маси тіла; B - вага, кг; 3 - зріст, м.

Нормальні значення індексу Кветлета для підлітків дорівнюють 17,5-19.

2. Спотворене сприйняття свого тіла (дисморфофобія, дисморфоманія, якщо використовувати термінологію, прийняту у вітчизняній психіатрії).

3. Свідоме (але старанно приховуване) прагнення до зниження маси тіла за рахунок дієт, відмови від їжі, прийому блювотних, сечогінних чи послаблюючих засобів, надмірного фізичного навантаження.

4. Порушення фізіологічних функцій (аменорея, втрата лібідо та потенції).

Нерідко відмова від їжі поєднується з приготуванням найрізноманітніших страв та загодовуванням родичів чи подруг.

Нервова булімія (F50.2) характеризується періодичними психогенними переїданнями з подальшою компенсаторною поведінкою (власноруч викликане блювання, переїдання до блювоти, надмірне використання проносних/сечогінних, надмірні фізичні навантаження). В основі захворювання лежить нервово-психічний розлад, який проявляється в неконтрольованому прийомі їжі, концентрації на їжі, калоріях, вазі [2, 31].

Клініка нервової булімії була описана набагато пізніше нервової анорексії (у 1940-х рр.), але досі відбуваються суперечки про самостійність цієї форми порушення харчової поведінки через схожість діагностичних критеріїв [1, 38]:

1. Патологічний страх збільшення у вазі (ожиріння), прагнення досягти ваги, яка нижча за норму.

2. Свідоме прагнення до зниження маси тіла за рахунок дієт, відмови від їжі, прийому блювотних, сечогінних чи послаблюючих засобів.

3. Періодичне переїдання (присупи ненажерливості).

Незважаючи на те, що діагностичні ознаки нервової анорексії та нервової булімії зафіксовані у МКХ-10, постійно ведеться жвава дискусія про те, наскільки точно вони відображають клінічні феномени.

Психогенне переїдання характеризується періодичним об'їданням, щонайменше, раз на тиждень протягом 3 місяців, з пеживанням шлюбу контролю та почуттям провини після переїдання [13].

Компульсивне переїдання відрізняється від представленого в МКБ-10 психогенного переїдання, яке виникає внаслідок стресових подій. У МКБ-10 компульсивне переїдання відноситься до неспецифічних харчових розладів, а DSM-5 виділяється як окремий діагноз.

У Міжнародній класифікації хвороб є диференціація термінів «психогенне переїдання», як переїдання, що є реакцією на дистрес, і «компульсивне (присупоподібне) переїдання», що є складовою нервової булімії і далеко не завжди пов'язано з впливом стресових факторів і наявністю психоемоційної напруги.

У контексті біопсихосоціальної моделі можна виділити конституційно-біологічні, особистісні, а також мікросоціальні та соматогенні фактори компульсивного переїдання.

Серед особистісних факторів, що впливають на розвиток компульсивного переїдання, прийнято розглядати наступні: стресостійкість, підвищену тривожність, невпевненість у собі, перфекціонізм, порушене сприйняття образу власного тіла, дихотомічне мислення, олекситимію та високий рівень імпульсивності [13, 20, 25, 26].

Психогенне переїдання супроводжується набором ваги, що може призводити до ожиріння, що є причиною різних тяжких хронічних захворювань, таких як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, холецистит та інших захворювань. Психогенне переїдання використовується людиною для подолання стресових ситуацій і сприяє формуванню емоційної харчової поведінки [36]. Вивчаючи літературу з цієї проблеми, ми виявили, що

однією з найчастіших скарг жінок із психогенним переїданням є особистісна тривожність. На підставі цього, ми припустили, що існує зв'язок між особистісною тривожністю та психогенним переїданням.

Розлад прийому їжі характерний для дітей будь-якого віку і часто супроводжує широкий спектр патологій: логопедичну, неврологічну, вроджену патологію серцево-судинної системи, органів дихання, печінки, шлунково-кишкового тракту, метаболічних захворювань. Так, за даними літератури, труднощі при вигодовуванні переважають у дітей-інвалідів та відзначаються у середньому у 80% пацієнтів.

Психіатрами виділяються чотири основні форми розладів харчової поведінки, переважно пов'язані з порушеннями дитячо-материнських відносин:

- жувальні розлади у дитячому віці;
- нервова анорексія у немовлят (інфантильна анорексія);
- харчове недорозвинення;
- постійне поїдання неїстівних речовин [27].

Розлад прийому їжі у дітей, пов'язаний із психогенними причинами, є складною проблемою, яка потребує одночасного спостереження пацієнта не лише психологом/психіатром (корекція харчової поведінки), а й дієтологом (корекція харчування). Для виключення супутньої та органічної патології необхідна консультація лікарів-фахівців: гастроентеролога, невролога, генетика, логопеда. Таким чином, лише комплексний підхід до лікування сприяє досягненню максимального клінічного результату.

1.3. Чинники розвитку розладу харчової поведінки в підлітковому віці.

В останнє десятиліття зросла чисельність психічних розладів, які є в підлітковому віці. Дітей із порушенням харчової поведінки відносять до групи ризику, оскільки крім психологічної складової у разі захворювання піддається негативному впливу функціонування всього організму.

Підлітки, які страждають на порушення харчової поведінки, можуть приховувати і не визнавати симптомів розладу, що дуже небезпечно, так як для боротьби з такою розладом потрібно працювати комплексно і надавати допомогу своєчасно [12].

Однак, незважаючи на численні дослідження, досі точних причин формування розладів не виявлено, але дослідники виділяють такі можливі причини:

1. Генетичні: згідно з Л. Кронбахом, порушення харчової поведінки у 8 разів частіше схильні саме ті люди, чиї родичі мали цей розлад. Так, наприклад, при вивченні близнюків було з'ясовано, що вони здебільшого схильні до однакової харчової поведінки і, отже, до подібних розладів. Разом з цим було встановлено, що існують конкретні хромосоми, які можуть бути пов'язані з булімією та анорексією.

2. Біопсихосоціальні: згідно з О. А. Скугаревському, щодо клінічної картини порушень харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання) слід звертати увагу такі чинники як: сімейна ситуація, сприйняття власного тіла, оцінка харчових переваг, стереотипи харчової поведінки, маса тіла та методи його контролю, а також самооцінка та думки, пов'язані з вживанням їжі.

3. Культурні: згідно з В. В. Ромацьким, за допомогою засобів масової інформації виявляється величезний вплив на свідомість людей шляхом пропаганди нереалістичних образів тіла та надання про ідеали краси, а також спотворення культури схуднення. У той самий час активно випускаються і рекламуються недорогі, доступні і висококалорійні продукти.

4. Особистісні: згідно з Д. Б. Карвасарським, харчові розлади відображають несвідому боротьбу внутрішньої індивідуальності людини, її уявлень про себе в соціумі та проблемах, які часто впливають із травматичних подій життєвого досвіду чи певної моделі соціалізації.

5. Психологічні: відповідно до З. Фрейду, переважно розлади формуються з урахуванням психоемоційних передумов, наприклад, як-от: емоційна

нестійкість, почуття провини, занижена самооцінка, навіюваність, залежність від думки оточуючих. Тож у групі ризику перебувають підлітки, які переживають вікову кризу [5].

Найчастішими ознаками розладів харчової поведінки в підлітковому та молодому віці є такі:

- обмежувальні дієти, переїдання і булімічні епізоди (суб'єктивні та об'єктивні);
- очисні процедури шлунково-кишкового тракту;
- компульсивні фізичні вправи, а також значний вплив на самооцінку форми тіла і ваги.

Як правило, нервова анорексія маніфестує в середньому підлітковому віці, а нервова булімія в старшому підлітковому віці [4, с. 34–39]. Деякі ознаки розладів харчової поведінки тісно пов'язані з власне підлітковим періодом, зумовлюючись не стільки спотворенням образу тіла, а радше його загальною незадоволеністю. Часто це пов'язано з постійним порівнянням себе з ідеалізованими медіаідеалами та відфотошопленими зображеннями однолітків у соціальних мережах. Нав'язливе порівняння досягає безпрецедентних масштабів завдяки Інтернету та технічним засобам доступу до нього.

Безумовно, в онтогенезі, головними пусковими механізмами виникнення розладів харчової поведінки є статеве дозрівання та підлітковий вік. Молоді люди одночасно стикаються:

- з життєвими проблемами та переживають зміну та збільшення маси тіла;
- новими, зумовленими гормональними змінами, спонуканнями;
- новими культуральними очікуваннями, сексуальними і інтелектуальними та соціальними вимогами.

Всі ці процеси обробляються головним мозком, який сам по собі анатомічно та хімічно перебуває у стані постійних змін. Проте є цілком очевидним те, що ці пускові механізми є неспецифічними.

Як і інші розлади харчової поведінки однією з ознак бігорексії є викривлене сприйняття власного тіла (чоловік сприймає його, як недостатньо

накачане). Саме цей розлад штовхає людину на виснажливі заняття спортом, вживання стероїдів та перебування на дієтах, які сприяють набору м'язової маси. Нервова орторексія та дранкорексія одні з «наймолодших» харчових розладів.

Дранкорексія – це розлад харчової поведінки, який характеризується заміною людиною їжі на алкоголь задари досягнення стрункої фігури.

Харчова поведінка також залежить і від етнокультурних та соціальних чинників. Звички у харчуванні формуються, перш за все, сім'єю особи, а також національністю, життєвим досвідом, крім цього слід додати і релігійні уявлення та економічні чинники.

Деякі вчені (зокрема Л. М. Абсалямова, З. Я. Ковальчук, В. І. Шебанова), аналізуючи соціальні функції їжі, приходять до висновків, що їжа є однією із складових процесу спілкування. На споживання їжі мають великий вплив емоції особи, як позитивні, так і негативні, крім цього, велике значення мають і соціальні установки й норми щодо харчування [1].

У дослідженнях харчової поведінки підлітків простежується емоційна та екстернальна харчова поведінка в досліджуваних. Це свідчить про те, що особам підліткового віку важко оцінювати і контролювати власні емоції без допомоги їжі та стримуватися від її виду. Дуже часто в осіб схильних до розладів харчової поведінки можна виявити схильність до самокритичності та самозвинувачення [11].

1.4. Методи когнітивно-поведінкової терапії в корекції розладу харчової поведінки

Розлади харчової поведінки характеризуються серйозними та постійними порушеннями харчової поведінки, що спричиняє психосоціальні та, іноді, фізичні порушення. Схема класифікації розладів харчової поведінки DSM-IV визнає 2 конкретні діагнози, нервову анорексію (AN) і нервову булімію (BN), а також інші категорії.

Відповідно до сучасного способу класифікації розладів харчової поведінки дослідження щодо їх лікування зосереджено на окремих розладах. Вілсон та його колеги надали описовий огляд досліджень лікування конкретних розладів харчової поведінки, а також когнітивно-поведінкову корекцію розладів харчової поведінки.

Висновок з огляду полягає в тому, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є очевидним провідним методом лікування нервової булімії у дорослих. Однак це не означає, що КПТ є панацеєю, оскільки початкова версія лікування призвела лише до того, що менше половини пацієнтів, які завершили лікування, повністю й надовго одужували [21, 35].

Міжособистісна психотерапія (МП) є потенційною доказовою альтернативою КПТ у пацієнтів з нервовою булімією, і вона передбачає схожий обсяг терапевтичного контакту, але було проведено менше досліджень. МП займає від 8 до 12 місяців (довше ніж КПТ) для досягнення порівнянного ефекту.

Було також встановлено, що антидепресанти сприятливо впливають на переїдання при нервовій булімії, але довгострокові ефекти залишаються в основному неперевіреними. Комбінація КПТ з антидепресантами, здається, не дає жодних очевидних переваг порівняно з одним КПТ. Лікуванню підлітків з нервовою булімією на сьогоднішній день приділено відносно мало уваги [24].

Набагато менше досліджень щодо лікування нервової анорексії. Більшість досліджень мають малий розмір вибірки. Як наслідок, існує мало доказів на підтримку будь-якого психологічного лікування, принаймні у дорослих. У підлітків дослідження були зосереджені в основному на сімейній терапії, в результаті чого статус КПТ у молодших пацієнтів неясний.

Існує 2 форми КПТ. Перша — це «фокусована» форма, яка стосується виключно психопатології розладу харчової поведінки.

Друга, широка форма лікування, спрямована на зовнішні перешкоди для змін. Попередні дані свідчать про те, що ця більш складна форма КПТ повинна бути зарезервована для пацієнтів із клінічним перфекціонізмом, низькою самооцінкою або труднощами міжособистісного спілкування [37].

Перед початком лікування проводиться оцінювальна співбесіда з оцінкою характеру та ступеня психічних проблем пацієнта. Ця співбесіда зазвичай проводиться протягом 2 або більше зустрічей. Процес оцінки призначений, щоб заспокоїти пацієнта та почати залучати пацієнта до лікування та змін. Інформація з оцінки інформує про те, як найкраще діяти, і, зокрема, чи підходить КПТ у випадку пацієнта. Якщо КПТ вважається доцільним, описуються основні аспекти терапії та відбувається заохочення до максимального використання можливостей подолати РХП.

Важливо, щоб із самого початку КПТ пацієнт був у змозі оптимально використовувати лікування. З цієї причини слід вивчити будь-які потенційні перешкоди для отримання терапії. Важливими протипоказаннями до негайного початку лікування є фізичні особливості, що викликають занепокоєння, наявність важкої клінічної депресії, значне зловживання психоактивними речовинами, серйозні життєві події або кризи, що відволікають увагу, і конкуруючі зобов'язання. На такі фактори слід звернути увагу, перш ніж приступати до лікування.

Цілі першого етапу роботи (4 тижні) полягають у тому, щоб залучити пацієнта до лікування та змін, отримати індивідуальне формулювання пацієнта його випадку, забезпечити всіма важливими знаннями з питання РХП, а також запровадити та реалізувати 2 важливі процедури: спільне «щотижневе зважування» і «регулярне харчування». Зміни, внесені на цьому першому етапі лікування, утворюють фундамент, на якому будуються інші зміни.

Зазвичай найкраще почати з того, що пацієнт хоче змінити (наприклад, переїдання). Формулювання допомагає пацієнтам усвідомити, що їхня поведінка є зрозумілою та підтримується певними механізмами, які відкриті для змін.

Це постійний запис «тут і зараз» прийому їжі та іншої відповідної поведінки, думок, почуттів і подій (табл. 1 є прикладом запису моніторингу) [18].

Табл. 1.1.

Моніторинг приймів їжі при РХП

День та час	Їжа та напої	Місце, де відбувся прийом їжі	Відчуття, емоції, що супроводжували до і після прийому їжі	Думки, котрі є причинами емоцій
01.09.23 9:15	Гречана каша, варена риба, вода	Вдома	Тривожність, занепокоєння	Досить великий сніданок, можу набрати вагу.

Самоконтроль вводиться на першому сеансі і продовжує займати важливу та центральну роль протягом більшої частини лікування. Терапевти повинні чітко пояснити причини самоконтролю.

По-перше, це дозволяє глибше зрозуміти харчову проблему та визначає прогрес.

По-друге, і що більш важливо, це допомагає пацієнтам краще усвідомлювати, що відбувається в даний момент, щоб вони могли почати вносити зміни в думки та поведінку, яка, можливо, здавалася автоматичною або поза їх контролем [35].

Основним є спільний перегляд записів пацієнта кожного сеансу та обговорення процесу запису та будь-яких труднощів із цим. Записи також допомагають визначити порядок обговорення на сесії: найкраще зберегти будь-які проблеми, виявлені в записах, для основної частини сесії.

Пацієнт і терапевт перевіряють вагу пацієнта разом раз на тиждень і вносять її на індивідуальний графік ваги. Пацієнтам рекомендується не зважуватися в інший час. Щотижневе зважування під час сеансу має кілька цілей.

По-перше, це дає можливість терапевту розповісти пацієнтам про масу тіла та допомогти пацієнтам інтерпретувати цифри на вагах, які в іншому випадку вони схильні неправильно тлумачити.

По-друге, він надає пацієнтам точні дані про їх вагу в той час, коли їхні харчові звички змінюються.

По-третє, і найголовніше, це стосується процесів підтримки контролю надлишкової маси тіла або його уникнення.

На початку лікування (зазвичай на третьому сеансі) пацієнтів просять їсти 3 заплановані прийоми їжі щодня та внести 2-3 заплановані перекуси, щоб інтервал між ними рідко перевищував 4 години. Пацієнти повинні вибирати, що вони їдять, з єдиною умовою, щоб їжа та перекуси не супроводжувалися будь-якою компенсаторною поведінкою (наприклад, самоіндукованою блювотою).

Пацієнтам слід допомогти дотримуватися свого звичайного плану харчування та відмовитися від їжі між запланованими прийомами їжі та перекусами. Для досягнення останніх цілей можна використати дві досить різні стратегії. Перший включає допомогу пацієнтам у визначенні діяльності, яка є несумісною з прийомом їжі та може відвернути їх від бажання переїсти (наприклад, швидка прогулянка), а також стратегії, які зменшують ймовірність переїдання (наприклад, вихід з кухні). По-друге, допомогти пацієнтам усвідомити, що бажання переїсти — це тимчасове явище, яке можна «подолати».

Другий етап — це короткий, але важливий перехідний етап, який зазвичай включає 2 зустрічі з інтервалом у тиждень. Продовжуючи процедури, запроваджені на першому етапі, терапевт і пацієнт підводять підсумки та проводять спільний огляд прогресу, метою якого є виявлення проблем, які ще потрібно вирішити, та будь-яких нових бар'єрів для змін, перегляд формулювання запиту, якщо необхідно.

Третій етап проектування. Огляд має кілька цілей. Якщо пацієнти досягають хороших успіхів, їх слід похвалити за їхні зусилля та посилити корисні зміни. Якщо клінічний перфекціонізм, базова низька самооцінка або труднощі у стосунках все ще негативно впливають на лікування, треба ввести широке лікування, котре б охоплювало інші сфери життя [16].

Сюди буде входити звернення до ключових процесів, які підтримують розлад харчової поведінки пацієнта. Механізми, які розглядаються, і порядок, у якому вони розглядаються, залежать від їх ролі та відносної важливості в

підтримці психопатології пацієнта. Зазвичай це триває 8 зустрічей з періодичністю раз на тиждень.

Перший крок включає пояснення концепції самооцінки та допомогу пацієнтам визначити, як вони оцінюють себе.

Коротко кажучи, існує 3 пов'язані проблеми: по-перше, самооцінка надмірно залежить від продуктивності в одній сфері життя, в результаті чого інші сфери, окрім фігури та ваги, спотворюються; по-друге, сфера контролю, на котру пацієнт звертає увагу – не є в зоні його відповідальності, що підриває самооцінку; і по-третє, переоцінка поведінки, що характеризувала б РХП [10].

Терапевт використовує розширене формулювання, щоб пояснити, як ця поведінка, що підтримує РХП, служать для підтримки та посилення занепокоєння пацієнта щодо фігури та ваги, і, отже, їх потрібно враховувати під час лікування. Тому тут важливо закріпити результат пошуком нових занять, сфер діяльності у житті, де б пацієнт мав бажання та мотивацію займатися, що б привело до переведення фокусу на інші сфери життя.

Пацієнтам допомагають усвідомити, що їх численні суворі правила харчування погіршують якість їхнього життя та є центральною ознакою розладу харчової поведінки. Тому основною метою лікування є скорочення, якщо не повне виключення дієти. Першим кроком у цьому є визначення різноманітних дієтичних правил пацієнта разом із переконаннями, які лежать в їх основі. Потім пацієнту допомагають порушити ці правила, щоб перевірити вірування, про які йдеться, і дізнатися, що наслідки, котрих вони уникають, пов'язані з дотриманням дієтичного правила (як правило, збільшення ваги або переїдання) не є неминучим результатом [17].

Пацієнтам, які переїдають, важливо звернути особливу увагу на «уникнення їжі», оскільки це є основним сприяючим фактором. Ці пацієнти потребують систематичного повторного введення в свій раціон їжі, якої уникають.

Четвертий етап - завершальний етап лікування, пов'язаний із тим, щоб завершити лікування. Основна увага приділяється збереженню вже досягнутого прогресу та зниженню ризику рецидиву. Зазвичай є 3 зустрічі з інтервалом

приблизно в 2 тижні. Під час цього етапу в рамках підготовки до завершення лікування пацієнти припиняють самоконтроль і починають щотижневе зважування вдома [34].

Щоб збільшити шанси на збереження прогресу, терапевт і пацієнт спільно розробляють індивідуальний план на наступні кілька місяців до призначення огляду після лікування (зазвичай приблизно через 20 тижнів). Зазвичай це включає подальшу роботу з перевірки тіла, уникнення їжі та, можливо, подальшу практику вирішення проблем. Крім того, пацієнтів заохочують продовжувати свої зусилля для розвитку нових інтересів і діяльності.

Для мінімізації ризику рецидиву є 2 елементи. По-перше, пацієнти повинні мати реалістичні очікування щодо майбутнього. Очікування ніколи більше не відчувати труднощів з харчуванням робить пацієнтів вразливими до рецидиву, оскільки це заохочує негативну реакцію навіть на незначні невдачі. Натомість пацієнти повинні розглядати свою харчову проблему як ахіллесову п'яту. Мета полягає в тому, щоб пацієнти виявляли невдачі якомога раніше, розглядали їх як «збій», а не «рецидив», і активно вирішували їх, використовуючи стратегії, які вони навчилися під час лікування.

Висновки до 1 розділу

На основі аналізу та узагальнення науково-теоретичних даних з психології, клінічної психології, психіатрії, девіантології та інших викладених у цьому розділі, визначено що існує багато розумінь розладу харчової поведінки, а саме: різноманітність класифікацій РХП, особливості прояву РХП, взаємопов'язаність чинників розвитку РХП.

Узагальнення результатів аналізу дозволяє чітко описати наступні поняття:

1. Підлітковий вік – етап становлення особистості віком від 10 (11) до 15 років. Становлення особистості підлітка, безсумнівно, пов'язано з усвідомленням себе, як особистості, та обумовлено провідною діяльністю – спілкуванням з однолітками.

2. Новоутворення підліткового віку: розвиток самосвідомості, почуття дорослості, формування самооцінки.
3. *Харчова поведінка* – система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямованої на задоволення потреби в їжі.
4. *Харчові розлади або розлади харчової поведінки (РХП)* — клас психічних розладів, пов'язаних з порушенням прийому їжі (МКБ-10): F50.0 - нервова анорексія; F50.1 - атипова нервова анорексія; F50.2 - нервова булімія; F50.3 - атипова нервова булімія; F50.4 - переїдання - реакція на дистрес; F50.5 - психогенне блювання; F98.2 - розлад харчування у немовлят; F98.3 - поїдання неїстівного.
5. Чинники розвитку РХП можна розділити за такими видами: генетичні, психологічні, біопсихосоціальні, культурні, особистісні. У теоретичному розділі вони розглянуті більш широко.

Найчастішими ознаками розладів харчової поведінки в підлітковому віці є такі:

- обмежувальні дієти, переїдання і булімічні епізоди (суб'єктивні та об'єктивні);
 - очисні процедури шлунково-кишкового тракту;
 - компульсивні фізичні вправи, а також значний вплив на самооцінку форми тіла і ваги.
6. Когнітивно-поведінкова терапія розладів харчової поведінки полягає у аналізі запиту пацієнта, обговорення шляхів вирішення запиту, моніторинг харчування, своїх емоцій та думок щодо цього, підвищення рівня самоаналізу та покращення рівня життя через фокусування на нових інтересах та хобі.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

2.1. Організація та методика дослідження чинників розвитку розладу харчової поведінки

Завдання діагностики чинників розвитку розладів харчової поведінки у підлітків є актуальним питанням, через формування самооцінки, усвідомлення свого «Я» у суспільстві, що робить даний віковий період найбільш вразливим до розладу.

Для досягнення мети нашого дослідження нами було виділено наступні завдання:

1. Підбір методів діагностичного дослідження рівня розладу харчової поведінки та соціальної сфери особистості підлітка.
2. Проведення психодіагностичного дослідження рівня схильності до РХП та соціальної сфери підлітка.
3. Аналіз та інтерпретація емпіричних даних, отриманих під час дослідження.

Гіпотеза дослідження полягає у виявленні закономірності між рівнем схильності до РХП та рівнем задоволення соціальними сферами життя, особистим відчуттям в соціумі.

В емпіричному дослідженні брали участь 44 учні Криворізької загальноосвітньої школи № 69, віком від 11 до 15 років.

Для якісної та кількісної обробки даних емпіричного дослідження було застосовано математичний метод як засіб спростування сформульованих на теоретичному рівні гіпотез. Було сформульовано такі гіпотези: альтернативна гіпотеза (H1) – припущення про наявність зв'язку між рівнем схильності до розладу харчової поведінки та суб'єктивним сприйняттям соціальних сфер життя. Про наявність незначного зв'язку (або його відсутності); нульова гіпотеза (H0) – відсутність зв'язку між рівнем схильності до розладу харчової поведінки та суб'єктивним сприйняттям соціальних сфер життя.

Для перевірки нашої гіпотези було використано наступні методики: опитувальник міжособистісної чутливості Ф. Бойса, Г. Паркера; шкала суб'єктивної оцінки самотності UCLA (University of California, Los Angeles); шкала соціальної тривожності М. Либовиц; Опитувальник суб'єктивного ставлення школяра до діяльності, самого себе та оточуючих (ССДСО) (автор - О. Афанасьєв); тест порушення харчової поведінки ЕАТ-26.

Тест порушення харчової поведінки (англ. Eating Attitudes Test; ЕАТ) - скринінгова тестова методика, розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році.

Спочатку шкала призначалася для скринінгу нервової анорексії та складалася з 40 питань. У 1982 році розробники модифікували її та створили шкалу ЕАТ-26, що складається з 26 питань. Шкала ЕАТ-26 показала високий рівень кореляції з початковим варіантом. Згодом шкала ЕАТ-26 стала широко застосовуватися при скринінгу як нервової анорексії, і нервової булімії.

В даний час шкала ЕАТ-26 є найпоширенішим інструментом досліджень розладів харчової поведінки.

Шкала, як і більшість подібних, включає симптоми, що розцінюються як неадекватні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфери [38].

Тест ЕАТ-26 складається із 26 питань. Кожне питання має такі варіанти відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «досить часто», «зазвичай» чи «завжди». При відповіді 5 додаткових питань обстежуваний вибирає одне із двох варіантів відповіді - «так» чи «ні». Іноді до тесту включається ще 5 додаткових питань, які мають варіанти відповіді «так» і «ні» (ДОДАТОК 1).

Опитувальник міжособистісної чутливості (Boyce, Parker, 1989) - складається із 36 пунктів. Відповіді дано у 4-бальній шкалі («повністю відповідає», «частково відповідає», «кілька/частково відповідає», «частково відповідає») [40].

Для з'ясування загального показника самотності була використана «Методика суб'єктивного відчуття самотності» Д. Рассела та М. Фергюсона.

Методика представлена опитувальником, що містить 20 тверджень. Респонденту необхідно оцінити, як часто йому властиве те чи інше переживання: «ніколи», «рідко», «інколи» або «часто». Підрахунок балів здійснюється за допомогою ключа.

Тест диференціює 3 рівні самотності:

- 0 – 20 балів – низький рівень;
- 21 – 40 балів – середній рівень;
- 41 – 60 балів – високий рівень.

Шкала соціальної тривожності М. Лібовіца (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) визначає цей розлад відповідно до критеріїв DSM. Методика представляє список 24 ситуацій міжособистісної взаємодії та ситуацій, у яких індивід може стати об'єктом спостереження (наприклад, їсти й пити в громадському місці, бути в центрі уваги, виступати з промовою, здавати екзамен, фліртувати з кимось, ходити в гості, висловлювати невдоволення незнайомій людині тощо). Щодо кожного пункту респондент виставляє по дві оцінки за чотирибальною шкалою Лікерта:

- а) інтенсивність страху або тривоги, яку він відчуває в описаній ситуації,
- б) частоту уникнення цієї ситуації.

Отже, дослідник отримує чотири показники: страх ситуацій соціальних взаємодій; страх ситуацій, у яких індивід може стати об'єктом спостереження оточуючих; уникнення ситуацій соціальної взаємодії; уникнення ситуацій, у яких індивід може стати об'єктом спостереження оточуючих. Сумарні бали за шкалами страху та уникнення відображають ці тенденції в широкому спектрі соціальних ситуацій; сума балів за всіма пунктами відображає ступень вираженості соціальної тривожності. Уважається, що LSAS є надійним, валідним інструментом, чутливим до терапевтичних втручань [32].

Опитувальник адаптований І. В. Григор'євою та С. М. Єнікополовим у 2016 році.

Опитувальник суб'єктивного ставлення школяра до діяльності, самого себе та оточуючих (ССДСО) (автор - О. Афанасьєв) направлений на дослідження

ставлення школяра до наступних сфер життя: до однокласників, до самого себе, до батьків, до вчителів, до друзів поза школою, до навчання, до праці, до громадської діяльності. Для підтвердження нашої гіпотези нами було модернізовано дану методику і внесені в тестування ті питання, котрі відповідають за наступне ставлення школяра: до однокласників, до самого себе, до батьків, до вчителів, що складає 30 питань. Всього тест складається з 60 питань, але для дослідження та розкриття нашої гіпотези ми виділили 30 на основні теми.

Збіг із ключем дає 1 бал. Кількість балів за кожним видом стосунків множимо на 5. У результаті можлива побудова профілю адаптованості підлітка у системі найбільш значимих стосунків:

ступінь адаптованості за якимось одним видом стосунків:

36-45 балів - дуже високий;

26-35 балів - високий;

16-25 балів - середній;

6-15 балів - низький;

0-5 балів - дезадаптація.

2.2. Результати емпіричного дослідження чинників розвитку розладу харчової поведінки в підлітковому віці.

Під час дослідження було проведено діагностику наступних показників: рівня схильності підлітків до РХП, соціальної тривожності, ставлення підлітка до однокласників, до самого себе, до батьків, до вчителів, суб'єктивного відчуття самотності та міжособистісної чутливості.

Кількісний аналіз здійснювався в такій послідовності:

- Визначення кількісної вибірки людей та проведення тестування в онлайн-форматі.
- Збір інформації психологічної діагностики та підрахунок балів з тестувань на вказані теми.
- Підрахунок кореляційної залежності рівня схильності до РХП з наступними показниками: соціальна тривожність; ставлення підлітка до однокласників, до самого себе, до батьків, до вчителів; суб'єктивного відчуття самотності; міжособистісної чутливості.
- Оформлення підрахунків у нашому дослідженні та формулювання висновків.

Щоб виявити кореляцію було проведено дослідження за допомогою коефіцієнту лінійної кореляції r_{xy} -Пірсона та використано комп'ютерне забезпечення WPS Office 2007.

Для розрахунку емпіричних даних створено сім матриць, котрі демонструють кореляцію між рівнем схильності до розладів харчової поведінки та шістьма показниками: соціальна тривожність; ставлення підлітка до однокласників, до самого себе, до батьків, до вчителів; суб'єктивне відчуття самотності; міжособистісна чутливість.

Перша матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та рівня соціальної тривожності (ДОДАТОК А). Друга матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та ставлення підлітка до однокласників. Третя матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та ставлення підлітка до самого себе. Четверта матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та ставлення підлітка до батьків. П'ята матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та ставлення підлітка до вчителів. Шоста матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та рівня самотності/соціальної

ізоляції. Сьома матриця побудована на основі двох вибірок: показників рівня схильності до РХП та рівня міжособистісної чутливості.

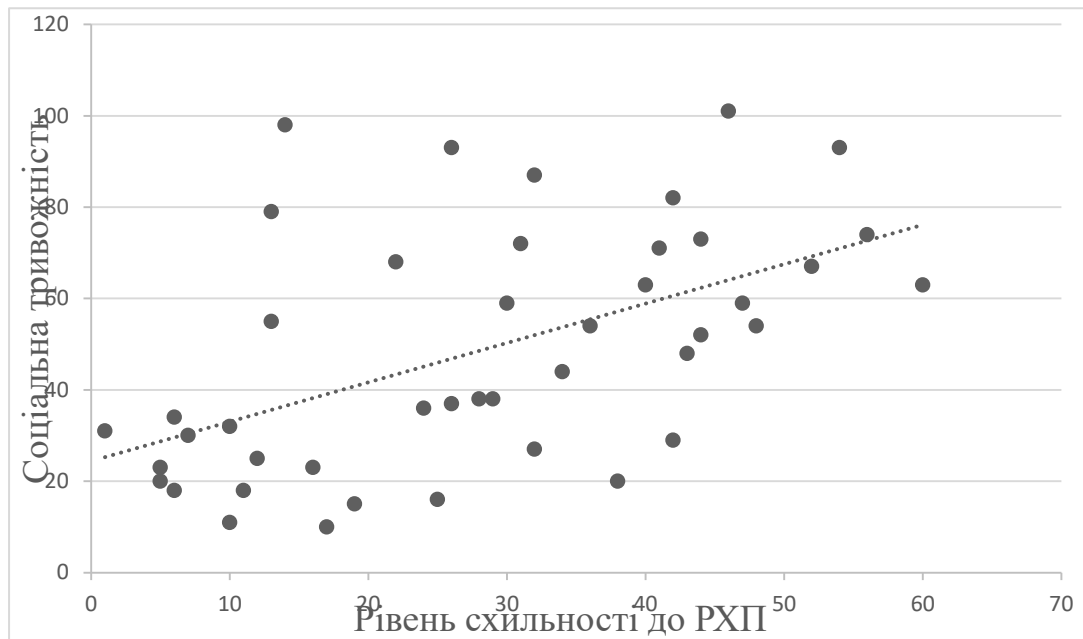


Рис. 2.1. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників рівня схильності до РХП та рівня соціальної тривожності.

Бачимо, що спостерігається позитивна лінійна залежність між показником рівня схильності до РХП та рівнем соціальної тривожності. Розрахунки здійснені в Microsoft Excel 2007 (Додаток В).

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,29$, що свідчить про слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що в деяких випадках рівень соціальної тривожності може бути пов'язаний з рівнем схильності до розладу харчової поведінки.

Далі будемо другу матрицю:

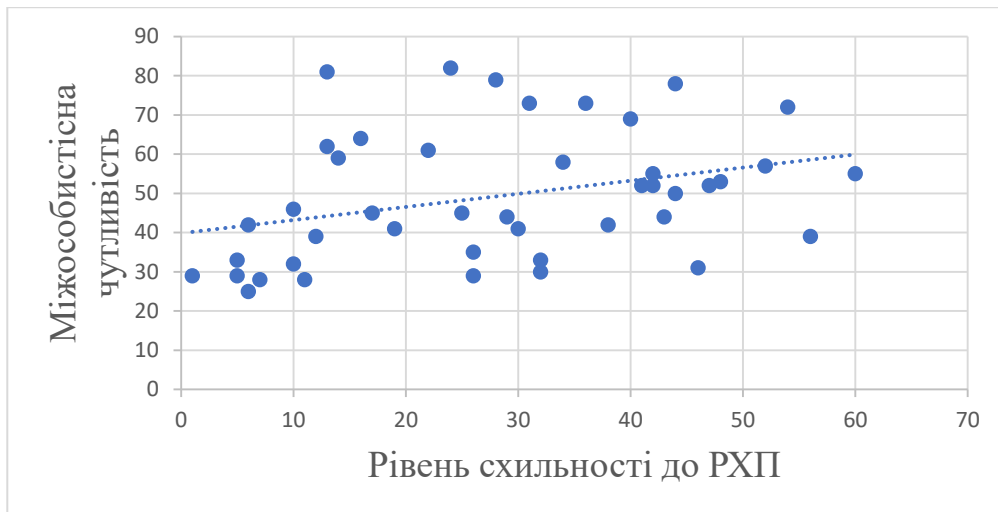


Рис. 2.2. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників рівня схильності до РХП та рівня міжособистісної чутливості.

Можемо спостерігати позитивну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та рівнем міжособистісної чутливості.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,11$, що свідчить про дуже слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що в рідких випадках рівень міжособистісної чутливості може бути пов'язаний з рівнем схильності до розладу харчової поведінки.

Далі будемо третю матрицю:

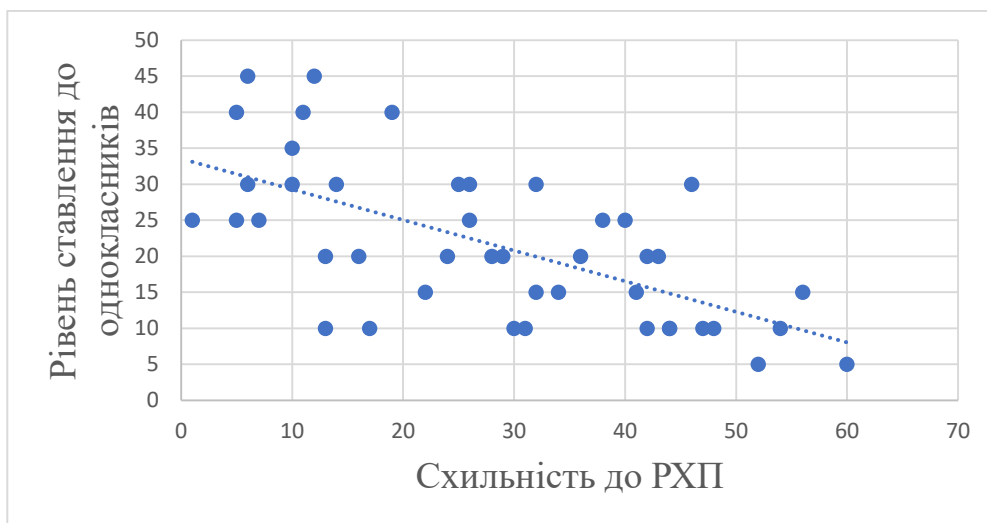


Рис. 2.3. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників ставлення до однокласників та рівня схильності до РХП.

Спостерігаємо негативну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та ставленням до однокласників.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,41$, що свідчить про слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що в певних випадках ставлення до однокласників може бути пов'язано з рівнем схильності до розладу харчової поведінки (тобто чим гірше ставлення, тим більше схильність до РХП).

Далі будуюмо четверту матрицю:

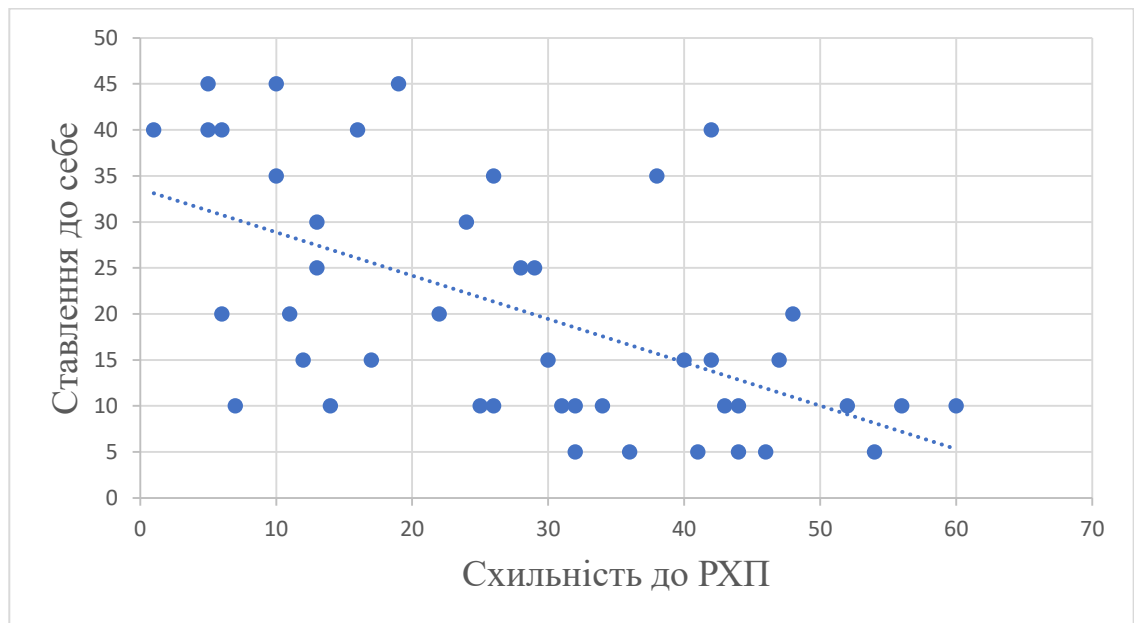


Рис. 2.4. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників ставлення підлітка до себе та рівня схильності до РХП.

Спостерігаємо негативну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та ставленням підлітка до себе.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,33$, що свідчить про слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що рівень схильності до РХП може залежати від ставлення підлітків до себе (тобто чим гірше ставлення, тим більше схильність до РХП).

Далі будуюмо п'яту матрицю:

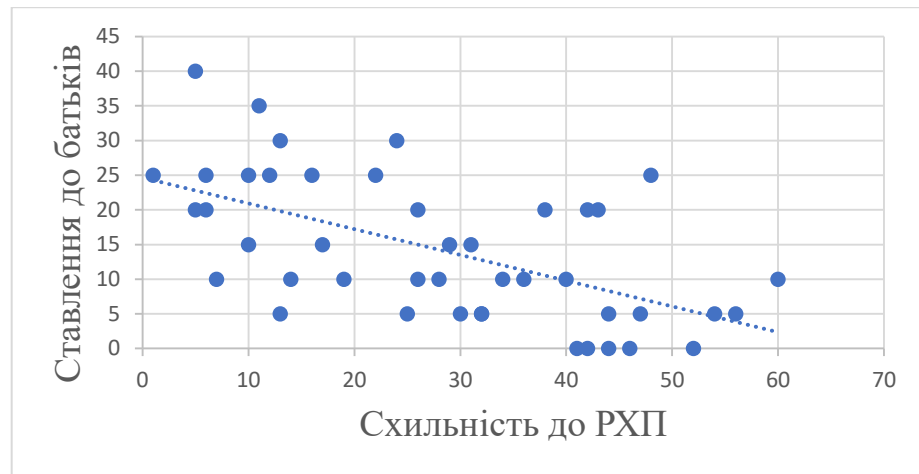


Рис. 2.5. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників ставлення підлітка до батьків та рівня схильності до РХП.

Спостерігаємо негативну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та ставленням підлітка до батьків.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,34$, що свідчить про слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що рівень схильності до РХП може залежати від ставлення підлітків до батьків, що взаємозалежно: ставлення батьків = ставлення підлітка до батьків (тобто чим гірше ставлення, тим більше схильність до РХП).

Далі будемо шосту матрицю:

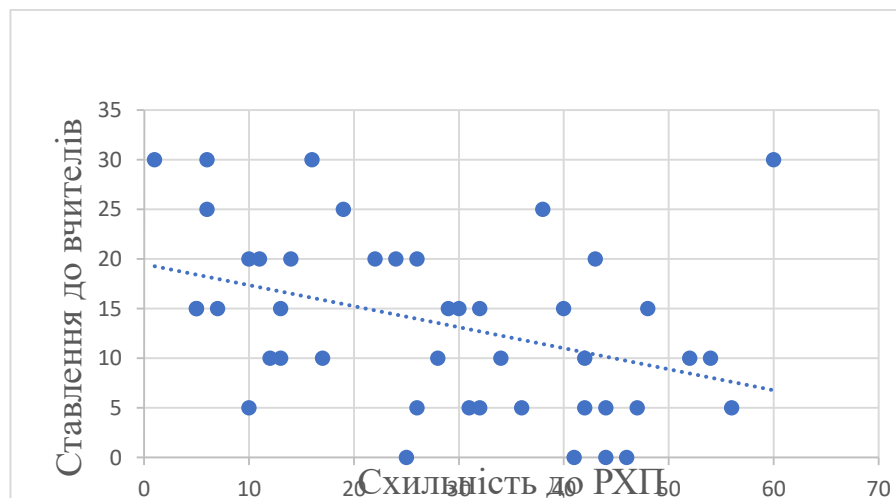


Рис. 2.6. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона показників ставлення підлітка до вчителів та рівня схильності до РХП.

Спостерігаємо негативну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та ставленням підлітка до вчителів.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,15$, що свідчить про дуже слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що рівень схильності до РХП може рідко залежати від ставлення підлітків до вчителів.

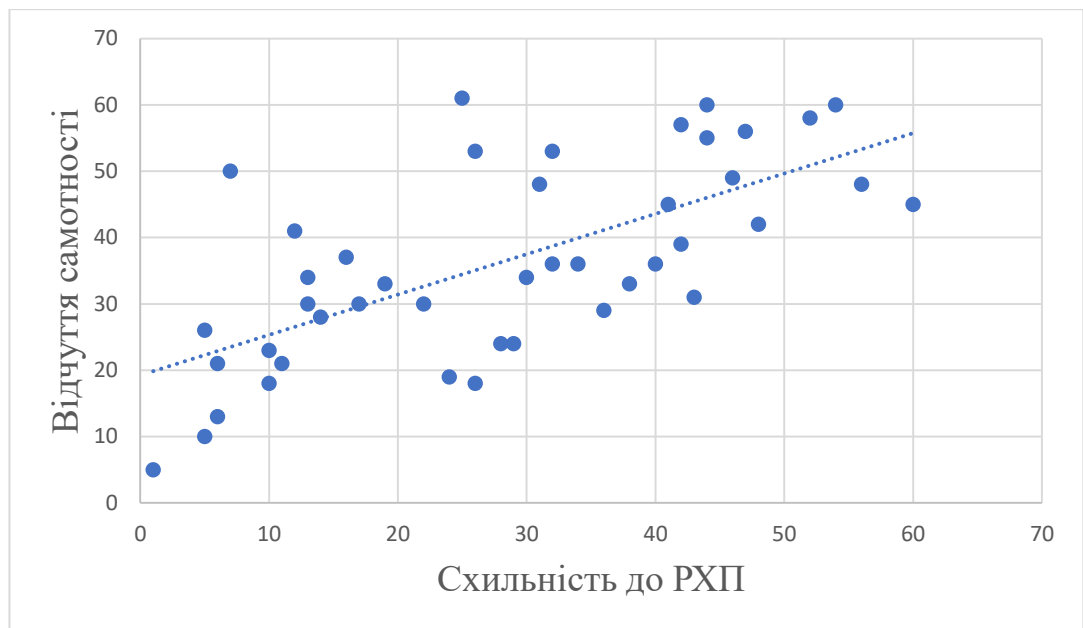


Рис. 2.6. Графік лінійної кореляційної залежності r_{xy} -Пірсона відчуття самотності та рівня схильності до РХП.

Спостерігаємо позитивну лінійну залежність між показником рівня схильності до РХП та відчуттям самотності.

Кореляційний аналіз r_{xy} -Пірсона показав, що $r_{xy}=0,12$, що свідчить про дуже слабку кореляційну залежність. Між даними показниками існує односторонній слабкий зв'язок, що підтверджує те, що в рідких випадках рівень відчуття самотності може бути пов'язаний з рівнем схильності до розладу харчової поведінки.

Висновки до 2 розділу

Таким чином, у другому розділі нами були розв'язані наступні завдання:

1. Комплексно проаналізовано проблему розвитку рівня розладу харчової поведінки та особливостей соціального впливу на нього.

2. Отримані результати емпіричного дослідження свідчать про наступне:

- існує слабка кореляційна залежність рівня схильності до розладу харчової поведінки підлітка та його соціальної тривожності підлітка, ставлення до однокласників, батьків та себе.

- існує дуже слабка кореляційна залежність рівня схильності до розладу харчової поведінки підлітка та його міжособистісною чутливістю, ставленням до вчителів та рівнем самотності.

3. Підтвердити основну гіпотезу дослідження за результатами не вдалося, кореляційний зв'язок занадто слабкий задля підтвердження гіпотези.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

3.1. Рекомендації для батьків з метою профілактики розладів харчової поведінки у підлітків

Профілактика розладів харчової поведінки у підлітків важлива для забезпечення їхнього фізичного та психологічного здоров'я. Описаний нами матеріал та теоретичне вивчення теми причин розвитку РХП у підлітків дозволяє сформулювати шляхи профілактики.

Основним завданням є створення позитивного середовища в сім'ї. Сприяйте позитивному сприйняттю тіла та здоров'я. Підтримуйте та підкріплюйте позитивне ставлення до тіла та його розвитку. Це може відбуватися за допомогою схвалень, компліментів до дитини, її зовнішнього вигляду, відсутність примусового харчування і т.д.

Важливо сприяти здоровому способу життя. Заохочуйте здорове харчування, регулярну фізичну активність та відпочинок. Ведіть здоровий спосіб життя як сім'я: разом займайтесь фізичними вправами та готуйте здорову їжу. Забезпечте збалансоване харчування, котре було б різноманітне, цікаве.

Але також важливо розуміти особливості РХП та вміти пояснити це дітям. Поясніть підліткам про ризики розладів харчування та навчіть їх розпізнавати попереджувальні ознаки.

Будьте уважними до змін у поведінці підлітка, особливо у його змінах у сприйнятті себе та свого харчування. Звертайте увагу на зміни в харчових звичках та збагаченні продуктами. Необхідно слідкувати за можливими ознаками нездорової харчової поведінки. Щоб як найшвидше помітити певні зміни, важливо мати довірливі стосунки з підлітком, прийняття та відкритість у спілкуванні з ним.

Визначальною роллю у розвитку РХП є медіа, котрі формують некоректне бачення себе, розвиває порівняння себе з іншими. В цьому випадку краще по можливості моніторити негативний вплив медіа.

Якщо Ви помітили серйозні проблеми стосовно харчування в дитини, Ви можете звернутися до спеціаліста – психолог або психотерапевт.

Важливо пам'ятати, що позитивна та підтримуюча атмосфера в сім'ї є основою здорового розвитку та профілактики розладів харчової поведінки у підлітків.

3.2. Індивідуальна програма корекційної роботи з підлітками, які мають розлади харчової поведінки

У останніх наукових дослідженнях значна увага приділяється використанню когнітивно-поведінковій терапії для дорослих та підлітків із розладами харчової поведінки. За рекомендацією психіатра можуть надаватися антидепресанти, тому що РХП має зв'язок з регуляцією гормонів.

Більш детально нами описані особливості КПТ саме у першому розділі, тому зараз приділимо увагу підсумки задля створення програми. Програма індивідуальної терапії розладів харчової поведінки буде описана у 4 етапах, котрі триватимуть протягом декількох місяців.

Етап 1. Вивчення запиту клієнта, поглиблення знань клієнта про його запит. Створення довірливих стосунків з терапевтом та надання первинних рекомендацій:

- Ведення щоденника моніторингу взаємозв'язку думок та емоцій, задане домашнє завдання створене з метою розвитку рефлексії клієнта, розуміння детермінантів та покращення пам'яті, уваги (Табл. 3.1.).
- Ведення щоденнику харчування, де також відслідковується харчування клієнта та його емоції щодо цього. Дане домашнє

завдання допомагає відшукати деструктивні думки, що сприяють розвитку РХП (Табл. 1.1.).

- Введення обмежень у зважуванні клієнта, що має відбуватися раз на тиждень під час зустріча з клієнтом.

Табл. 3.1.

Моніторинг думок та емоцій з приводу повсякденних ситуацій

Ситуація	Емоція, котра з'явилася через ситуацію	Думки, котрі попереджали емоції та підтверджують дану емоційну реакцію	Наслідки
Я переїла	Злість, ненависть до себе, розчарування у собі	Я не можу себе контролювати та буду завжди товстою, я ні на що неспроможна і нікому не потрібна.	Істерика після цього, нікуди не пішла та залишилася вдома.

Робота з домашнім завданням формує наступну роботу на початкових етапах – виявлення причин розвитку РХП: деструктивні думки та форми поведінки.

На початку лікування (зазвичай на третьому сеансі) пацієнтів просять їсти 3 заплановані прийоми їжі щодня та внести 2-3 заплановані перекуси, щоб інтервал між ними рідко перевищував 4 години. Пацієнти повинні вибирати, що вони їдять, з єдиною умовою, щоб їжа та перекуси не супроводжувалися будь-якою компенсаторною поведінкою (наприклад, самоіндукованою блювотою).

Перший етап може тривати 4-6 сесій 1 раз на тиждень.

Етап 2. Даний етап є більш коротким – 2 зустрічі 1 раз на тиждень. На даному етапі проводиться підсумок початкового етапу, відбувається позитивне закріплення змін та розширення знань про себе.

Етап 3. Пов'язаний з першим етапом і є більш тривалим та глибоким. Тут ми працюємо з тими виявленими деструктивними формами поведінки пацієнта та думками, котрі підтримують цю поведінку.

Тут важливо розуміти такий зв'язок:



Рис. 3.1. Графік залежності деструктивних дій та думок (безкінечний цикл).

Щоб працювати з деструктивними думками, можна надати клієнту можливість підтвердити та навпаки – оскаржити. Наприклад: думка «Я переїдаю і набираю вагу, я не можу себе контролювати, я нікчемна та слабка» - «Що підтверджує думку про те, що я дійсно слабка? Чи всі люди, що переїдають – слабкі та нікчемні? Що підтверджує те, що я не слабка?»

На даному етапі також змінюємо поведінкові паттерни, замінивши їх на більш конструктивні. Замість переїдання при стресовій ситуації можна знайти дійсно більш ефективні шляхи заспокоєння – вправа «Заземлення», концентрування уваги на інших речах, медитації, релаксація, м'язове напруження-розслаблення.

Пацієнтам допомагають усвідомити, що їх численні суворі правила харчування або засудження себе за переїдання погіршують якість їхнього життя та є центральною ознакою розладу харчової поведінки. Тому основною метою лікування є скорочення, якщо не повне виключення дієти/почуття провини/самокритики.

Етап 4 - завершальний етап лікування, пов'язаний із тим, щоб завершити лікування. Основна увага приділяється збереженню вже досягнутого прогресу та зниженню ризику рецидиву. Зазвичай є 3 зустрічі з інтервалом приблизно в 2 тижні.

Висновки до 3 розділу

В третьому розділі нами були вирішені наступні завдання:

1. Надано рекомендації для батьків щодо профілактики розвитку розладів харчової поведінки у їхніх дітей – підлітків, які орієнтовані на створення доброзичливої та розуміючої сімейної ситуації; ведення збалансованого харчування та здорового способу життя для всієї сім'ї.
2. Створено програму індивідуальної корекції розладів харчової поведінки у підлітків на методологічних засадах когнітивно-поведінкового напрямку. Програма складається з 4 етапів: початкового, закріплюючого, основного та кінцевого.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного теоретичного та емпіричного дослідження зроблено такі висновки:

1. *Харчова поведінка* – система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямованої на задоволення потреби в їжі.

Харчові розлади або розлади харчової поведінки (РХП) — клас психічних розладів, пов'язаних з порушенням прийому їжі (МКБ-10): F50.0 - нервова анорексія; F50.1 - атипова нервова анорексія; F50.2 - нервова булімія; F50.3 - атипова нервова булімія; F50.4 - переїдання - реакція на дистрес; F50.5 - психогенне блювання; F98.2 - розлад харчування у немовлят; F98.3 - поїдання неїстівного.

2. Гіпотеза про кореляційний зв'язок між розвитком розладів харчової поведінки та напруженням у міжособистісних стосунках у підлітків не підтверджена (слабкий кореляцій зв'язок).

3. Надано рекомендації для батьків щодо профілактики розвитку розладів харчової поведінки та створено когнітивно-поведінкову програму індивідуальної корекції розладів харчової поведінки у підлітків.

4. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми впливу міжособистісних стосунків на розвиток розладів харчової поведінки. Актуальними залишаються питання щодо впливу інших чинників (особистісних, типологічних, гендерних), особливості їх впливу на різні типи розладів харчової поведінки, вікових особливостей прояву РХП у дітей більш раннього віку (дошкільного, молодшого шкільного) а також дослідження ефективності різних терапевтичних підходів до корекції РХП у підлітків та юнаків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. С. 19-33.
2. Вікова і педагогічна психологія. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. 2-е вид. 2009. 400 с.
3. Кириленко М. І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. 2019. № 5. С. 46.
4. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. М.: Изд. УРАО, 1997. 176 с.
5. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178-191.
6. Мухина В. С. Возрастная психология. М.: Изд. Академия, 1998. С. 5.
7. Психіатрія і наркологія: підручник. В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін.; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. 2-ге вид. К.: ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
8. Психіатрія та наркологія: навчально-методичний посібник. А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар, Г. Т. Сонник. 2-е видання. 2021. 224 с.
9. Спіріна І. Д., Вітенко І. С., Лагутін В. А., Серебрицька О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: Навч. посібник. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 004. 160 с.
10. Шебанова В. І. Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2018. С. 290–298.
11. 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.
12. Brownley K. A., Berkman N. D., Sedway J. A. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. 2007. P. 337-348.

13. Dingemans P. Binge eating disorder: a review. *Int. J. Obes.* 2002. P. 99-307.
14. Dockray G. J. Cholecystokinin and gut-brain signalling. *Regulatory Peptides.* 2009. P. 6–10.
15. Elmer P. J., Obarzanek E., Vollmer W. M., Simons-Morton D., Stevens V.J. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control.
16. 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.
17. Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In: Fairburn C. G., editor. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford Press; New York. 2008. P. 47-123.
18. Fairburn C. G. Transdiagnostic CBT for eating disorders “CBT-E”, presented at association for behavioral and cognitive therapy. New York. 2009.
19. Feldstein D. I. Features of the stages of personality development on the example of adolescence. *Textbook on age psychology.* M.: MPSU, 1996.
20. Graber T., Brooks-Gunn O., Paikoff M., Warren J. Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology.* 1996. P. 76-280.
21. Hay P. P. J., Bacaltchuk J., Stefano S. Psychological treatments for bulimia nervosa and binging. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009.
22. Inui A., Asakawa A., Bowers C. Y., Mantovani G., Laviano A., Meguid M. M., et al. Ghrelin, appetite, and gastric motility: the emerging role of the stomach as an endocrine organ. *FASEB J.* 2004. P. 439–456.
23. Kane C., Tomotake M., Hamatani S., Chiba S., Kameoka N., Watanabe S., Nakataki M., Numata S., & Ohmori T. Clinical factors influencing resilience in patients with anorexia nervosa. *Neuropsychiatric disease and treatment,* 2019. 15, 391–395.
24. Konner A. C., Klockener T., Bruning J. C. Control of energy homeostasis by insulin and leptin: targeting the arcuate nucleus and beyond. *Physiol Behav.* 2009. P. 6-32.

25. Lee-Winn A. E. , Townsend L., Reinblatt S. P., Mendelson T. Associations of Neuroticism and Impulsivity with Binge Eating in a Nationally Representative Sample of Adolescents in the United States. *Pers. Individ. Dif.* 2016. P. 66-72.
26. Leonidas C., Antonio dos Santos M. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2014. P. 915-927.
27. Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int. Eating Dis.* 1991. P. 395-405.
28. Lumeng J. C, Hillman K. H. Eating in larger groups increases food consumption. *Arch Dis Child.* 2007. P. 4–7.
29. Margetic S., Gazzola C., Pegg G. G., Hill R. A. Leptin: a review of its peripheral actions and interactions. 2002. P. 7–33.
30. Mutt V. Historical perspectives on cholecystokinin research. 1994. P. 1–10. Month Results of a Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2006. P. 85–95.
31. National Institute for Clinical Excellence NICE. Eating disorders—core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London. 2004.
32. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. R. G. Heimberg, K. J. Horner, H. R. Juster, S. A. Safren, E. J. Brown, F. R. Schneier, M. R. Liebowitz. *Psychological Medicine.* 1999. Vol. 29. P. 199-212.
33. Sandu C. M., Panisoara G., Panisoara I. O. Study on the development of self-awareness in teenagers. *Procedia - Social and Behavioral Science* 180, 2015.
34. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. G. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 2002. P. 773-791.
35. Shapiro J. R., Berkamn N. D., Brownley K. A. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. 2007. P. 321-336.
36. Stossel S. Age of anxiety. Fears, hopes, neuroses and the search for peace of mind. M. : Alpina non-fiction. 2016. 464 p.

37. Sysko R., Walsh T. A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder. 2008. P. 97-112.

38. White J. Symptom development in bulimia nervosa: a comparison of women with and without a history of anorexia nervosa. Arch. Psychiatr. Nurs. 2000. № 2. P. 81-92.

ДОДАТКИ

Додаток А

Розрахунки кореляції r_{xy} -Пірсона
(зв'язок між РХП та соціальними чинниками)

№	РХП (x)	Соц. тривожність (y1)	Кореляція (x/y1)	Між. чутлив	кор
1	13	55	0,29	62	0,11
2	10	32	слабка кор	32	дуже слабка
3	13	79		81	
4	1	31		29	
5	6	18			
6	32	27		30	
7	22	68		61	
8	47	59		52	
9	10	11		46	
10	36	54		73	
11	54	93		72	
12	26	93		35	
13	14	98		59	
14	40	63		69	
15	5	23		33	
16	41	71		52	
17	52	67		57	
18	17	10		45	
19	28	38		79	
20	56	74		39	
21	5	20		29	
22	16	23		64	
23	42	29		52	
24	32	87		33	
25	43	48		44	
26	38	20		42	
27	24	36		82	
28	48	54		53	
29	11	18		28	
30	60	63		55	
31	30	59		41	
32	25	16		45	
33	19	15		41	
34	6	34		25	
35	26	37		29	
36	44	52		78	

37	42	82		55	
38	12	25		39	
39	44	73		50	
40	46	101		31	
41	29	38		44	
42	34	44		58	
43	7	30		28	
44	31	72		73	

Додаток А.2.

№	Ставл. до одноклас.	Кореляція з РХП	Ставлення до себе	Кореляція з РХП	Ставлення до батьків	Кореляція з РХП
1	20	0,41	30	0,33	5	0,34
2	35	слабка	35	слабка	15	слабка
3	10		25		30	
4	25		40		25	
5	30		20		20	
6	15		5		5	
7	15		20		25	
8	10		15		5	
9	30		45		25	
10	20		5		10	
11	10		5		5	
12	30		35		20	
13	30		10		10	
14	25		15		10	
15	40		40		40	
16	15		5		0	
17	5		10		0	
18	10		15		15	
19	20		25		10	
20	15		10		5	
21	25		45		20	
22	20		40		25	
23	10		15		0	
24	30		10		5	
25	20		10		20	
26	25		35		20	
27	20		30		30	
28	10		20		25	
29	40		20		35	
30	5		10		10	
31	10		15		5	

32	30		10		5	
33	40		45		10	
34	45		40		25	
35	25		10		10	
36	10		10		0	
37	20		40		20	
38	45		15		25	
39	10		5		5	
40	30		5		0	
41	20		25		15	
42	15		10		10	
43	25		10		10	
44	10		10		15	

Додаток А.3.

№	Ставлення до вчителів	Кореляція з РХП	Відчуття самотності	Кореляція з РХП
1	15	0,15	34	0,12
2	5	Дуже слабка	18	Дуже слабка
3	10		30	
4	30		5	
5	25		21	
6	5		36	
7	20		30	
8	5		56	
9	20		23	
10	5		29	
11	10		60	
12	20		18	
13	20		28	
14	15		36	
15	15		10	
16	0		45	
17	10		58	
18	10		30	
19	10		24	
20	5		48	
21	15		26	
22	30		37	
23	5		57	
24	15		53	
25	20		31	
26	25		33	

27	20		19	
28	15		42	
29	20		21	
30	30		45	
31	15		34	
32	0		61	
33	25		33	
34	30		13	
35	5		53	
36	5		55	
37	10		39	
38	10		41	
39	0		60	
40	0		49	
41	15		24	
42	10		36	
43	15		50	
44	5		48	