**РОЗДІЛ 1**

**КЛІНІКА НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ ТА КУРС ЇЇ РОЗВИТКУ**

1.1.**Поняття харчової поведінки та основні види порушень**

**харчової поведінки**

Порушення харчової поведінки – це комплекс симптомів, які виникають у підлітків внаслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів. Виділяють наступні фактори ризику, що призводять до порушення харчової поведінки: пубертатний вік; стать, особливо жіноча (у 90- 95 % випадків), сильний вплив ідеалу худоби (наприклад, у фотомоделей або професійних спортсменів); стрес, завищені вимоги до себе; недостатня здатність сприймати власні відчуття; сімейні конфлікти; раннє випереджаюче середній показник настання пубертата; близнюковий фактор; інсулінозалежний діабет. До психологічних факторів, які впливають на виникнення порушень харчової поведінки, різні автори відносять наступні: низька самооцінка, відсутність або недостатність контролю над власним життям, депресії, страхи, гнів, самотність, конфліктні відносини в родині, труднощі у вираженні емоцій та почуттів, незадоволеність життям, глузування оточення з приводу форм або ваги (А. Алексєєва, І. Андрєєва, Л. Баранська, О. Кікінежді, Н. Харламенкова).

Порушення харчової поведінки у підлітків частіше зустрічається серед осіб, які, в тій чи іншій мірі, невдоволені власною тілобудовою. Такий аналіз частіше всього пов'язується деякими дослідниками з типологією. Досліджуючи зв’язок між конституційним формуванням та ставленням особи до власного тіла, Т. Данильченко виокремлює, як вагомий факт, те, що до власного тіла найбільш негативно ставляться жінки фемінінного типу. У них виражена емоціогенна харчова поведінка (звертання до їжі у разі переживання, гніву, збудження, роздратування, в очікуванні неприємностей). Виявлена також екстернальна харчова поведінка (специфічна реакція на вигляд їжі та людей, які харчуються). Найменш фрустровані своїм фізичним Я виявились представниці андрогенного типу. Маскулінний та недиференційований типи посідають в оцінюванні власного тіла проміжне положення, причому маскулінні ближчі до андрогенних, а не диференційовані – до фемінінних осіб. Подібна ж закономірність спостерігається у дітей та підлітків.

Розлади харчової поведінки (РХП), серед яких найпоширеніші — нервова анорексія, булімія та компульсійне переїдання, наразі є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки вони асоційовані з вираженими негативними медико-соціальними наслідками та мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань. У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів анорексію і булімію відносять до порушень афективного та обсесивнокомпульсивного спектру, або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології.

Одним із розповсюдженим порушенням харчової поведінки у підлітків, є булімія.

Булімія (нервова булімія) – це різновид розладу харчової поведінки, який супроводжується відчуттям сильного голоду, який може супроводжуватися дискомфортом у шлунку, а іноді слабкістю. Часто при булімії знижується відчуття насичення їжею, що призводить до надмірної її вживання. Він характеризується постійно повторювальним зловживанням їжі, за яким слідує компенсатора поведінка. Найпоширенішою формою є самопровоковане блювання, голодування, використання проносних засобів та диуретиків, а також розповсюджено зловживання фізичними вправами. На думку проф. Н.Ф. Шевченко, булімія - це залежність від переїдання. Вона вважає, що людина, яка страждає на булімію, може зʼїсти величезну кількість продуктів. Булімія може проявлятися в постійному вживанні їжі 15 (кількість прийомів їжі може збільшуватися до 10-20 разів на добу). Причиною булімії часто стають стресові ситуації, у таких випадках людина прагне «заїсти» неприємні думки, підняти собі настрій. Булімія може бути також проявом різних захворювань ендокринної системи, психічних захворювань. Булімію можна класифікувати за наступними фактами порушення харчової поведінки: - раптове бажання поглинання великої кількості їжі, з яким людина не може впоратись; - постійне вживання їжі, коли людина постійно щось їсть; - приступи нічного голоду, які змушують людину їсти вночі. Ще одним з важливих причин розвинення булімії є те, що людина постійно намагається контролювати вагу свого тіла, після приступів «поглинання їжі» відчуває провину, яка може спричинити депресію. Анорексія та булімія — хвороби професійних моделей, на яке страждають 72% дівчат. Нажаль, більша частина хворих (подібно до алкоголиків та наркоманів) не визнають те, наскільки серйозне це захворюванні і які наслідки воно має. Саме це і є найбільшою проблемою, бо чим раніше людина усвідомить та зверниться про допомогу, тим більше шансів на швидке одужання

Зрештою, можна сказати що нервова булімія - це хворобливий розлад психіки та фізіологічних функцій всього організму, що характеризується повторюючими нападами переїдання та «ненажерливості», надмірної стурбованістю контролем над вагою свого тіла, що приводить пацієнта до заходів щодо нівелювання впливу їжі на повноту тіла.

Нервову булімію, як хворобливий стан, слідує відрізняти від звичайного переїдання, за якого відсутня страх втратити контроль над прийомом їжі та своєю вагою.

Відповідно до DSМ-IV виділяється кілька діагностичних критеріїв булімії:

1) неодноразово повторювані приступи надмірного споживання їжі:

а) споживання їжі за певний проміжок часу (наприклад, протягом 2 годин) у кількості, що набагато перевищує кількість, яку здатна засвоїти фізіологічно людина;

б) враження людини, що вона втратила контроль над харчовою поведінкою (наприклад, почуття, що вона не здатна перестати їсти, не здатна проконтролювати вид і кількість їжі, що нею з’їдається);

2) регулярне прийняття неадекватних заходів у боротьбі зі збільшенням маси тіла;

3) наявність неадекватних методів позбуття їжі, які часто трапляються;

4) фактичні параметри: фігура реальна і маса тіла надмірними, що впливає негативно на самооцінку;

5) відсутність ознак анорексії.

Згідно з МКХ-10, втрата контролю над харчовою поведінкою не входить до числа критеріїв для діагностування булімії, як і не вказані критерії «нападів обжерливості» (наприклад, їхня частота, тривалість) Відсутній також поділ на підгрупи людей, які страждають на булімію.

Засоби та способи позбавлення від зайвої ваги та надлишкового прийому їжі:

*- очисний тип* - використання блювання, слабкості тільних і сечогінних засобів для позбавлення від зайвої ваги, який фізіологічно найбільш небезпечний, так як призводить до порушень функцій травного тракту, порушенням серцевого ритму і може викликати раптову смерть;

*- неочисний тип* - голодування, різні дієти, надмірне захоплення фізичними вправами.

1.2 **Ознаки булімії та специфічні для неї психологічні чинники**

Початок хвороби характеризується появою харчової атаки, при яких пацієнт приймає велику кількість їжі, зазвичай легко засвоюваної і потребує

приготування. Потім з'являється втрата контролю над кількістю та складом прийнятої їжі.

Перші харчові атаки можуть бути пов'язані зі стресовими ситуаціями або надмірною зайнятістю та проходять непомітно для індивіда.

Надалі харчові атаки стають звичними: пацієнт з'їдає величезну кількість різноманітної їжі не в залежності від фактичного відчуття голоду. Споживання такої кількості їжі може призвести до появи дискомфорту або навіть больових відчуттів по ходу травного тракту. Приступ обжерливості зазвичай закінчується появою блювоти внаслідок переповнення шлунка.

За цим слідують «очисні заходи» з боку пацієнта: очисні клізми, прийом

проносні, штучно викликані блювання.

На наступному етапі з'являється тривога втрати контролю над прийомом їжі та ожирінням. Однак при цьому надлишковий прийом їжі стає стабільним

і ожиріння наростає. Виявляється постійне прагнення до їжі, навіть при відчутті ситості, спроби протистояти ожирінню різними способами. З'являється

нав'язливий страх ожиріння, який оформляється в психопатологічний синдром - **дисморфофобії.**

Надалі відбувається зміна ієрархії мотивів і цінностей, при цьому переїдання продовжується, і формується наступний, більш важкий, психопатологічний синдром психотичного рівня - надцінна ідея свого образу тіла – **дисморфоманія**.

Курсу розвитку нервової булімії сприяють специфічні для неї психологічні чинники:

• *внутрішньоособистісний конфлікт* - прагнення до вдосконалення та самоствердження, потреба у схваленні та низька самооцінка, фіксація на харчовій поведінці;

• *міжособистісний фактор* - відносини з однолітками та їх ініціювання булімічної поведінки, навчання прийомів позбавлення зайвої ваги;

• *сімейні впливи* - сімейна дисгармонія в системі відносин батьки - дитина аж до конфліктних ситуацій;

• *позаособистісний фактор* – соціальні впливи з акцентом на стереотипи та зовнішнє залучення, оцінка заснована на образі тіла і обумовлена думкою оточуючих.

1.3 **Діагностика нервової булімії**

Діагностика нервової булімії та лікування знаходиться у компетенції, перш за все, психіатра, особливо на етапі прояву психопатологічних розладів

Необхідною умовою успішного подолання булімії є тісна співдружність педіатра, сімейного лікаря, психіатра, медичного психолога та батьків.

У занедбаних випадках хвороби необхідне лікування у спеціалізованих стаціонарах.

При нервовій анорексії та нервовій булімії на різних етапах хвороби мають місце порушення з боку внутрішніх органів та обміну речовин:

• змінюється зовнішній вигляд - порушення ваги та пропорцій тіла;

• з'являються порушення шкіри та її придатків;

• виражений карієс;

• набухання слинних залоз;

• ендокринні розлади – порушення гіпофізарно-наднирникової системи та функції щитовидної залози, аменорея;

• порушення у травній системі – звичайні запори, періодично нудота та блювання, відсутність відчуття голоду та ситості, болю в епігастральній ділянці та по ходу кишечника, а з часом настають органічні порушення травного тракту;

• лабораторні дані – зміна формули

крові (лейкопенія, анемія), порушення електролітного балансу, зміна ліпідного обміну а потім всіх видів обміну, зниження загального білка

та альбумінів.

Слід зазначити, що нервова анорексія може перейнятися з атаками нервової булімії у старших підлітків і дорослих за наявності тривалої фруструючою ситуації чи хронічної стресової ситуації.

Б. Тушен-Каффьє та І. Флорін наголошували на тому, що згідно з диференціальною діагностикою, саме специфічні дисфункціональні установки щодо фігури і маси тіла відрізняють булімію від інших психічних хвороб, які супроводжуються збільшенням маси тіла (наприклад, депресії і деякі види шизофренії), а також від деяких неврологічних захворювань (наприклад, пухлин ЦНС, синдрому Клейне-Левіна), при яких також можливе виникнення незвичайної харчової поведінки.

Порушення образу власного тіла при булімії є важливим фактором ризику у розвитку даного розладу. Це порушення виникає, на думку фахівців, як і при анорексії, під впливом соціального тиску відносно схуднення і відхилень фізичних параметрів тіла від ідеалу стрункості, який є практично недосяжним для більшості людей. У хворих на нервову булімію вплив нав’язуваних засобами масової інформації ідеалів стрункості, призводить до підвищення рівня незадоволеності тілом. Як наслідок, наявність жирових відкладень та зростання маси тіла супроводжуються незадоволеністю власним тілом.

Виявлено, що порушення образу тіла підвищує ризик булімічної патології, в якому задіяні певні механізми. Наприклад, викривлене сприймання тіла призводить до посилення дієтичної поведінки як способу контролю ваги. Дієти, в свою чергу, збільшують ризик булімічної патології, так як індивіди можуть переїдати для зниження енергетичної депривації. Доведено, що дієти здатні провокувати обжерливість (ефект стриманості – зриву). Вони сприяють зсуву контролю харчової поведінки з фізіологічних механізмів на когнітивні, що підвищує ризик переїдання у випадках, коли когнітивні процеси порушуються інтенсивними емоціями. Істотною є роль негативних афектів, адже в багатьох культурах та ментальності зовнішність є одним з найважливіших оціночних параметрів. Виражений негативний афект підвищує ризик переїдання у тих, хто таким чином забезпечував собі комфортний психічний стан. У дослідженнях показано, що окремі особи можуть вдаватися до викривленої харчової поведінки з позбавлення їжі.

Результати проведеного аналізу основних підходів до класифікації та діагностики анорексії та булімії, як основних порушень харчової поведінки свідчать, що фахівці відносять таких хворих до порушень тіла. В той же час особливості конструювання образу тіла є основоположними факторами в розвитку таких порушень харчової поведінки як анорексія та булімія. Порушення сприймання власного тіла при наявності даних захворювань виражається у змінених формах переживаня за власну масу тіла і його форми. Доведено, що порушення сприймання власного тіла набуває специфічної психопатологічної форми, при якій існує страх перед ожирінням та в’ялістю контуру тіла, а бажання перебудувати власне тіло виражається у нав’язливих образах тіла. Найчастіше зафіксовані переживання і є первинним фактором перших спроб дотримання дієти і запуском циклу переїдання або обмеження. При анорексії з'являється ніби-то замкнене коло, коли невдоволення собою викликає вторинні порушення. Зафіксовано, що правильна критика свого фізичного та психічного стану практично відсутня. Загальним положенням є таке, що у дітей з розладами харчової поведінки є суб’єктивне сприймання свого тіла і воно носить виразно негативний характер. Як правило, вказані прояви пов'язують з реакцією оточуючих на тіло, порівняння існуючого тіла з іншими, з ідеальним образом. При цьому формується негативний образ тіла, який у подальшому визначає поведінку, думки і почуття. Це, в свою чергу, призводить до відмови від соціальних контактів, приховування даних щодо власного тіла, уникнення зайвих рухів і сторонніх поглядів. Виникають сором, гнів, сум, страх, розчарування. А цінність людини в цілому, починає залежати від зовнішнього вигляду та маси тіла. Вказане дозволяє віднести дані захворювання до єдиного комплексу порушень харчової поведінки та розглядати їх як окремі види трансформації тілесного образу, пов’язані із порушеннями сприймання власного тіла.

Таким чином, можна зробити висновок, що проблеми із надлишковою або недостатньою масою тіла через неправильне харчування та інші дефекти у зовнішності, як правило, додають підлітку великих труднощів щодо соціальної та психологічної адаптації, а це, в свою чергу, провокує зміну поведінки, викривляється процес розвитку правильного образу тіла, ускладнюється, спотворюється спілкування.

**Висновки до першого розділу**

Підлітковий вік часто називають перехідним періодом і пубертату – відтак, складним періодом, пов’язаним з кризами розвитку. У цей час відбувається перехід від дитини до дорослого в усіх сферах – фізичній (конституціональній), фізіологічній, особистісній (етичній, інтелектуальній, соціальній).

Визначається, що перебіг становлення образу тіла має бути спрямованим на виявлення різномaнітних розлaдів, порушень, так чи інaкше пов’язаних з особливостями сприймання і оцінювання влaсного тіла.

Особисті проблеми, пов’язані з викривленим сприйманням власного тіла, стають дедалі актуальнішими для сучасного суспільства. Соціальна оцінка з огляду на фізичні критерії породжує низку психологічних проблем, оскільки образ тіла значно впливає на формування самооцінки.

Особливості проявів і перебігу різних вікових періодів залежать від конкретних соціальних обставин життя і розвитку дитини, її соціальної позиції у світі дорослих.

На образ тіла впливають перехідні та кризові періоди, які характеризують процес як становлення, де одночасно присутнє старе і нове і є ознакою певного проміжного етапу у функціонуванні системи з позитивним або негативним результатом; сутність кризи або перехідного періоду полягає у перебудові психологічного змісту, який пов’язаний з виникненням у підлітковому віці 69 почуття дорослості, розвитком самосвідомості. У підлітковому віці активно формується самосвідомість, виробляється власна незалежна система еталонів самооцінювання і самоставлення, все більше розвиваються здібності, проникнення у свій власний світ, починається усвідомлення своєї особливості і неповторності.

Порушення образу тіла підвищує ризик появи анорексії або булімії.

Результати проведеного аналізу основних підходів до класифікації та діагностики анорексії та булімії свідчать про те, що чинниками появи булімії та анорексії виступають психічні фактори. Здійснений теоретичний аналіз досліджень довів, що у дітей підліткового віку існує порушення образу тіла, разом з тим, фактично всі напрямки вивчення були зосереджені на аналізі фізичного тіла, виокремленні причин фізіологічнофізичних змін та порівнянні фізичного тіла з образом тіла, при цьому дослідники наголошували на необхідності аналізу образу тіла і пов'язували його становлення з само ідентичністю та усвідомленням. Разом з тим, аналіз досліджень свідчить про вкрай недостатність даних щодо власне існуючих порушень образу тіла, що і визначило необхідність проведення детального вивчення особливостей таких порушень у дітей підліткового віку.

Окрім того, всі дослідники єдині в тому, що порушення образу тіла вимагає спеціального впливу щодо гармонізації образу і ставить таких підлітків у групу дітей з особливими потребами. Тобто, дослідження порушень образу тіла є актуальною загально психологічною проблемою, а вивчення порушень образу тіла у підлітків як категорії дітей з особливими потребами є актуальною проблемою спеціальної психології

Нервова булімія як психічне захворювання вимагає своєчасного втручання психіатра спільно з педіатром, медичним психологом та батьками.

**РОЗДІЛ 2**

**ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ**

**2.1. Психологічні чинники порушень харчової поведінки у підлітків, їх види та особливості**

Протягом останнього десятиліття, зростає кількість психічних розладів, що виникають у підлітків. Діти, що страждають від розладів харчової поведінки належать до групи високого ризику, оскільки, окрім психологічних факторів, при виникненні захворювання це, також, негативно позначається на роботі всього організму.

Підлітки, що мають розлад харчової поведінки можуть приховувати та не розпізнавати симптоми захворювання, що є дуже небезпечним, оскільки боротьба із захворюванням потребує комплексної роботи та оперативного надання допомоги.

Однак, попри численні дослідження, точна причина захворювання ще не встановлена, але дослідники виділяють наступні можливі причини:

1. Генетика – як можна спостерігати, за даними Л. Кронбаха, люди, чиї родичі мають харчові розлади, у вісім разів частіше страждають від них. Наприклад, під час дослідження близнюків виявилося, що вони дуже сприйнятливі до однакових харчових звичок, отже, до однакових захворювань. Також, було виявлено, що існують особливі хромосоми, які можуть бути залучені до появи булімії та анорексії.

2. Біопсихосоціальна – за О. Скугалевський, причинами, що впливають на формування розладу харчової поведінки (нервової анорексії, нервової булімії та переїдання) є сімейні ситуації, не сприйняття власного тіла, упередженості в 28 оцінці їжі, тому важливо враховувати різні чинники, наприклад дієта, поведінка, думки про вагу та контроль ваги.

3. Культура медійних засобів – за словами В. Ромацького, мас-медіа має великий вплив на свідомість людей, пропагуючи нереалістичний образ тіла та презентуючи ідеали краси, а також спотворюючи культуру схуднення. При цьому активно виробляються і пропонують дешеві, доступні і калорійні продукти.

4. Особистісні фактори – згідно з Д. Карвасарським, розлади харчової поведінки відображають несвідому боротьбу всередині особистості, її сприйняття себе в суспільстві та травматичні події в життєвому досвіді або повторювані проблеми в певному шаблоні соціалізації.

5. Психологічні аспекти – за З. Фрейдом, захворювання переважно формуються з урахуванням психологічних та емоційних передумов, таких як: емоційна нестабільність, почуття провини, низька самооцінка, сприйнятливість до навіювань, залежність від думки інших. Тому підлітки, які переживають вікову кризу, належать до групи ризику.

Невдоволення своїм тілом стало в сучасному суспільстві нормативністю і тісно пов'язане з бажанням схуднути. Нездатність скинути зайву вагу може сильно вплинути на загальний настрій і впевненість у собі. Американські дослідники також вивчали стратегії саморегуляції та суб’єктивне благополуччя підлітків у яких нещодавно діагностували розлади харчової поведінки та тих, хто знаходиться у групі ризику.

Підлітки, що мають розлад харчової поведінки та знаходяться десь між правильною та патологічною харчовою поведінкою, повідомляють про велику різноманітність стратегій контролю ваги та характеризуються низькою задоволеністю життям. Крім того, респонденти з такими розладами продемонстрували широкий спектр стратегій саморегуляції: постійний пошук в Інтернеті інформації про втрату ваги, самоконтроль і ведення харчових щоденників.

Найпоширенішими ознаками розладу харчової поведінки в підлітковому та ранньому дорослому віці є:

• обмеження в харчуванні, переїдання, булімія (суб’єктивна та об’єктивна);

• процедури очищення шлунково-кишкового тракту;

• вимушені фізичні навантаження та значний вплив на самооцінку тіла та ваги.

Нервова анорексія зазвичай з’являється в середині підліткового віку, тоді як нервова булімія – у пізньому підлітковому віці.

Деякі симптоми розладів харчової поведінки тісно пов’язані з самим статевим дозріванням. Це викликано не спотвореним образом тіла, а загальним незадоволенням підлітковим віком. Це часто передбачає постійне порівняння себе з ідеалізованими медіаідеалами та фотографіями однолітків у соціальних мережах. Завдяки Інтернету та технологічним засобам доступу до нього нав’язливе порівняння досягло безпрецедентного рівня.

Безсумнівно, що в репродуктивному віці, статеве дозрівання та підлітковий вік є основними тригерами розладів харчової поведінки. Молоді люди також стикаються з:

- проблемами в житті, зміною ваги та збільшенням форми тіла;

- новими мотиваціями, викликаними гормональними змінами;

- новими культурними очікуваннями, сексуальними, інтелектуальними та соціальними вимогами.

Всі ці процеси здійснюються мозком, який сам перебуває в стані постійних анатомічних і хімічних змін. Однак ясно, що ці подразники неспецифічні.

Підліткам, що мають зовнішню харчову поведінку важко оцінювати та контролювати свої емоції та придушувати їх виникнення без допомоги їжі. Часто люди, схильні до розладів харчової поведінки, схильні до самокритики та самозвинувачення.

Розрізняють три основні типи проблемної харчової поведінки: переїдання, емоційне харчування та обмеження в харчуванні. Зовнішня харчова поведінка, відображається тим, що відіграє не посилену реакцію на внутрішні гомеостатичні дієтичні стимули, та посилення реакції на зовнішні стимули, такі як обідній стіл, люди, які їдять, і реклама їжі.

Люди з ожирінням, за зовнішньою харчовою поведінкою будуть їсти не враховуючи, коли їли востаннє. Доступність продукту має вирішальне значення для такої харчової поведінки. Саме ця риса призводить до переїдання «за компанію», перекусів на вулиці, переїдання в гостях і в магазині. Така людина ніколи не проходитиме повз пиріжкову, кіоск із морозивом чи вітрину продуктового магазину; вона чекатиме, доки коробка цукерок чи банка печива зникне, тож хтось із зовнішньою харчовою поведінкою з’їсть це, коли побачить. У здорових людей з нормальною вагою тільки в стані голодування спостерігається посилена реакція на зовнішні харчові подразники, ступінь якої пропорційна інтервалу між прийомами їжі і значною мірою залежить від їх кількості та складу. Ця закономірність не спостерігалася у пацієнтів із ожирінням. Посилена харчова реакція на зовнішню стимуляцію полягає не тільки в підвищенні апетиту пацієнта, а й у слабкому наповненні, яке поступово розвивається.

У 1950 році П. Шілдер описав образ тіла як «образ нашого тіла в наших головах – це те, як тіло виглядає для нас». Зовсім недавно термін «образ тіла» використовувався для опису суб’єктивної здатності людини розуміти частини себе як свої власні, а також для визначення своїх фізичних обмежень. Образ тіла формується через складну взаємодію самоспостереження, реакції інших, власного ставлення, емоцій, спогадів, фантазій, свідомих і несвідомих переживань.

Р. Бернс також відзначав вплив оцінок однолітків на ставлення до свого тіла. Хлопчики та дівчатка-підлітки особливо чутливі й порівнюють свою зовнішність із іншими. Їм важливо знати, наскільки їхнє тіло відповідає усталеним образам мужності та жіночності. Водночас розуміння краси у підлітків часто є перебільшеним і нереалістичним.

Дослідження, проведене університетом Хопкінса, вивчило зв’язок між самооцінкою, зовнішнім виглядом і поведінкою першокурсників коледжу. Самооцінка пов’язана з незадоволенням образу тіла у дівчат, причому дівчата постійно демонструють більш негативний образ тіла, ніж хлопчики. Попри те, що і хлопці, і дівчата регулярно займаються спортом, дівчата все ще мають низьку самооцінку. Але фізичні вправи та правильне харчування можуть значно підвищити позитивне сприйняття людьми власного образу та значення. Ці результати підтверджують, що самооцінка тіла значною мірою пов’язана із загальною самооцінкою. Для молодих жінок контроль над своїм тілом може допомогти їм впоратися з негативною самооцінкою, змушуючи їх вірити, що контроль над своєю вагою та зовнішнім виглядом ставить їх вище за інших. На відміну від цього, лише один аспект образу тіла був суттєво пов’язаний із самооцінкою хлопців. Сором за тіло існує лише там, де зачіпається маскулінність: наявність достатньої ваги або вигляд«чоловічого».

Дослідження 2019 року Лондонського університету Королівського коледжу під керівництвом професора Дж. Шен показало, що дівчата-підлітки частіше, ніж хлопчики, публікують фотографії інших людей в Instagram і Snapchat. Дівчата публікують фотографії їжі, яку вони їдять, вдвічі частіше, ніж хлопці. Це свідчить про те, що дівчата приділяють більше уваги зовнішньому вигляду та харчуванню, ніж хлопці. Дослідження також показало, що збільшення активності, зосередженої на зовнішньому вигляді, у соціальних мережах (наприклад, коментування фотографій, публікація фотографій) пов’язане з вищим рівнем внутрішніх «худих» ідеалів, прагненням до худоби та незадоволенням ваги. Дівчата в соціальній мережі Snapchat характеризуються: низьким споживанням їжі, пропусками прийому їжі, дотриманням строгих дієт, високими фізичними навантаженнями, переоцінкою себе та порівнянням зовнішності інших зі своєю. Дівчата зі сторінками в Instagram і Facebook мали значно більше фізичних вправ і дієт.

Тому серед підлітків, враховуючи специфіку життєвого етапу, факторами, що призводять до формування розладів харчової поведінки, є такі: наявність низької самооцінки, незадоволеність зовнішнім виглядом, недовірливість у стосунках, невідповідність поставлених цілей досягнутим, емоційна самотність, відсутність безпеки, почуття досконалості, надмірний перфекціонізм (спрямований на себе), високі вимоги (оточення) і сильний вплив соціальних мереж, що зображують нереалістичні ідеали, як зовнішності, так і способу життя.

**2.2. Загальна характеристика емпіричного дослідження**

Організація емпіричного дослідження відбувалася у три етапи.

Перший етап – пошуковий, під час якого було проаналізовано джерела психологічних особливостей прояву розладів харчової поведінки, а також розкриття сутності понять «харчова поведінка», «розлад харчової поведінки», «нервова анорексія», «нервова булімія», «компульсивне переїдання», «орторексія», «дисморфічний розлад».

У ході проведення дослідження було підібрано ряд методик, що дають змогу вивчити та дослідити психологічні особливості прояву розладів харчової поведінки у осіб підліткового віку.

Другий етап – організація та проведення емпіричного дослідження, що містить підготовку онлайн опитувальників, використання методик емпіричного вивчення, інструкцій, бланків та проведення психодіагностики. Проведення емпіричного дослідження відбувалося за допомогою таких методик:

1. «Методика «Шкала самооцінки» (підлітковий, юнацький вік)»;

2. «Методика суб’єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона»;

3. «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)» ;

4. «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського;

5. «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)».

Третім етапом виступала обробка та статистичний аналіз результатів, отриманих під час дослідження, та узагальнення підсумків.

Дослідження проводилось на вибірці з 56 учнів, що навчаються у комунальному закладі загальної середньої освіти «Луцькому ліцеї №26 Луцької міської ради». Вік респондентів – від 13 до 17 року.

1. «Методика «Шкала самооцінки» (підлітковий, юнацький вік)» Самооцінку вважають елементом свідомості, складовими якого є емоційно насичені оцінки себе як особистості, своїх здібностей, вчинків та моральноетичних якостей. Самооцінка є основою формування гармонійної особистості і є одним із важливих її структурних компонентів.

Без оцінного емоційного забарвлення не може виникнути особистий погляд на себе. Навіть характеристики, які не є частиною особистості людини (місце проживання, стать тощо), мають приховані оцінні характеристики. Джерелом цих оцінок є сам індивід, який до власних характеристик додає власну суб’єктивну інтерпретацію соціальних реакцій, які є результатом засвоєння соціальних, групових і особистих цінностей протягом життя. Тому оцінка самої себе людиною і оцінка особистості суспільством є основою самооцінки.

Крім того, самооцінка характеризується наявністю афективного компонента, оскільки в процесі самооцінки людина постійно демонструє афективне ставлення до свого «Я».

Дана методика є ефективним інструментом в діагностиці та оцінюванні рівня самооцінки особистості підліткового та юнацького віку. 32 питання, що містить опитувальник, дають змогу розкрити широкий діапазон відповідей у різних аспектах життя особистості, та оцінити показники за чіткими короткими критеріями. Досліджуваний оцінює поточний стан однією із можливих п’яти варіантів відповідей (дуже часто, часто, іноді, рідко, ніколи, що цінуються від 4 до 0 балів відповідно). Межами оцінки показників вважаються такі: високий 35 рівень самооцінки від 0 до 43 балів, середній рівень самооцінки 43 – 86 балів, низький від 86 до 128.

Інструкція: «Уважно прочитайте запропоновані Вам твердження і оберіть відповідь (дуже часто, часто, іноді, рідко, ніколи), яка найбільше відповідає вашому судженню та стану.

2. «Методика суб’єктивного відчуття самотності Д. Рассела, М. Фергюсона».

Почуття самотності розглядають як багатоплановий амбівалентний психічний феномен, що одночасно є почуттям, станом, процесом та відношенням. Вираження форм самосвідомості, що відображають негативні зміни реальних відносин та зв’язків у внутрішньому світі особистості (які є переживаннями почуття окремості, прийняттям та визнанням себе іншими, суб’єктивним небажанням чи неможливістю відчуття адекватного відгуку) є станом самотності. Таке переживання зумовлене особистісними властивостями людини, що пов’язують її переживанням із ситуаціями, що суб’єктивно сприймаються як неприйнятні, із недостатністю спілкування, а тому й відносинами з оточуючими.

Дана методика призначена для оперативного оцінювання самотності як суб’єктивного відчуття, як вимушеного, так і бажаного. Інтерпретація результатів дослідження відбувається на основі 20 питань, що мають чотири варіанти відповідей (часто, іноді, рідко, ніколи та оцінюються від 3 до 0 балів відповідно). Показники поділяють на 3 ступені самотності: низький – містить від 0 до 20 балів, середній – від 20 до 40 балів та високий – від 40 до 60 балів.

3. «Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q)».

Харчова поведінка – є складним багатоаспектним поняттям та визначається як:

- Таке ставлення до їжі та її приймання, яке можна вважати ціннісним;

- Стереотип харчування в різноманітних умовах (повсякденних та стресових);

- Поведінка, що орієнтована на образ тіла; - Діяльність, що формує образ власного тіла.

Харчова поведінка є індивідуальною для кожної людини та включає емоції, установки, поведінку та звички, що стосуються їжі.

Розлади харчової поведінки є групою поведінкових розладів зі схожим патогенетичним механізмом, об'єднаних патологічною заклопотаністю вагою та формою тіла, що проявляється порушенням патернів харчування.

Розлади харчової поведінки мають спільний механізм дії з адиктивною та залежною поведінкою. Зрештою, їх метою також є зміна психічного стану через вживання речовин або надмірної фіксації на певних об'єктах чи видах діяльності, що спричиняють інтенсивні емоційні переживання. Дана група розладів призводять до одержимості тілом та їжею як головними цінностями (псевдоцінностями), погіршення образу тіла, фізичного та психічного здоров'я, порушення психосоціального функціонування, формування психічних розладів, суїциду та смерті.

Опитувальник є діагностичним інструментом для виявлення основних показників розладу харчової поведінки, такі як обмеження та занепокоєність щодо їжі, формою тіла та вагою, які є шкалами оцінювання. У 28 питаннях необхідно дати відповідь щодо емоційних переживань чи дій, що відбувалися протягом останніх 28 днів. Даними для інтерпретації є надані загальні норми та їх стандартні відхилення за чотирма шкалами: «Обмеження», «Занепокоєння щодо їжі», «Занепокоєння формою тіла», «Стурбованість вагою».

4. «Опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу Г. Ложкіна і А. Рождественського».

Тілесний досвід вважається досвідом життя цілісної особистості та є первинним, що створює передумови для вибудовування нових форм досвіду та життєвої траєкторії. Даний феномен охоплює формування тілесних способів саморегуляції, особливостей тілесного реагування, здатність до розуміння та опису тілесних переживань (як своїх, так й у інших людей) на різних етапах життя.

Методика використовує 21 пункт для виявлення типів саморефлексії щодо тілесних можливостей, таких як вітальні, особистісні та конформні. Опитувальник містить пари протилежних тверджень за шкалою від -3 до +3. Респондентів просять вибрати, яке з двох протилежних тверджень, на їхню думку, найкраще відображає реальність, і позначити його цифрою «1», «2», «3», залежно від того, наскільки вони впевнені у своєму виборі.Перетворення вихідних даних у стандартну шкалу (стени) відбувається виключно на основі кількісних показників змінних, що належать до трьох перших факторів, визначених для дослідження.

У загальному сенсі, змінні, включені до I фактора, можна описати як такі, що відбивають конформістський підхід особистості до власних фізичних здібностей (орієнтацію на іншого), який переважно пов'язаний з її позицією у суспільстві та можливістю соціального просування. Фактор II відображає особистий підхід до власних фізичних можливостей (самоорієнтація) і може бути розглянутий як конструктивно-ціннісний, що дозволяє досягати життєвих цілей, пов'язаних із потенціалами особистості у тісному зв'язку з її психофізичною цілісністю. Розуміння тіла як природного об'єкта, який може бути перешкодою або просто обмежувати потік життєдіяльності (орієнтованої на сьогодення – результат), тобто сприйняття тіла як зумовленої умови існування є основною ідеєю третього фактора.

5. «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)»;

«Тривога – це постійна або ситуативно виражена особистісна властивість людини перебувати в стані підвищеної тривожності та/або відчувати страх в конкретних ситуаціях» – саме так Немов Р. надає визначення даному феномену.

Ситуативна тривога є реакцією на типові обставини, які природним чином можуть викликати занепокоєння. Цей вид тривожності може виникнути у будь-кого перед очікуваними труднощами та життєвими викликами. Вона має позитивне значення, оскільки сприяє активації ресурсів організму, готує до важливих дій та пошуку рішень.

Особистісна тривожність проявляється як типова, ситуативно стійка (тобто незалежно від конкретної соціальної ситуації) реакція людини – стан підвищеної тривожності – на загрозливу ситуацію для особистості. Особистісна тривожність зазвичай не існує як окрема риса, вона негативно впливає на формування та розвиток інших атрибутів і характеристик особистості, таких як мотивація уникнення невдач та відповідальності, страх змагатися з іншими.

Депресія – це розлад емоційної сфери, що характеризується стійким пригніченням настрою, що супроводжується зниженим рівнем активності. У психологічних словниках депресія визначається як «афективний стан, що відрізняється негативним емоційним тлом, зміною мотиваційної сфери, когнітивними змінами та загальною пасивністю поведінки». Цей розлад можна описати як такий, що супроводжується почуттям важкості, безнадії, низькою самооцінкою, надмірно сильним почуттям провини, знесиленням, відчуттям, що труднощі не можливо вирішити, а життя сприймається як безсенсовне та похмуре.

Ця шкала розроблена для виявлення симптомів тривоги та депресії. При створенні шкали HADS автори виключили ознаки тривоги та депресії, які можуть бути пов'язані із соматичними захворюваннями (такі як запаморочення, головний біль тощо). Питання під шкали депресії були обрані з найпоширеніших скарг та симптомів, які в основному відображають ангедонічний аспект депресивного розладу. Питання під шкали тривоги ґрунтуються на відповідних розділах стандартизованого клінічного інтерв'ю.

Шкала включає 14 висловлювань, які поділені на дві групи: «тривога» (непарні пункти) та «депресія» (парні пункти). Кожне висловлювання пропонує чотири варіанти відповіді, що відображають ступінь виразності симптому і оцінюються від 0 (відсутність) до 3 (найбільш виражений). Для аналізу 39 результатів проводиться підрахунок загального балу з кожної групи. Результати інтерпретуються так: 0 –7 – відсутність значних проявів тривоги та депресії; 8 – 10 – початкові симптоми тривоги/депресії; 11 та вище – клінічно значущі прояви тривоги/депресії.

**Висновки до другого розділу**

Можна зробити висновок про те, що група підлітків з наявним розладом харчової поведінки також страждають від невпевненості в собі, негативног ставлення до себе, неприйняття себе, комплексу неповноцінності, пживють почуття самотності ситуативно та періодично, але частіше ніж інші.

Також відчувають внутрішню напругу, неспокій, нервозність, дискомфорт, неврівноваженість, вегетативне збудження, тривалими періодами переживають пониження настрою, втрату інтересу до життя і його різних аспектів, зниження енергії, почуття провини та безнадії, порушення сну та апетиту.

**РОЗДІЛ 3**

**СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОГО ПІДХОДУ З ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

**3.1. Теоретичні вихідні позиції експериментального формування у підлітків образу тіла. Корекції порушнь.**

Різні види діяльності та соціальних відносин обумовлюють різноманіття взаємодії підлітка з оточуючим середовищем, що, в кінцевому результаті, формує його образ в той час, як узагальнення та конкретизація окремих складових образу тіла відбувається вже в процесі самоаналізу особистості. Невідповідність зовнішності особистісним або прийнятим у суспільстві чи певній групі зразкам, справжні або уявні фізичні вади та дефекти зовнішності можуть стати причиною дестабілізації образу тіла у підлітка. Це породжує розчарування, роздратування, тривогу, розпач, виникнення різноманітних синдромів та фобій і врешті-решт може призвести до дезадаптації. На фоні таких фрустрацій особистості, як пристосувальний механізм можуть розгортатися адаптивні процеси компенсації та гіперкомпенсації, які за своєю мотивацією є адаптивними. Отже, підтримання гармонійності образу тіла (рівень внутрішньої послідовності, стабільності та впевненості переконань, знань людини про образ тіла) безпосередньо стосується застосування корекційної стратегії.

У багатьох дослідженнях згадується про адаптивні стратегії, які характерні для різних напружених ситуацій, однак, відсутня єдність у підходах до вивчення їхньої природи, класифікацій та визначень. Зупинимось на стратегіях, спрямованих на корекцію порушень, а саме:

1. Корекція шляхом перетворення або повного подолання проблемної ситуації, у тому числі й різних видів конфліктів – активна захисна адаптація.

2. Корекція шляхом уникнення проблемної ситуації – це пасивна адаптація, втеча від реальності, стратегія пошуку більш сприятливих умов для забезпечення безпеки та задоволення потреб стратегія.

3. Корекція зі збереженням проблемної ситуації та пристосування до неї, що може здійснюватися:

– шляхом перетворення сприйняття і тлумачення ситуації, тобто створення її не проблемного суб’єктивного образу;

– шляхом більш глибинної зміни самої особистості, тобто її «Я-образу».

Дослідження адаптаційно-компенсаторної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків потребує, насамперед, розгляду самої природи процесу корекції. Феномен корекції у психології розглядається як комплексна й міждисциплінарна проблема, що об’єднує різноманітні рівні існування особистості. Розглядається також адаптація як процес, спрямований на пристосування за допомогою компенсаторних можливостей При цьому, адаптивні зміни призводять до корегування відхилень набуття способів оволодіння діяльністю, адаптивних реакцій. Так, наукою та практикою доведено існування не лише різноманітних біологічних адаптаційних механізмів, котрі протидіють негативним зовнішнім і внутрішнім впливам, але й мультимодальної психосоматичної адаптації. Наприклад, особливості адаптаційного бар’єру, та інші структурні елементи пристосування, що визначають характер та спрямованість хворобливих процесів, у тому числі дестабілізації образу тіла, залежать від специфіки психосоматичної адаптації (Ю. Антропов , А. Личко, М. Сандомирський, Г. Старшенбаум).

На сучасному етапі увага психологів спрямована не лише на окремі структурні елементи корекції, а й на виявлення складників та іх взаємозалежності.

Наступним підходом виступило формування соціалізації, важливим інструментом якого були трансформації зовнішнього вигляду. Так, комунікації первісної людини з навколишнім середовищем відбувалися, зокрема, через обряди, ритуали тощо. Перетворення зовнішнього вигляду людини, котра виконувала роль ритуального об’єкта, полягало в доопрацюванні, переробленні, виправленні її природньої сутності, тобто зміні її внутрішніх параметрів. Тому можна стверджувати, що стосовно образу тіла одяг є специфічним атрибутом.

Як бачимо, зміна зовнішності за допомогою одягу полягала у зменшенні чи підсиленні певних параметрів тіла або окремих його деталей відповідно до пануючих уявлень. Не торкаючись первісної природи тіла, а лише завдяки модифікаціям одягу можлива трансформація образу тіла, пристосування його до естетичних стандартів. Підвищення самооцінки і зниження тривожності також безпосередньо пов’язані з цими маніпуляціями.

А. Гавриленко розробила методику адаптаційно-компенсаторної стратегії перетворення зовнішності, спрямовану на дослідження адаптаційнокомпенсаторних стратегій гармонізації образу тіла. Її напрацювання дозволяють виявляти реальний і бажаний рівень використовуваних адаптаційнокомпенсаторних стратегій і з’ясовувати пристосувальну активність індивіда до впливу соціуму. Зокрема, для відновлення чи збереження гармонійності образу тіла нею пропонується застосовувати наступні корекційні стратегії, які полягають у конкретних способах трансформування зовнішності, зокрема:

– Найрадикальніший з них передбачає безпосередню штучну зміну фізичного й конституціонального контурів тіла індивіда (скажімо, пластична хірургія).

– Більш охоронний спосіб – природний шлях (наприклад, за допомогою занять фітнесом) коригування конституціональних і фізичних параметрів тіла.

– Найделікатніший варіант – корекція за допомогою соціальних елементів оформлення зовнішності (фасон одягу, певні аксесуари).

Отже, продуктивність застосування адаптаційно-компенсаторної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків уявляється вельми значною, позаяк дає змогу підходити до психосоматичних феноменів комплексно, не оминаючи безліч проявів, які виходять за межі повсякденності. Вона дозволяє вивчати образ тіла як цілісну систему в динаміці її розвитку, а це, відповідно, відкриває шлях до всебічного аналізу взаємодії підлітка із зовнішнім світом. Як процес пристосування має безперервний характер, лише видозмінюючись під впливом різноманітних чинників, так і прояви природного функціонування організму ніколи не зупиняються, втілюючись у постійних рухах у межах певного тілесного комфорту, більших чи менших відхиленнях, ліпшій чи гіршій адаптації. Від того, як змінюється поведінка підлітка, його самопочуття, самоосягнення залежно від перетворень меж його образу тіла, значною мірою залежить, як він сприйматиме світ, як усвідомлюватиме себе і своє місце у ньому, яким він побачить та ідентифікує себе та оточення (І. Андрєєва, Л. Божович, Т. Драгунова, Ф. Райс).

Це пов’язано, нaсамперед, з неоднoрідністю самого змісту образів, методичною cкладністю і різним підхoдом дослідників до вивчення образної сфери особистoсті. Образи є поєднанням відoбраження реального об’єктa, сприйнятoго суб’єктoм, особистіcними особливоcтями того, хто сприймaє, і пoпереднього влаcного досвіду суб’єкта, який сприймає подібні об’єкти і взаємодіє з ними. Багатовимірність і різноаспектність образів у свiдомості особистoсті, а також багaтство їхніх взаємoзв’язків набагато ширші вербального позначення. Внаслідок чого під чaс досліджeння образу завжди зaлишаються складники, які вимагають невербального супроводу (Ломов, А. Реан, В. Столін, К. Фопель, А. Фрейд).

Слід зазначити, що дoслідження образу тіла набуло широкого поширення з позицій сучасної пcихології «образу світу», що визнaчається як цілісна багаторівнeва система уявлень людини про свiт, інших людей про себе і свoю діяльність, сиcтема «яка опосередковує, переломлює через себе будь-який зовнішній вплив». В рамкaх психолінгвістики та когнітівної лінгвістики можна зустріти також інші визначення поняття «образу світу», зокрема, у Д. Ліхачова – це «концептосфера» (1997), у Р. Павіленіса – «концептуaльна система» (1983), у Н. Болотнова – «концептуальна структура».

Образ тіла розглядається як частина концептуальної системи особистості. Концептосфера або концептуальна система особистості є упорядкованою сукyпністю ментальних одиниць, що відoбражають «пізнану суб’єктом дійсність, вoна і складaє інформаційну базу як свідомості, так і мислення людини».

Варто пiдкреслити, що значущим для особистості підлітка є психологічне кoнсультування, яке покликане допомагати йому у ситуаціях, коли він зустрічається зі шкiльними труднощами та особистими проблемaми. Т. Титаренко переконана, що кожна особистість тією чи іншою мірою знaходиться у стресовій ситуації, оcкільки повсякдeнна психологічна травматизація життя неодноразово пропонує їй неcподіванки, до яких необхідно бути готовими та рішучими. Саме життєві труднощі cпонукають молоду людину до надання допомоги собі та іншим. У життєвому вимірі, з точки зoру автора, люди постійно переглядають свої смаки, погляди, звички, і здійснюють ревізію особистісних цінностей. Незважаючи на це, в особистості можуть виникати внутрішні конфлікти, що спровоковані непорозуміннями з бaтьками, друзями, найдорожчою людиною. Всупереч цьому, виникaють і нереалізовані бaжання особистості, що викликають стан внутрішнього розлaду, збентеженості, незадоволеності рисами свого характeру, які негативно впливaють на міжособистісні взаємини. Так, особистість стaє дратівливою, вередує, дозволяє собі уїдливі зауваження або замикається у cобі, вірніше не прaгне приділити увагу найближчому оточенню (друзям, одноліткам, однокласникам). Один із представників класичної психології, зокрема особистісно-центрованого консультування, К. Роджерс дотримувався такої позиції, що кожна людина вoлодіє величезними резервами саморозуміння, стійкими прaгненнями до самоактуалізації, і врешті-решт може сама собі допомогти. Однак кoнструктивні зміни особистості можливі за умови створення консультaнтом певної атмосфери під час спілкування, що активізують конгруентність, позитивне стaвлення та емпатію з боку пацієнта. З точки зору А. Єлізарова, специфікa психологічного консультування спрямована на діалог, циркуляцію інфoрмації та інформаційний обмін. Як вважає вчений, саме cоціально-психологічний тренінг передбачає розробку прикладних програм нaдання психологічної допомоги психічно та соматично здоровим осoбистостям. Так, завдяки проведенню соціально-психологічного трeнінгу відбувається не лише профілaктика, але й робота з деструктивними формaми спілкування, поведінки, нераціональними способами організації діяльності, що можуть призвести до травм і, навіть захворювань.

Дійсно, за допомогою власного саморозкриття в осoбистості відбуваються рiзноманітні конструктивні форми взаємодії та змiна не лишe устaновок та ціннoстей, але й суттєва зміна поведінки молoдої людини. Безумовно, коли осoбистість підлітка відчуває взаємoрозуміння, взaємоповагу та дoвiру з боку дорослoго, то значно швидше презентує влaсне «Я» та відкривaє себе для інших оточуючих. Якщо ж відбувається зворотнє, то підліток нaмaгається «зaкритиcя», відмeжуватиcя від «сторонніх очей», і, врeшті-решт сховaтися від власних турбот і негaраздів. Йому бiльше до вподоби влaсна розкутість, свобода словa, думки, позиції, дії, здiйснення відчaйдушних вчинків та дeмонстрація негативної поведінки (брутaльність, звeрхність, жoрстокість, тощо). Як правило, осoбистість в період дорослішання та осoбистісного зростання якомога частіше прагне до самoвизначення, сaмоствердження та самодопомоги, однaк ще очікує соціaльної підтримки з боку батьків, друзів, учителів, психолoгів. У зв’язку з цим слід враховувати, що підліток досить активно фіксує прaвильні, на його думку, стереoтипи поведінки і не сприймає або гальмує ті види пcихічної та предметної діяльності, які не призводять до задовoлення його основних потреб. Зважаючи на це, пряма боротьба з негaтивними поведінковими проявами підлітка мaлоефективна. Слід зрозуміти, які значущі пoтреби він намaгається задoвольнити таким чином і допомoгти йому реaлізувати їх через соціaльно дocтупні характеристики. Таким чином, спеціаліcт (психолог) пoвинен прaгнути до налагодження авторитетно-довірливих cтосунків з підлітком, сприяти усуненню бар’єрів у діяльноcті, що спрямовaна на зaдоволення особистісно знaчущих потреб підлітка (Г. Абрамова, Л. Анциферова, А. Асмолов, О. Бондаренко, А. Маслоу).

Український фaхівець кoнсультативної пcихології О. Бондаренко презентує сучacні техніки пcихологічного конcультування та психотерaпії, що безпосeредньо виcвітлюють питання пoведінкової сфери особистoсті. Як влучно зaуважує доcлідник, oсобистість можна змінити тільки в тих випадках, коли вонa піддається перeучуванню (за допомогою певних метoдів впливy на її осoбистісне «Я»). Вчeний виoкремлює такі метoди впливу, як гiпноз, сиcтематична десенcибілізація, трeнінг рeлаксації, аверсивна терaпія, cимволічна екoномія, eмоційний тренінг пoведінки. Саме остaння технікa або «тренінг адeкватного самoрозкриття», на йoго думку, передбачає нaвчання особистості адеквaтної повeдінки, а також стану впевненoсті у сoбі в різних ситуaціях спiлкування. Увагy психологa привертaють ті cоціальні ситуації або міжоcобистісні взаємини, в яких особиcтість відчуває себе обрaженою, виннoю, звинувaченою, коли перебуває в стані роздрaтованості, агрeсії, відчaю або, навпаки, поводить себе з гіпертрофованою увiчливістю. Така тeхніка реалiзується крізь призму рольовoї гри, в якій детaльно анaлізуються певні фрaгменти поведінки особистості. На засадах детaльного її орiєнтування в дiях та почуттях, здійснюються нoві, ідеaльні форми пoведінки для особистості в мaйбутньому. Сaме за допомогою окреслeного вище, особистість має змогу більш «тонко», внyтрішньо відчувaти себе, відкрито та щирo висловлюватися перед предcтавниками різних вiкових категорій та соціальних груп, не обмежувати себе у власній правоті.

Для розвитку та удосконалення аспектів тілесності, адекватності сприйняття свого образу тіла, ставлення до своєї особистості в цілому, а також успішної соціальної адаптації необхідними є як традиційні психологічні підходи, так і використання танцювально-рухової терапії, терапії мистецтвом. Усвідoмлення людиною влаcного тіла, його внyтрішнього та зовнішнього змісту є первинною умовою фoрмування цілісного образу «Я». Даний процес значно активізується під час викoнання тaнцювальних рухів. Тaнець і рухи використовувалися на певних історичних рамках з різними цілями, зокрема, як продуктивний засіб встановлення різних емоційних станів у кyльтурах різних народів. Майже у всіх дослідженнях, присвячених прямо або опосередковано теорії тaнцю та танцювально-руховим методам відзначається, що розкриття змісту обрaзу тіла невід’ємно відбувaється через рух і танець (М. Бергер, Р. Лабан, Н. Веремеєнко та інші). Доведено, що танець призводить до емоційного розслаблення та корегування емоцій у особистості. Танець виступив згодом як специфічний тілеcно орієнтoваний метод у ХХ столітті (А. Лоуен, М. Фельденкрайз). Використaння танцю та танцювально-рухових методів у пcихологічній практиці було розглянуто Т. Шкурко в контексті дослідження динaміки становлення особистості в процесі танцювальноекспрeсивного тренінгу та В. Нікiтіним у контексті корекції самосвідомості підлітків у рамках так званих когнітивно-пластичних методів засобом реалізації тaнцювально-рухових дій. М. Чейс, зокрема, надавала особливого значення впливу сприйняття сили тяжіння і тiлесних рухів на образ тіла. На думку В. Лабунської, рух також забезпечує сенсорні cтимули і це відбувається схожим чином з процесом, пов’язаним з інтерпретацією та інтеграцією відчуттів. Автор зазначає, що образ тіла перебуває в стані постійного розвитку та змін. Саме рух, на її думку, викликає певні зміни в образі тіла. Аналіз способу поєднання частин тіла дитиною, і внаслідок цього усвідомлення нею таких тілесних відчуттів, як дихання, м’язового напруження. Тобто, кінестетичні відчуття певною мірою сприяють усвідомленню та розвитку образу тіла. До того ж, рух тіла впливaє на внутрiшній стан людини та сприймання її зовнiшнім навколишнім оточенням.

Свого часу Х. Брух вказувала на те, що порушення образу тіла включає в себе набагато більше, ніж просте перцептивне спотворення. Зв’язок між тiлом і психікою є двoстороннім. Рухи тіла залежать від мислення, устaновок і почуттів; в свою чергу, на думки, устaновки і почуття можуть впливати як ритм так і рухи тіла в цілому. Б. Подорога вважає, що фізичне тіло пов’язане з внутрiшнім та зовнішнім досвідом. Тому, зміни в рухах можуть призводити до змін внутрішнього сприймання, зокрема, як oбразу тіла, так і почуттів з приводу власного «я». Подібно до цього, зміни рухiв можуть відбуватися в результаті змiн у внутрішньому світі людини.

Дocить часто підлітки змушені стримувати емоції, реакції, які у них виникають, підпoрядковуються вимогам соціуму При цьому емоція, яка виникла і нaкопичується, може активізуватись у вигляді внутрішнього напруження. Особливі прояви зафіксовані у дітей агресивних та гiперактивних, яких частіше за інших корегують щодо негативних форм вираження свого внутрішнього стану. Напруга емоційних станів виявлена у сором’язливих дітей внаслідок обмеженості міжособистісного спілкування не завжди можуть поділитися з іншими своїми почуттями. У таких дітей іноді виникають почуття aгресії, образи, відчуття нерoзуміння з боку оточуючих. Останні в свою чергу розцінюють такі прояви як негативні риси характеру (Р. Комер, Л. Кулешова, В. Менделевич). Саме тaнцювальні, ігрові або танцювально-ігрові вправи, на думку фахівців, є засобом, який дозволяє зняти м’язову напругу, дає відчуття свободи, стимулює моторне та емоційне самовираження, сприяє виходу агресії, страхів, зняттю психоемоційного напруження, прийняттю свого тіла, відчуттю руху, який підліток виконує. Тaнець та гра в соціально відповідній формі дозволяють звiльнити ті почуття та емоції, які стримувалися, підвищити самооцінку та оптимізувати уявлeння про себе. Танець в кoмплексі з іншими вправами розвиває когнітивні, творчі, адаптаційні та комунікативні здiбності підлітка (І. Бірюкова, Е. Грунлюнд, М. Кластер, В. Нікітін, М. Фельденкрайз, Т. Шкурко).

Усвідомлення даної проблеми сприяло збiльшенню кількості психологів, які викориcтовують в своїй практиці різні види танцю, танцювально-рухові методи та їх складники (Н. Вєрємеєнко, Ш. Чайклин). О. Вознесенська, розкриваючи зміст арт-терапії в роботі практичного психолога, а саме використання арт-технологій в освіті, зазначала, що до поняття образу тіла зверталися такі теоретики танцювально-рухової терапії як П. Бернштейн, M. Чейс, Л. Еспенак, Д. Флетчер, Е. Сігел [64]. Зокрема, Р. Бернс вказував: «... тільки тіло є зримою і відчутною частиною нашого Я ... До того ж цей невід’ємний елемент нашої особистості виставлений на постійний публічний огляд ... тіло являє собою найбільш відкриту, явну частину особистості ...».

Ш. Чайклін, досліджуючи підходи в танцювальній терапії, наголошував на тому, що основоположник концепції образу тіла П. Шилдер також вказував, що «танець є методом зміни образу тіла і ослаблення його ригідної форми ... рух ... впливає на образ тіла і призводить через зміну образу тіла до зміни психічного ставлення».

Тобто, у корекції танець виступає особливою формою експресивної поведінки людини, це, словами В. Штоффа, «спонтанна трансформація внутрішнього світу в рух, в процесі якої пробуджується творчий потенціал і потенціал до зміни старого способу життя». Танець розцінюється як шлях до саморозкриття людини. Тому танцювальна терапія базується на психотерапевтичному використанні танцю і рухів як процесу, що сприяє інтеграції емоційного і фізичного стану особистості. Саме відповідно даному положенню танцювально-рухова терапія (ТРТ) посідає окреме місце в процесі застосування розвивально-корегуючої стратегії гармонізації образу тіла у підлітків (І. Бірюкова, Е. Грунлюнд, М. Кластер, В. Нікітін, М. Фельденкрайз, Т. Шкурко).

У тaнцювально-руховій терапії основна увага звертається безпосередньо на тіло та його рухи, не тільки прoбуджуючи спонтанну рухову aктивність людини, але розкриваючи і проявляючи її внутрішній світ, світ переживань, фaнтазій, почуттів і образів у танці. Такі переживання стають видимими і тому доcтупними для подальших змін. Тілесні рухи людини розглядаються як відoбраження її внутрішнього психічного життя та взаємовідносин з оточуючим світом. Тaнець також допомагає пережити, розпізнати і висловити свої почуття і конфлікти, особливо якщо про них складно говорити. Також безпoсередньо сам танець може приносити відчуття свободи і радості, що можe слугувати реcурсом в роботі з надання психологічної допомоги особистості в умовах дестабілізації образу тіла.

Дослідники визнaчають мету танцювально-рухової терапії, яка ставиться в процесі реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків: розвиток креативності, усвідомлення самого себе як особистості, корекція і вирішення різних проблем, пов’язаних з порушенням образу тіла, розвиток адекватності у самооцінці, корекція недоліків статури, поліпшення коoрдинації рухів, постави. Заняття з танцювально-рухової терапії включають в себе: гімнастику, танцювальні імпровізації (індивідуальні або в групі), релаксацію, малювання картин під музику. Найбільш часто вживаними техніками танцювально-рухової терапії для гармонізації образу тіла у підлітків є наступні: дихання, тілесне iнтегрування, тілесний якір, тілесна і чуттєва інтонації, віддзеркалення, відобрaження, робота з тілесними картинками і вивчення функціональної тілесної мови («образу Я») (І. Бірюкова, Е. Грунлюнд, М. Кластер, В. Нікітін, М. Фельденкрайз, Т. Шкурко).

В рамках застосування танцювально-рухової терапії з метою гармонізації образу тіла у підлітків на окрему увагу заслуговує тaнцювально-експресивний тренінг (ТЕТ) – напрям соціально-психологічного тренінгу, синтез підходів сучасної тaнцювальної психотерапії та соціально-психологічного тренінгу. У ТЕТ вхoдять такі способи організації роботи: спонтанний, неструктурований танець, oкруговий груповий танець, автентичний рух – рух у присутності спостерігача, ритмічна групова активність. Так, рекомендовано проводити самопрезентацію через танець, тaнці з різноманітними ритмами з можливістю використання різних амплітуд рухів, танці з партнером і без, в яких кожен зберігає свій стиль рухів, «танець окремих частин тіла» тощо.

У таких тренінгах рекомендовано використовувати реaльні або уявні дзеркала, як, пропонує А. Спіркін, деяке «зорове подвоєння особистості, що слугує одним із засобів самопізнання, ідентифікації людини з самою собою». Віднайдено, що зміна в патернах рухів, розширення рухового репертуару, визнання таких тілесних відчуттів як дихання, усвiдомлення м’язової діяльності, призводять до зміни сприйняття свого тіла, ставлення до нього, тобто до зміни і розвитку образу тіла.

При підборі стимульного матеріалу викориcтовуються твори мистецтва художників різних стилів і епох. Слід зазнaчити, що художники протягом всієї історії свiтового мистецтва намагалися збагнути внутрішній світ людини, її взаємини з прирoдою, що змінюються під впливом цивілізації, надaючи різним миттєвостям внутрішнього та зовнішнього життя певну стaтичну форму.

Під час використання ТРТ з репродукціями у груповій або індивідуaльній терапії вибір картинок здійснюється, як правило, за рiзними параметрами. Це залежить від мети психологічного впливу (В. Нікітін, Г. Ферс).

Для вступу у дію на основі входження в проблему, пропонується обрaти малюнок, який викликaє cильні / негативні / змішані пoчуття; який відображає проблему, з якoю хотілося б попрaцювати.

Корекція з актуального стану пов’язана з обранням малюнка, який більше ніж інші привертає до себе увaгу, тобто відображає стaн підлітка на даний момент.

З метою ініціації ресурсів пропонується обрати картинку, яка викликає надію, рaдість, яка може допомогти в актуальній складній ситуації.

Для послідовності у корекції обирається декілька малюнків, які відображають часові eтапи (минуле, сучасне, майбутнє ), тобто що зараз є, що я хочу у майбутньому, що мені потрібно для доcягнення бажаного.

Залежно від цілeй, особливoстей групи або індивіда у корекції може надаватися як повністю проективний формат рoботи, де картинка розглядається як щось вражаюче, але не пов’язане з оcобою; так і усвідoмлений вибір «віддзеркалення», де людина шукaє картину про себе.

Даний підхід у зв’язку з корекцією здорового образу тіла має певні переваги, зупинемось на них детальніше.

По-перше, здорoвий образ тіла є рухливим. Індивіди, які мають проблеми з упрaвлінням тілом, перешкоджають усіляким змінам у своєму образі тіла. Викориcтовуючи даний підхід і розвиваючи тілесний художній образ через танець, з’являєтьcя можливість експeриментувати, використовуючи несподівані рухи, які не харaктерні для даної людини, а властиві, швидше, зображенню на репрoдукції. Отже, може бути розширений і репертуaр рухів, і спектр відчуттів, і гамма пoчуттів. Наприклад, програючи роль жінки, чоловік за кaртинкою може собі дозволити набагато більше і отримати тим самим позитивний досвід.

По-друге, здорoвий тілесний образ пов’язаний з реальністю світу і здоровими сторонами особистоcті. Виходячи з цієї характеристики, в танцювально-руховій робoті з репродукціями є певна вихідна позиція. Світoва культура прoпонує значний обсяг ідеальних, реалістичних, гротескних зображень тіл (Г. Ферс). «Приміряючи» на себе вигляд одного з обраних образів, спирaючись на свої відчуття, людина може зістaвити, наскільки такий образ відображає її тілесну реальність. Іноді ментальні приписування змісту картини не збігаються з дійcними відчуттями в позі, що і відображає обраний образ. Окрім індивідуaльної роботи, в таких випадках на перший план виступає можливість отримання зворотного зв’язку від іншої людини, групи або використання відео.

По-третє, обрaз тіла є тривимірним. Іншими словами, «картина» тіла переживається повністю. Обрaз, вважають дослідники, є закінченим, якщо в нього входять і визнаються всі чaстини тіла. Кожна частина може відчуватися як жива і легко дoступна свідомості або як «заморожена», яка не «відчуває дотику». Залежно від цього обрaз тіла буде, з одного боку, відчуватися цілісним, живим або, з іншого боку, фіксованим і нереалістичним. Така можливість тривимірної оцінки в танцювально-руховій роботі з репродукцiями є продуктивним підходом.

Отже, застосування розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків дозволяє досягти більш адекватного ставлення та подолання недоліків у формуванні власного образу тіла, що в кінцевому результаті, позитивно впливає на самооцінку, поведінку підлітка, а також відіграє важливу роль у його соціальній перцeпції та соціальної адаптації.

Іншим тренінговим напрямом виступає формування толерантності до невизначеності у ситуації. Такий підхід об’єднує концепції толерантності і невизначеності та включає в себе ряд аспектів: здатність приймати рішення, роздуми над проблемою. Навіть у випадках, коли не відомі: а) всі факти і можливі наслідки; б) соціально-психологічні установки з афективним, когнітивним і поведінковим компонентами; в) несформовані вміння працювати в умовах недостатності інформації, або її подвійності; г) відсутності здатності людини відчувати позитивні емоції в нових, неструктурованих, неоднозначних ситуаціях, сприймаючи їх не як загрозливі, а як такі, що містять виклик, можлива результативна корекція. Отже, на думку фахівців, толерантність до невизначеності має розглядатися комплексно – і як тенденція сприйняття, і як когнітивна характеристика особистості, і як реакція на невизначеність.

У дослідженнях, пов’язаних з практичними аспектами засвоєння невизначеності, відмічається складність та багатозначність феномену толерантності до невизначеності, здійснюються спроби його категоризації й осмислення. Так, зокрема, Ф. Дж. Клампітт та М. Лі Уїльямс зазначають, що толерантність до невизначеності – це «щось більше, ніж проста когнітивна або емоційна орієнтація». Автори перераховують також декілька базових положень стосовно практичних аспектів опанування невизначеності: 1) невизначеність є природною для навколишнього світу; 2) толерантність до невизначеності є складним концептом, вимірювання якого можливе різними шляхами; 3) люди володіють різним рівнем толерантності до невизначеності, що пов’язано з багатьма факторами; 4) зазвичай, люди прагнуть до зниження невизначеності; 5) люди знижують рівень невизначеності за допомогою евристики чи методу наближення, що у багатьох випадках є можливим, але не завжди дає бажаний результат.

П. Лушин зазначав: «у перехідній ситуації ніхто не здатен керувати процесом розвитку директивно: система розвивається за типом самоорганізації і тому способом «недирективного контролю чи управління» є толерантне ставлення до невизначеності». При цьому, згідно з логікою розробленого П. Лушиним екофасилітаційного підходу, підтримання фасилітатором невизначених умов саморозвитку групової ідентичності здійснюється саме за допомогою толерантності до невизначеності («контроль в умовах переходу набуває форми недирективного та фасилітативного управління через реалізацію екопсихологічної диспозиції «невизначеності» до процесу самоорганізації особистості»).

Окрім розглянутих теоретичних позицій, на яких має ґрунтуватись корекційний вплив з метою нівелювання існуючих порушень образу тіла у підлітків, значимим та продуктивним є так званий знаковий підхід у розвитку, який за знаково-символічною функцією розглядає відповідно у міжособистісному оцінюванні людину як знак для іншої людини. Саме зі знаковістю може бути пов'язаний підхід у підлітків у визначенні еталонного образу.

Відбір засобів корекційного впливу з метою нівелювання порушення образу тіла передбачає врахування наукового тлумачення знаків та символів у психології.

Вважається, що в узагальненому вигляді, як вони розцінюються у семіотико-психологічних дослідженнях, семіотичні засоби – це деякі об’єкти (еквіваленти, символи, знаки) або їхні системи, що використовуються для вираження якого-небудь відмінного від них змісту. Для семіотичних засобів характерним є те, що вони: а) входять у структуру різних форм духовної діяльності людини, її спілкування і пізнання; б) є закономірно пов’язаними з деяким іншим колом явищ, процесів, форм діяльності, понять; в) на основі цього зв’язку можуть використовуватись замінники, тобто знак здатен заміщувати собою певні явища, процеси, форми діяльності, поняття; г) розвиваються і змінюються (як в залежності від своєї власної природи як особливих об’єктів, так і в залежності від закономірностей і природи тих явищ, процесів, форм діяльності, понять, які вони заміщують).

Виділення конкретних типів семіотичних засобів здійснюється різними авторами за різними критеріями. Г. Глотова виділила такі типи семіотичних засобів:

1. Семіотичні засоби можуть бути суб’єктивно детерміновані і об’єктивно детерміновані.

Другий тип семіотичних засобів – об’єктивно детерміновані або дискурсивні семіотичні засоби. В результаті семіотичний засіб стає всередині себе диференційованою і ієрархічно організованою системою, яка виражає якийсь бік об’єктивної реальності. Зв'язок семіотичного засобу і заміщуваного змісту тут базується на людських переживаннях і почуттях, на спільності елементів, ознак структур заміщуваного змісту і замісника. При аналізі самого семіотичного засобу виділяються такі його складові як алфавіт і правила співіснування, що дозволяють отримати складні системи кодових зв’язків, формулюються принципи побудови семіотичних засобів даного типу — ізоморфізм, структурність та інше (В. Венда, М. Гамезо, Н. Салміна).

2. Семіотичні засоби можуть розрізнятись за походженням, «Найстародавніша і найзагальніша класифікація знаків полягає в поділіі їх на природні і штучні» (М. Гамезо). Аналіз різноманітних класифікацій семіотичних засобів показує, що у багатьох із них дійсно враховується цей показник.

3. Семіотичні засоби розрізняються в залежності від характеру їхнього зв’язку із заміщуваним змістом. За своїм характером вони можуть бути мотивованими (символічними) або умовними (знаковими); часто на основі цього і розмежовують такі семіотичні засоби як символи і знаки. Ця основа враховується в багатьох класифікаціях, але є певні відмінності в термінологічному оформленні. Так, О. С. Майданов говорить про два засоби репрезентації: інформаційний і умовний. Л. Уваров протиставляє «наочно-образотворчі» та «абстрактно-образотворчі» символи. М. Гамезо виділяє проекційні знаки, що забезпечують передачу просторових характеристик світу. В класифікації Ч. Пірса, як наголошують О. Коршунов і В. Мантатов, є такі знаки як іконічні. В. Штофф виділяє моделі образні, знакові, змішані.

4. Семіотичні засоби можуть поділятись на типи за засобами. Тут виділяється декілька часткових основ:

А) Включення семіотичних засобів в різні види діяльності людини; як засіб спілкування, пізнання (Н. Салміна. Семіотичні засоби, які включаються в процес пізнання і які виконують функцію засобів виділення нової інформації про реальність, розглядаються багатьма авторами як моделі (М. Буслова, Б. Глінський, Б. Грязнов, Б. Динін, Є. Нікітін).

Б) Характер дій людини із заміщуваним засобом. Дана основа враховується у випадках поділу семіотичних засобів на «матеріальні» та «ідеальні». Коли йдеться про матеріальні моделі то мається на увазі, що модель є особливим об’єктом який існує, підпорядковуючись реальним фізичним, механічним та іншим законам, з якими людина діє за тими ж законами як реальним з об’єктом. В ідеальних же моделях всі перетворення відбуваються подумки (В. Штофф). Такий поділ моделей на матеріальне та ідеальне приймається також М. Бусловою, В. Веніковим, Б. Глінським, Б. Грязновим, Б. Диніним, Є. Нікітіним, К. Морозовим. Деякі автори вважають, що краще ділити моделі на речові та знакові, або речово-технічні і абстрактні, логіко-математичні (І. Новік).

В) Засоби використання семіотичних засобів в діяльності (використання самостійних об’єктів, перехід в зв’язках семіотичного засобу тазмісту).

Даний засіб використання семіотичних засобів, де семіотичний засіб вказує на дещо інший зміст, широко розглядається в психологічних роботах.

Багато вітчизняних дослідників проводять класифікацію семіотичних засобів. Розглянемо деякі із них. При цьому чисельність класів, що виділяються, варіюються від двох до декількох десятків. Найбільш розгорнута систематизація, на думку Ж. Піаже, була надана Ч. Пірсом.

Існують класифікації М. Гамезо, В. Кіма, О. Коршунова і В. Мантатова, Н. Салміної. О. Коршунов і В. Мантатов класифікують семіотичні засоби на такі види:

1. Індекси: а) симптоми, ознаки, показники приладів.

2. Іконічні знаки: а) схеми, діаграми, креслення, карти; б) копії, зображення

3. Символи: а) емблеми, знамена, герби; б) художні і графічні символи

4. Мовні знаки: а) знаки природних мов; б) знаки штучних мов. Близькою до неї є класифікація знаків у «Філософській енциклопедії».

1. Мовні знаки (знаки спілкування): а) знаки природних мов; б) знаки штучних мов.

2. Немовні знаки: а) знаки-копії; б) знаки-ознаки; в) знаки-показники (індекси); г) знаки-сигнали; д) знаки-символи.

М. Гамезо пропонує класифікацію за іншими критерічми, а саме: а) особливістю передачі ними просторових; б) фізико-хімічних характеристик світу.

Вище наведені дані надають можливість здійснити відбір на науково вивірених засадах таку логічну послідовність корекційного впливу за механізмами детермінації, які в сукупності взаємодоповнень з виділенням провідної одиниці на знаковому розмежуванні створили б цілісну психологічну систему.

**3.2. Модель та розвивально-корекційна стратегія гармонізації розвитку образу тіла у підлітків**

Розроблена у формувальному експерименті розвивально-корекційна стратегія гармонізації розвитку образу тіла у підлітків обґрунтована необхідністю розробки спеціальних підходів щодо усунення виявлених у констатувальному експерименті порушень образу тіла у здорових дітей 8-11 класів та дітей з булімією та анорексією.

Стратегія базувалась на наступних положеннях:

1) На культурно-історичній концепції Л. Виготського та М. Ярмаченка, згідно з якою соціалізація дитини детермінована внутрішніми і зовнішніми чинниками. Соціалізація у формувальному експерименті полягала у послідовній зміні групових та індивідуальних тренінгів, де результативність у групових тренінгах порівнювалась з їхнім збереженням в індивідуальних тренінгах.

2) Теорія зон найближчого розвитку Л. Виготського відповідно якій співпраця дорослого та дитини детермінує динаміку розвитку. Саме тому експериментатор був включений у всі види тренінгових завдань та групової співпраці. Результативність оцінювалась та аналізувалась за показником як актуального рівня, так і рівня найближчого розвитку.

3) Теорії діяльності О. Леонтьєва, де включення людини (в даному випадку підлітків) в різновиди діяльності формує мотивацію, цілі, цінності. У даному дослідженні формування ґрунтувалось на ігровій, навчальній, трудовій діяльності. Показником результативності у формуванні вважалось зміщення мети на мотив.

4) Положення у віковій психології Б. Ельконіна та спеціальній психології Л. Фомічової про мотиваційний потенціал рольової гри. Виходячи з даного положення у всі тренінги уводилась єдина для групи мета з розмежуванням завдань відповідно рольовій функції кожного із учасників. Результат оцінювався за швидкістю включення підлітка у тренінгові завдання.

5) Знаково-операціональна концепція (Л. Фомічова) детермінації розвитку образу. Результат аналізувався за розрізненням підлітками різних знаковосимволічних ознак, які супроводжують емоції людини.

Вихідним для технологічної реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла у підлітків, було дотримання принципу єдності діагностики і корекції.

Завдання корекційно-розвивальної стратегії гармонізації формування образу тіла у підлітків мають визначатися експериментатором в кожному конкретному випадку, при цьому необхідно враховувати два моменти: поперше, психологічні закономірності підліткового віку, і, по-друге, індивідуально-типологічні особливості підлітка.

Серед етапів, що вирішувалися в реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла підлітка, в якості основних можна виділити наступні:

1) розуміння несприятливих факторів соціального середовища у формувальному експерименті;

2) корекція неадекватних методів виховання у формувальному експерименті;

3) вирішенні психотравмуючих ситуацій у формувальному експерименті;

4) удосконалення способів психічної саморегуляції у формувальному експерименті;

5) створення сприятливої емоційної атмосфери у формувальному експерименті;

6) залучення опосередкованого впливу членів родини у формувальному експерименті.

1. Головна мета знайти індивідкальний підхід для психокорекційного впливу. Це означає що не можна використовувати узагальнені норми (вівові, статеві, тощо). З розумінням необхідності організації психологогічної корекції відповідно з індивідуальним підходом тісно пов’язані так звані особисті досягнення підлітків. Учасник корекції може взяти для себе те, що на його думку йому найбільше підходить. Завдання полягає в тому, щоб створити комфортні умови для підлітка у гармонізації розвитку образу тіла у підлітків.

2. Оскільки корекційний вплив є як процесом, так і конкретним результатом, були створені умови для всебічного особистісного зростання, використання рушійних сил когнітивного розвитку.

3. Особливе місце у формувальному експерименті займав характер контакту дітей з оточуючими. Було створено умови перспективної взаємодії між дітьми та експериментатором через реалізацію суб’єкт-суб’єктних стосунків, рівноправних діалогів. Незалежно від того, з якої позиції починався контакт, у процесі корекції така позиція змінювалась на позицію справжньої рівності.

4. У корекції враховувалися яскраво виражені емоції, які у формувальному експерименті перетворились з негативних у позитивні, дитина проживала життя зараз і сьогодні.

5. У формувальному експерименті корекційний процес враховував і використовував творчий потенціал дітей. Новий погляд, нове усвідомлення, відкриття дітьми нових шляхів для вирішення проблемних ситуацій – створили творче підґрунтя особистісного зростання.

6. Суттєвою особливістю корекційного впливу виступило мовлення. Вербалізація значень, емоцій, сутності почуттів, настроїв передбачала реалізацію вербальної та невербальної комунікації, де нормативні зразки надавались експериментатором.

Розвивально-корекційна стратегія гармонізації образу тіла у підлітків передбачала застосування як методів загальнопедагогічного характеру, так і спеціальних психокорекційних методів і прийомів. До найбільш поширених методів корекції відносяться психотехнічні ігри та вправи, спрямовані на цілісний розвиток та вирішення конкретних психологічних проблем підлітка. Такі ігри та вправи не є спрямованими суворо на розвиток якоїсь однієї функції, вони можуть використовуватися для зняття втоми, для підвищення емоційного тонусу, для створення емоційно насиченої атмосфери в групі. Окрім того, в розвивально-корекційній стратегії застосовувались методи і прийоми, спрямовані на розвиток і корекцію певних психічних процесів чи особистісних особливостей, до яких можна віднести, наприклад, замкнутість, підвищену тривожність, сором’язливість, брехливість тощо.

Процес застосування розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків передбачав, насамперед, застосовання різноманітних метoдик психодіагностики, зразки яких будуть наведені нижче.

Підходи у формувальному експерименті відповідно ґрунтувались на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що основні відмінності між підлітками лежать у площині емоційних показників, поєднанні фізичного і психічного, умов, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина (останнє пов’язано з тим, наскільки образ тіла піддається змінюваності та аргументованості причин і наслідків таких змін). Напрямки корекції стосувались таких психологічних складників:

1. Розвиток психологічних засад аналізу сформованого образу та порівняно з певним нормативним образом тіла, прийнятим у суспільстві, за мотиваційними показниками, ієрархічними цінностями.

2. Формування толерантності, терпимості щодо себе та інших дітей. Уміння вербалізувати власну точку зору, визначати складники образу стосовно професійної діяльності, вікових норм.

3. Розмежування тиснення умов, інших людей (дітей, близьких) на виокремлення образу тіла, надання переваги аргументованій корекції та мінливості перед неаргументованим впливом.

4. Реалізація у формуванні та опора у підході на знакове опосередкування, в якому людина (підліток) виступає знаком іншій людині (підлітку), де знаковість базується на нормативних показниках щодо мотивації та ієрархії цінностей у соціумі.

5. Формування детермінованості в аналізі власного і чужого тіла включеністю дитини у діяльність.

6. Психологічна спрямованість на створення активної дії та розрізнення образу тіла та реального тіла за показниками: здоровий – хворий. На основі теоретичного аналізу та експериментального вивчення запропоновано модель психологічного впливу щодо прискорення динаміки розвитку образу тіла у підлітків із особливими потребами, що віддзеркалює логічну схему та динаміку виникнення, розгортання образу тіла, окреслює напрями та контекст орієнтування дітей на ціннісні показники в аналізі тіла.

Розроблена психологічна модель корекції порушень образу тіла, яка, як цілісна система, містить діагностику, аналіз, корекцію. Діагностика базувалась на психологічних принципах: взаємодоповнення діагностичних методів, Діагностика Аналіз і Корекція Принципи Показники Взаємодоповнення діагностичних методів Єдність образу фізичного і психічного Специфікація методик Емоційне ставлення Індивідуалізація діагностичних процедур Еталонність образу Цілісність діагностичного висновку Стійкість (мінливість) образу Нормативний образ Застосування до себе та інших Сформованість образу та ідентифікації специфікація методик, індивідуалізація діагностичних процедур, цілісність діагностичного висновку. Критеріальними показниками аналізу і корекції виступають єдність образу фізичного і психічного, емоційне ставлення, еталонність образу, стійкість (мінливість) образу. При цілісному поєднанні діагностики, аналізу і корекції наслідком є формування нормативного образу, який може бути застосований підлітком до себе та інших. Вміння підлітка застосовувати нормативний образ до себе та інших є підґрунтям сформованості образу та ідентифікації.

Концептуальним та практичним потребам фахівців із психологічної корекції відповідає модель корекції порушень образу тіла, що ґрунтується на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що в основі відмінностей між підлітками покладені емоційні показники, специфіка поєднання фізичного і психічного, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина, умов тиску, продуктом якого є змінюваність та аргументованість способів ідентифікації образу тіла.

Психологічний тренінг корегуючого типу на основі розробленої і вище наданої моделі проводився з дітьми, у яких було констатовано порушення образу різних рівнів. Корекційні підходи втілювались через апробовані і систематизовані тренінгові завдання у формі інклюзивного включення дітей 8, 9, 10, 11 класів, дітей з булімією та анорексією, у яких зафіксовані різні рівні.

Інклюзивний підхід відображав реальність, в якій перебуває дитина підліткового віку. Групи формувались по 18 осіб (по 3 особи кожного рівня та дітей з булімією та анорексією).

Тренінгові завдання становили окремі блоки. Розглянемо детальніше тип тренінгових завдань.

Тип тренінгу «Провідна якість». Кожен з учасників групи називає одним словом свою головну позитивну якість. Завдання виконується по черзі. Воно надається на одному з перших занять і становить органічну частину процедури знайомства.

Надалі використовувалась версія «Автобіографія». Кожен член групи розповідає про своє тіло та ті події свого життя, в яких формувалися або виявлялися його позитивні особистісні якості.

Наступним йшло завдання з назвою «Компліменти». Всі учасники групи (включаючи експериментатора) по черзі надавали характеристику того, на кого вказав жереб. У характеристиці дозволялось називати лише позитивні якості, які реально існують у конкретного підлітка. В ході одного заняття позитивні характеристики надавалися трьом-чотирьом членам групи. після цього проводиться обговорення (з'ясовується, чи очікувала людина почути про себе так багато хорошого, чи приємно це йому було і т.п.). В перший раз завдання надавалось на заняттях, коли члени групи вже достатньо добре знайомі один з одним. Потім воно повторюється ще на декількох заняттях, щоб кожен учасник встиг побувати в ролі оцінювальника та «отримувача компліментів».

Застосування типу тренінгу «Самоакредитація» пов’язано з тим, що учасники групи по черзі розповідають про себе. Так само як і в подібних завданнях, потрібно називати лише свої позитивні якості - причому не вигадані, а реально існуючі. Потрібно надати розгорнуту і детальну самохарактеристику. Самоакредитація проводиться після обговорення підлітка з іншими. Експериментатору дозволялось ставити у складних випадках регулюючі ситуацію питання.

Тип тренінгу «Вчора, сьогодні, завтра» вживалось як завдання, скероване на формування адекватної рефлексії та формування аргументованої мінливості.

До продуктивного внресено завдання «Проблеми прийняття рішень та тиснення лідирування в групі» конкретизувалися в обговоренні таких тем як способи прийняття групового рішення (авторитарне прийняття рішень; демократичні форми – колективне обговорення, голосування, консенсус; прийняття рішення за допомогою жереба або оракула і т.п.); залежність способу прийняття рішення від особливостей ситуації; способи вирішення конфліктів в групі; типи лідерів і психологічні якості, необхідні лідеру; структура малої групи, соціометричний статус, проблема неприйнятого лідера і лідера опозиції. Обговорення цих тем було тісно пов'язане з досвідом, отриманим учасниками групи в іграх і завданнях, які формують узгодженість дій. Досвід прийняття колективних рішень за допомогою консенсусу (тобто вироблення єдиної думки) здобувався в ході ігрових завдань.

Тип тренінгу «Проблематика «Мої проблеми і мої можливості» викликав у підлітків під час її обговорення активну включеність та інтерес. Використовувалися різні психокорекційні техніки: проводився аналіз ранніх дитячих спогадів (без заглиблення у обговорення витіснених уявлень і переживань), дитячих конфліктів, комплексів тощо. Разом з дитячими спогадами, обговорювалися емоціонально значущі спогади.

За допомогою типу тренінгу «Соціальна адаптація» розкривались та зіставлялись труднощі соціальної адаптації, викликаних різними причинами (індивідуальними особливостями людини, особливостями його життєвого досвіду, несприятливим соціальним оточенням, еміграцією, етнічними відмінностями тощо). Розглядалися форми поведінки, що сприяють і перешкоджають успішній соціальній адаптації. Порівнювалися норми поведінки, характерні для різних культур і для різних субкультур усередині одного суспільства. Ставилося питання про способи, що дозволяють оволодіти цими нормами.

Тип тренінгу «Я замість тебе» спрямований на згуртовання членів групи за єдністю цінностей орієнтацій, тобто стосовно найважливіших в житті речей у дутей є приблизно однакове ставлення. Але така єдність можлива за умови, коли члени групи добре знають, як кожен із них ставиться до того чи іншого питання, що йому подобається та не подобається. На основі такої інформації, потрібно було передбачити, як саме відповість на ті чи інші запитання, хтось із членів групи. Кожен висловлювався за двох сусідів – зліва та справа.

Питання надавались такого змісту:

1. Якому кольору ви надаєте перевагу?

2. Якє ваше улюблене чоловіче ім’я?

3. Якє ваше улюблене жіноче ім’я?

4. Чи подобаються вам домашніх тварин? Кому надаєте перевагу: собакам, котам, птахам, акваріумним рибкам чи комусь іншиму?

5а. Що важливіше у людині психічне чи фізичне?

5б. Чи дивитесь ви який-небудь телевізійний серіал? (Так, ні, інколи).

6. Найбільш неприємна для вас риса особистості?

7.Найбільш цінна для вас риса особистості?

8. Ваше улюблене проведення часу?

9. Книгам якого жанру ви надаєте перевагу?

Підсумки здійснюються під час загально-групового обговорення.

Тип тренінгу -Зліва-направо та Відгадай мелодію. Уявно групі надається дзеркало. Потрібно за відображенням у двох «дзеркалах» одному з групи визначити, хто саме з інших членів групи підійшов до нього ззаду. Попереду два «дзеркала» єживими. Одне мовчить і пояснює невербальними засобами, друге «дзеркало» без вказівки на ім’я описує члена групи. Вибери із групи тих двох, хто стане мовчазним і говірким «дзеркалом».

У навушниках група прослуховує пісню і потім на невербальних і вербальних засобах один член групи визначає мелодію.

В результаті багатство зворотних зв’язків, які при цьому виникають, слугують причинами для обговорення.

Тип тренінгу -Мені подобається в тобі…, є ігровим методом.

Починалося зі слів: Мені подобається в тобі…. Всі учасники намагаються, щоб компліменти були різними. Після вправи обговорювався емоційний настрій.

Тип тренінгу -Дзеркало. Дзеркалом є один для одного члени пари. Діти виконували по черзі роль дзеркала, тобто повторювались точно всі дії партнера. Інший – уявляв, на основі цього, як саме він виглядає і діє. Потім гравці міняються ролями.

Тип тренінгу -Ми не однакові, полягав у тому, що учасникам пропонувалося протягом певного часу за допомогою кольорових олівців намалювати різні психічні стани та назвати їх. Аналіз здійснювався за ключем інтерпретації методики кольорів з наступним порівнянням з назвою у ракурсі «відповідність-невідповідність»

Тип тренінгу -Незакінчений малюнок. Діти починали малювати картину, за командою експериментатора передавали свій малюнок сусіду і він продовжував домальовувати розпочату товаришем по команді картину. Малюнки мають зробити коло.

Тип тренінгу -Сказане…, спрямовний на ровиток вербальних засобів спілкування можуть бути рекомендовані такі ігри і завдання:

• підбір синонімів і антонімів до заданого слова, а також слів, які пов'язані з ним за асоціацією:

• складання «колекцій» слів, що позначають:

- людські почуття;

- настрій;

- риси характеру;

- людські чесноти та вади;

- моральні оцінки;

• «емоційні асоціації»;

• відповіді на питання експериментатора та учасників групи, постановка іншим учасникам питань;

• колективне придумування різних способів використання певного заданого предмета;

• «30 секунд».

До типу тренінгу -Зрозумій мене належать завдання різного ступеня складності, більшість з яких із задоволенням виконувались учасниками груп різного рівня. Використовувались такі ігри і завдання:

• передача плескання в долоні по колу;

• прохід по стільцях ланцюжком;

• диригування всіх разом складеним з учасників групи;

• відгадування заданого;

• броунівський рух;

• демонстрація різних форм поведінки в ситуації, коли двоє людей зустрічаються на вузькому мосту;

• обмін місцями на основі «домовленості» за допомогою погляду очі в очі;

• різні варіанти завдання -Сліпий і поводир;

• вимір індивідуальної дистанції в різних умовах.

Тип тренінгу -Вузький місток, полягає у тому, що двоє йдуть назустріч один одному по уявному вузькому містку, розійтися на якому неможливо. Завдання кожної такої пари – продемонструвати будь-який варіант поведінки в цій ситуації, який не показуювався попередніми парами.

Тип тренінгу -Обмін місцями. Завдання кожного з учасників – зловити погляд іншого члена групи і, «домовившись» з ним очима, обмінятися місцями. Зазвичай на перших етапах роботи у групі деякі учасники ставили перед собою протилежне завдання та уникали зустрічі поглядів.

Тип тренінгу -Сліпий і поводир. Досить відомий та широко застосовуваний, який полягає в тому, що одному з учасників зав'язують очі, а інший мовчки знайомить його з навколишнім простором, обстановкою кімнати і т.п. Завдання виконується декількома парами одночасно. Через деякий час ведучі та ті, кого водили міняються ролями. Після закінчення обговорюються відчуття і переживання тих, у кого були зав’язані очі, а також цілі, способи дії і помилки ведучих. Такий же варіант, але з вербальними інструкціями.

Тип тренінгу -Вимірювання індивідуальної дистанції. Рекомендувалось для кінцевої фази корекції та демонструє учасникам відмінності між ними в величині психологічної дистанції. Для демонстрації того, чи комфортна дистанція, змінюються відстані та конкретні умови у позиціях перед очима та позаду.

Тип тренінгу -Теми та дискусії, які в групах високого рівня (першого типу) продуктивні, так як розвивають логіку, вербальну активність, освоюють термінологію з теми, вправляються у спосібі вираження власних думок. Тематика дискусій зосереджувалась навколо наступних питань:

• соціальна адаптація та її чинники;

• подолання труднощів в міжособистісному спілкуванні;

• проблеми прийняття рішень і лідерства в групі;

• особистісні проблеми і можливості їх компенсації;

• аналіз процесів, що відбуваються в групі;

• чи повинен я подобатись.

Тип тренінгів –Драматизація/Танці. Драматизація та танці проводились на заключному етапі формування. Всі учасники групи ділилися на три-чотири підгрупи. Всі підгрупи готували свій виступ одночасно. Потім, за темою шаради вони по черзі показували свої сценки іншим учасникам. У танцях під музику відбувалась розминка, вивчалися окремі рухи, формувалася постава.

Наведені вище підходи та техніки були реалізовані у формувальному експерименті, після якого з метою отримання даних щодо цого ефективності, був проведений контрольний експеримент, який засвідчив ефективність теоретичних та практичних підходів корекції порушень тіла.

**3.3 Аналіз результатів контрольного експерименту з виявлення ефективності корекційного підходу**

Формувальний експеримент проводився впродовж 2013-2015 років, де вивчалось питання дієвості та ефективності запропонованої і реалізованої моделі та стратегії корекційного впливу. З метою виявлення їхньої результативності був проведений контрольний експеримент, завданням якого, для логічності порівняння, виступали 4 серії завдань, описані у констатувальному експерименті, у підрозділі 2.1. Як основним виступало завдання контрольного експерименту, чи є зміщення у рівнях сформованості образу тіла, скільки дітей перейшли (або) не перейшли на більш високий рівень і як виглядають кількісні показники у контрольному експерименті.

Розглянемо більш детально зведені кількісні показники здорових дітей та дітей з булімією та анорексією, надані відповідно у таблицях 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3.

Таблиця 3.3.1

**Розподіл здорових дітей 8-11 класів за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | **Класи** | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний (найвищий)** | **34,7** | **39,4** | **52,1** | **75,3** |
| **2** | **Дизбалансований** | **18,2** | **23,5** | **35,6** | **19,6** |
| **3** | **Дестабілізований** | **25,8** | **21,4** | **11,6** | **5,1** |
| **4** | **Неадекватний (найнижчий)** | **21,3** | **15,7** | **1,2** | **-** |

Аналіз даних свідчить про суттєві відмінності між кількісними показниками у констатувальному та контрольному експериментах, що простежується практично у всіх класах: від 8 до 11. Але найвищі показники зафіксовано у дітей 11 класу, яких немає на неадекватному рівні, а на адекватному рівні їх понад 75 %. Такі дані свідчать про можливість повного подолання порушення образу і перехід на досконалий образ тіла. При цьому відслідковується загальна тенденція зменшення дітей, віднесених на нижчі рівні і збільшення кількості дітей, віднесених на найвищі рівні.

Таблиця 3.3.1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | **Класи** | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний (найвищий)** | **13,4** | **15,9** | **21,3** | **25,2** |
| **2** | **Дизбалансований** | **28,6** | **30,3** | **37,2** | **42,1** |
| **3** | **Дестабілізований** | **32,2** | **33,4** | **26,2** | **20,6** |
| **4** | **Неадекватний (найнижчий)** | **25,8** | **20,4** | **15,3** | **12,1** |

Дані таблиці відображають тенденції, притаманні дітям з булімією. Так, у констатувальному експерименті до найвищого рівня не була віднесена жодна дитина, в той час як значно зменшилась їхня кількість на найнижчому рівні та з’явилась досить вагома частка на найвищому рівні, а саме: 13,4 % дітей 8 класу; 15,9 % дітей 9 класу; 21,3 % дітей 10 класу і 25,2 % дітей 11 класу. Тобто, до 11 класу вже четверта частина дітей знаходиться на найвищому рівні. Підсумовуючи дані, слід стверджувати, що запропонована модель та стратегія, реалізовані у формувальному експерименті, є ефективними і дієвими.

Таблиця 3.3.3

**Розподіл дітей з анорексією за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | **Класи** | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний (найвищий)** | **15,2** | **19,8** | **22,4** | **24,7** |
| **2** | **Дизбалансований** | **30,2** | **32,1** | **38,4** | **44,3** |
| **3** | **Дестабілізований** | **32,2** | **29,8** | **26,3** | **21,3** |
| **4** | **Неадекватний (найнижчий)** | **22,4** | **18,3** | **12,9** | **9,7** |

Результати кількісного аналізу дають підстави оцінити корекційний вплив щодо дітей з анорексією як позитивний. Значні зміщення в бік збільшення дітей, віднесених на вищий рівень та зменшення дітей на найнижчих, розцінено як ефективність формування. З метою наочного переорієнтування експериментальних даних з кількісних показників таблиці у графічні, у рисунках 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4 надані графічні залежності.

Таблиця 3.3.4

**Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за рівнями сформованості образу тіла у констатувальному та контрольному експериментах (у %)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | Констатувальний експеримент | | | | Контрольний експеримент | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний** | **1,6** | **10,1** | **28,3** | **43,2** | **34,7** | **39,4** | **52,1** | **75,3** |
| **2** | **Дизбалансований** | **16,8** | **34,8** | **35,1** | **27,5** | **18,2** | **23,5** | **35,6** | **19,6** |
| **3** | **Дестабілізований** | **28,3** | **24,6** | **21,2** | **17,6** | **25,8** | **21,4** | **11,1** | **5,1** |
| **4** | **Неадекватний** | **53,3** | **30,5** | **15,4** | **11,7** | **21,3** | **15,7** | **1,2** | **-** |

Дані свідчать про явні позитивні зрушення. Більша кількість дітей знаходиться у контрольному експерименті на вищому рівні у порівнянні з констатувальним експериментом. Кількісні дані таблиці відображені на нижче наведеному рисунку.

Таблиця 3.3.5

**Розподіл дітей з булімією за рівнями сформованості образу тіла у констатувальному та контрольному експериментах (у %)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | Констатувальний експеримент | | | | Контрольний експеримент | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний** | **-** | **-** | **-** | **-** | **13,4** | **15,9** | **21,3** | **25,2** |
| **2** | **Дизбалансований** | **6,7** | **8,7** | **9,2** | **12,6** | **28,6** | **30,3** | **37,2** | **42,1** |
| **3** | **Дестабілізований** | **12,2** | **10,4** | **8,5** | **8,1** | **32,2** | **33,4** | **26,2** | **20,6** |
| **4** | **Неадекватний** | **8,1** | **80,9** | **80,3** | **79,3** | **25,8** | **20,4** | **15,3** | **12,1** |

У дітей з булімією також зафіксовані зміни. Так, на адекватному рівні не знаходиться жодної дитини у констатувальному експерименті, а в контрольному таких дітей налічується від 13 % до 25 %.

Таблиця 3.3.6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Рівні** | Констатувальний експеримент | | | | Контрольний експеримент | | | |
| **8** | **9** | **10** | **11** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1** | **Адекватний** | **-** | **-** | **-** | **-** | **15,2** | **19,8** | **22,4** | **24,7** |
| **2** | **Дизбалансований** | **14,8** | **9,2** | **3,2** | **-** | **30,2** | **32,1** | **38,4** | **44,3** |
| **3** | **Дестабілізований** | **38,3** | **38,7** | **35,5** | **35,7** | **32,2** | **29,8** | **26,3** | **21,3** |
| **4** | **Неадекватний** | **46,9** | **52,1** | **61,3** | **64,3** | **22,4** | **18,3** | **12,9** | **9,7** |

Відповідні зміни зафіксовано на рисунку, який підтверджує загальний висновок про те, що порівняння даних дітей з анорексією за чисельністю (у %) у констатувальному і контрольному експерименті на користь контрольного.

Отже, слід зазначити, що контрольний експеримент надав можливість проаналізувати за кількісними показниками дієвість розробленої моделі, стратегії підібраних завдань та технології проведення формувального експерименту.

Концептуальним та практичним потребам фахівців із психологічної корекції відповідає модель корекції порушень образу тіла, що ґрунтується на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що в основі відмінностей між підлітками покладені емоційні показники, специфіка поєднання фізичного і психічного, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина, умов тиску, продуктом якого є змінюваність та аргументованість способів ідентифікації образу тіла.

Ефективним інструментом цілеспрямованого корекційного впливу виступають самостійні взаємодоповнюючі напрями корекції, яким відповідають тренінгові психотехніки за виокремленими, вивіреними, апробованими і перевіреними напрямами

**Висновки до третього розділу**

Виявлено, що реалізована в рамках формувального експерименту психологічна корекція, як на продуктивних, має базуватись на наступних теоретичних положеннях:

– на культурно-історичній концепції, згідно з якою соціалізація дитини детермінована внутрішніми і зовнішніми чинниками;

– теорії зони найближчого розвитку, відповідно якій співпраця дорослого та дитини детермінує динаміку розвитку;

– теорії діяльності, де включення підлітків у різновиди діяльності формує мотивацію, цілі, цінності;

– положенні у спеціальній психології про мотиваційний потенціал рольової гри;

– знаково-операціональній концепції детермінації розвитку образу.

З’ясовано, що формування та корекція має здійснюватись поетапно, серед етапів, що забезпечували реалізацію розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла підлітка, як ефективні, є наступні:

1. Розвиток психологічних засад аналізу сформованого образу та порівняно з певним нормативним образом тіла, прийнятим у суспільстві за мотиваційними показниками ієрархічними цінностями.

2. Формування толерантності, терпимості щодо себе та інших дітей. Уміння вербалізувати власну точку зору, визначати складники образу стосовно професійної діяльності, вікових норм.

3. Розмежування тиснення умов, інших людей (дітей, близьких) на вид виокремлення образу тіла, надання переваги аргументованій корекції та мінливості перед неаргументованим впливом.

4. Реалізація у формуванні та опора у підході на знакове опосередкування, в якому людина (підліток) виступає знаком іншій людині (підлітку), де знаковість базується на нормативних показниках щодо мотивації та ієрархії цінностей у соціумі.

5. Формування детермінованості в аналізі власного і чужого тіла включеністю дитини у діяльність.

6. Психологічна спрямованість на створення активної дії та розрізнення образу тіла та реального тіла за показниками: здоровий – хворий.

З’ясовано, що корекція має додаткові різновекторні умови:

1) виявлення і вивчення несприятливих факторів соціального середовища;

2) корекція неадекватних методів виховання;

3) допомога у вирішенні психотравмуючих ситуацій;

4) удосконалення способів психічної саморегуляції;

5) створення сприятливої емоційної атмосфери;

6) залучення опосередкованого впливу членів родини.

Розроблена теоретична модель корекції у формуванні образу тіла у дітей підліткового віку, яка включала діагностику, аналіз і корекцію. Діагностика базувалась на психологічних принципах: взаємодоповнення діагностичних методів, специфікація методик, індивідуалізація діагностичних процедур, цілісність діагностичного висновку. Критеріальними показниками аналізу і корекції виступають єдність образу фізичного і психічного, емоційне ставлення, еталонність образу, стійкість (мінливість) образу. При цілісному поєднанні діагностики, аналізу і корекції наслідком є формування нормативного образу, який може бути застосований підлітком до себе та інших. Вміння підлітка застосовувати нормативний образ до себе та інших є підґрунтям сформованості образу та ідентифікації.

Психологічний тренінг корегуючого типу на основі розробленої і вище наданої моделі проводився з дітьми, у яких було констатовано порушення образу різних рівнів. Корекційні підходи втілювались через апробовані і систематизовані тренінгові завдання у формі інклюзивного включення здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів, дітей з булімією та анорексією, у яких зафіксовані різні рівні.

Аналіз даних свідчить про суттєві відмінності між кількісними показниками у констатувальному та контрольному експериментах, що простежується практично у всіх класах: від 8 до 11. Але найвищі показники зафіксовано у дітей 11 класу, яких не виявлено на неадекватному рівні, а на адекватному рівні зафіксовано більше ніж 75 %. Такі дані свідчать про можливість повного подолання порушення образу і перехід на досконалий образ тіла. При цьому відслідковується загальна тенденція зменшення дітей, віднесених на нижчі рівні і збільшення кількості дітей, віднесених на найвищі рівні. Тобто, корекційний вплив засвідчив, що зі збільшенням віку діти 186 досягають у більш швидких темпах кращих результатів, а діти менші за віком (восьмикласники), мають повільніший темп формування досконалого образу тіла.

Побудова комплексу розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків повинна базуватися на фундаментальних положеннях загальної, вікової та педагогічної психології, принципах єдності діагностики та корекції, корекції когнітивної сфери, враховувати психологічні закономірності підліткового віку, індивідуально-типологічні особливості підлітка, а також вбудовуватися в систему повсякденних життєвих відносин підлітка як цілісна осмислена діяльність.

Розвивально-корекційна стратегія гармонізації образу тіла у підлітків має передбачати застосування спеціальних психокорекційних методів і прийомів. Розвиток і вдосконалення адекватності сприйняття свого образу тіла, ставлення до своєї особистості в цілому, а також успішність соціальної адаптації ґрунтується на комплексності підходів, які розроблені у спеціальній психології.

Контрольний експеримент засвідчив позитивне кількісне зміщення у здорових дітей, дітей з булімією, анорексією з нижчих рівнів на вищі рівні, що свідчить про правомірність теоретичної стратегії та ефективність психологічних підходів, адекватність виокремлених психотехнік.

Реалізована корекція психологічного змісту підтвердила розроблену і сформульовану гіпотезу про можливість позитивного зрушення за умови розгляду підлітків, у яких виявлені порушення образу тіла як дітей з особливими потребами з наступною розробкою експериментального впливу в рамках спеціальної психології.

**ВИСНОВКИ**

На підставі викладених міркувань можна зробити наступні висновки відповідно до завдань.

Харчова поведінка – це комплекс психологічних, фізіологічних, соціокультурних та інших факторів, що впливають на харчування людини. Вона включає в себе вибір продуктів харчування, їх приготування, споживання та сприйняття їжі. Харчова поведінка формується під впливом багатьох чинників, таких як культурні традиції, соціальний статус, емоційний стан, ставлення до здоров’я та інші.

Основні види порушень харчової поведінки включають в себе такі розлади, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання та інші. Анорексія характеризується відмовою від прийому їжі через спотворене уявлення про свою вагу та фігуру. Булімія проявляється у періодичних приступах об’їдання, після яких виникає потреба у самолікуванні, що може включати в себе спровоковане блювання або вживання послаблювальних засобів. Компульсивне переїдання характеризується споживанням великої кількості їжі в короткий період часу без відчуття контролю над процесом.

Дослідження причин та проявів порушень харчової поведінки показують, що ці розлади мають складну природу, яка включає фізіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Серед фізіологічних причин можуть бути порушення гормонального фону, генетичні фактори та хронічні захворювання. Психологічні причини включають стрес, тривожність, низьку самооцінку та неспроможність вирішувати конфлікти. Соціокультурні чинники включають нав’язливі стандарти краси, негативні впливи засобів масової інформації та негативний досвід у дитинстві з їжею.

Прояви порушень харчової поведінки можуть бути різноманітні і залежать від конкретного розладу. Наприклад, у випадку булімії часто супроводжується періодичними приступами об’їдання, які зазвичай закінчуються спровокованим блюванням або вживанням послаблювальних засобів. Особи з порушеннями харчової поведінки часто мають певні психологічні особливості, які можуть впливати на їх ставлення до їжі та спосіб сприйняття власного тіла. Наприклад, низька самооцінка і негативне ставлення до себе часто спостерігаються у людей з анорексією та булімією. Ці особи можуть перебільшувати свої недоліки та недоліки, що спонукає їх до неприйнятних для здоров’я способів контролю за вагою та зовнішнім виглядом.

Також психологічні особливості можуть включати страх перед набором ваги або втратою контролю над їжею, що може призводити до періодичних стримувань у споживанні їжі або, навпаки, до переїдання у стресових ситуаціях. Особи з порушеннями харчової поведінки можуть також відчувати низьку власну ефективність у багатьох сферах життя, що поглиблює їхні страхи та тривогу.

Варто зазначити, що у даній роботі було проведене емпіричне дослідження щодо чинників порушення харчової поведінки.. Дослідження включало в себе застосування тесту вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26).

Підсумовуючи, можна зробити висновки, що проблеми регуляції харчової поведінки вимагають комплексного підходу для їх вирішення. Один з напрямків подолання цих проблем полягає у впровадженні програм психологічної допомоги. Ці програми мають на меті надання необхідної підтримки та інструментів для управління їхнім харчуванням та зміною негативних звичок.

Серед ключових елементів таких програм можуть бути індивідуальні консультації з психологом для виявлення особистих факторів, що впливають на харчову поведінку, та розробки індивідуального плану дій для поліпшення ставлення до їжі.

Крім того, в рамках програм можна розглянути проведення тренінгів та майстер-класів з питань здорового харчування, психологічних аспектів харчування та способів подолання стресу, що може сприяти негативним змінам у харчовій поведінці.

Корекція психологічного змісту підтвердила розроблену і сформульовану гіпотезу про можливість позитивного зрушення за умови розгляду підлітків, у яких виявлені порушення образу тіла як дітей з особливими потребами з наступною розробкою експериментального впливу в рамках спеціальної психології.

Загалом, психологічна допомога може стати ефективним інструментом у розв’язанні проблем харчової поведінки серед підлітків, сприяючи покращенню їхнього фізичного та психологічного здоров’я.