

Київський Національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Вплив стресу на розлади харчової поведінки від час війни

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр

(спеціальність 053 «Психологія»,

освітня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії»)

Авер'яної Тетяни Володимирівни

Науковий керівник:

канд. психолог. наук, асистент кафедри
психодіагностики та клінічної психології

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК№2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ 2023

Змість

Вступ.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, ПРОТІКАННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ. ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	7
1.1 Розлади харчової поведінки.....	7
1.1.1. Орторексія.....	14
1.1.2. Нервова анорексія.....	16
1.1.3 Нервова булімія.....	19
1.1.4 Компульсивне переїдання.....	25
1.2 Вплив стресу на харчову поведінку.....	28
Висновки до розділу 1.....	38
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЙНОЮ НА РХП.....	38
2.1 Емпірична модель дослідження.....	38
2.2 Характеристика процедури дослідження та опис учасників дослідження.....	39
2.3 Характеристика використаних психодіагностичний методик.....	41
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЙНОЮ НА РХП	50

3.1 Результати дослідження.....	50
3.2 Профілактика та попередження розладів харчової поведінки під час війни.....	62
3.3 Засоби психологічної корекції.....	66
Висновки до 3 розділу.....	67
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	77

Вступ

Актуальність теми дослідження. Відомо, що травматичні стресові події можуть чинити негативний вплив на наше здоров'я в цілому, а особливо на харчову поведінку людей різного віку та соціального положення. Великі травматичні події є важливими факторами ризику розвитку розладів харчової поведінки, які виникають у 37-74% випадків.

Сьогоднішня повномасштабна війна в Україні безперечно є основним тригером для порушення харчової поведінки як у військових, так і у цивільного населення. Наразі ми можемо спостерігати не лише загострення стану у людей, які вже мають певні розлади харчової поведінки, а й появу розладів у здорових особистостей. Дійсно, порушення постачання їжі, голод, вимушене переселення та тривале перебування у бомбосховищах, дуже часто призводить до неструктурованого харчування, порушення харчових звичок і навіть іноді вимушеної дієти. Усе це являється фактором стресу, який доповнюється іншими шкідливими факторами, спричиненими війною (наприклад, порушення звичок повсякденного життя, смерть членів сім'ї або спостереження за серйозними пораненнями чи смертю, переживання, пов'язані з відсутністю чоловіка\сина\батька, які воюють). Як наслідок, ми можемо спостерігати динамічні стани, які проявляються від “зовсім нічого не хочеться їсти” до “безладного вживання будь-якої їжі”. Зазвичай така поведінка може формуватися від 2 до 6 тижнів і після адаптації організму все нормалізується. Але бувають випадки, коли ситуація з харчуванням лише погіршується і від “просто епізодичного заїдання тривоги” або “періодичного голодування” у людини формується розлад харчової поведінки, для боротьби з яким необхідна допомога спеціалістів - дієтолога, нутриціолога, психотерапевта або психіатра.

У 2006 році було проведено описове перехресне дослідження в групі з 303 молодих дорослих студентів обох статей з Лівану через 6 місяців після війни. У студентів перевірили наявність розладів харчової поведінки за допомогою опитувальника SCOFF. Результат SCOFF був позитивним у 31,4% студентів із середнім значенням на 41,6% вищим серед суб'єктів, які повідомили про зміну

харчових звичок під час війни. Серед суб'єктів із позитивним скринінгом SCOFF 71% відчули зміну харчування під час війни. Як висновок, можна зауважити, що модифікація харчування та харчових звичок в результаті стресу під час війни суттєво впливає на підвищення ризиків появи розладу харчової поведінки. У свою чергу раннє виявлення та лікування РХП може бути покращено шляхом регулярної оцінки змін харчування у людей, які в минулому перебували в умовах війни.

Розлади харчової поведінки становлять відносно невелику, але найбільш серйозну групу психічних розладів високого ризику. В Україні, на жаль, немає офіційних даних щодо кількості та частоти виникнення цього виду розладу. В аналітичних і статистичних довідниках відомості про розлади харчової поведінки об'єднані з іншими розладами в одній рубриці F50-F59. Загальна поширеність розладів за вказаними рубриками за 2016 рік становить 0,5%, що також свідчить про низький рівень діагностики розладу харчової поведінки в Україні.

Проблеми, пов'язані з вивченням психологічних факторів, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки, досліджували такі зарубіжні та відчизняні вчені, як: Т. Назаренко, О. Сушко, Т. Нечитайло, С. Холл, В. Чарльз, Дж. Коулман, С. Орбах, М. Білоусенко, Л. Бурлачук.

Мета дослідження - з'ясувати вплив стресу на розлади харчової поведінки особистості під час війни.

Завдання дослідження:

- 1) Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до визначення ролі війни у формуванні розладів харчової поведінки.
- 2) З'ясувати найбільш значущі чинники під час війни, які впливають на харчову поведінку.
- 3) Визначити психологічні особливості впливу стресу у зв'язку з війною на розлади харчової поведінки особистості.

4) Розробити психологічну програму профілактики та корекції розладів харчової поведінки під час війни.

Об'єкт дослідження - харчова поведінка

Предмет дослідження - розлади харчової поведінки як наслідок впливу стресу під час війни.

Методи дослідження:

Теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукових підходів до дослідження впливу стресу на РХП під час війни).

Емпіричні - Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire); опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПНС) А. Блазера, Е. Хайма, Х. Рінгера і М. Томмена; Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР (В.В. Hart).

Методи статистичної обробки емпіричних даних (порівняльний аналіз незалежних змінних, кореляційний аналіз, регресійний лінійний аналіз, порівняльний аналіз частоти)

Наукова новизна дослідження: полягає у вдосконаленні знань про вплив стресу, спричиненого війною, на психічний стан особистості з порушеною харчовою поведінкою та дослідженні методів, які допоможуть запобігти появі розладів харчової поведінки у людей, які піддаються хронічному стресу.

Структура роботи: робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків до кожного з розділів, загального висновку та списку використаної літератури.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, ПРОТІКАННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ. ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1 Розлади харчової поведінки

Для початку варто зазначити що таке харчова поведінка людини. Харчова поведінка – це сукупність вподобань та звичок людини, які пов'язані з їжею. «Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу», - Л. М. Абсалямова. Сюди відносяться смакові вподобання, час та режим прийому їжі, дотримання певних дієт та заборон. (Абсалямова 2017)

В цілому харчова поведінка є синтезом багатьох складових, які оточують людину. Л.Ф. Бурлачук висвітлював проблему з харчовою поведінкою людини зі сторони психодіагностики. Н. Шнаккенбург приділяла увагу змінам сприйняття людиною себе (дисморфофобії). В.І. Шебанова розглядала харчову поведінку результат тілесно-індивідуального суб'єкту та колективного суб'єкту.

Розлади харчової поведінки (РХП) / харчові розлади / розлади, що пов'язані зі споживанням їжі - це ряд психічних розладів, які пов'язані з харчуванням. Серед них виокремлюють: нервова анорексія, нервова булімія, психогенне переїдання, спотворення смакових якостей, вибіркоче обмеження у певних групах продуктів. На жаль, цей клас психічних розладів має найвищий рівень смертності серед усіх інших психічних захворювань. (DSM 5)

У своїх працях С. Vögele, та L. Gibson зазначають, що харчова поведінка - це симбіоз великої кількості психологічних патернів, які мають пряме відношення до прийомів їжі. Наприклад, аналіз у виборі тої чи іншої їжі,

мотивації для її споживання, вибір тих чи інших способів приготування, психологічні та фізіологічні причини дотримання або порушення різних дієт. (C. Vögele, та L. Gibson 2017)

За даними *The American Journal of Clinical Nutrition*, у період з 2000 по 2018 роки поширеність розладів, пов'язаних з харчуванням зросла від 3,4% до 7,8%. Достовірний рівень захворюваності на розлади -харчової поведінки серед населення невідомий. Хоча дані когортних і клінічних досліджень, проведених у цьому напрямі, свідчать про збільшення загальної захворюваності на нервову булімію та нападоподібне переїдання. Фіксують також збільшення захворюваності на -нервову анорексію, переважно у молодих жінок (Udo et al., 2018; Smink et al., 2012). За даними Національної асоціації розладів харчової поведінки у світі нараховується близько 70 мільйонів хворих на різні форми РПХ (National Foodservice Association), серед них чверть - чоловіки. Таку сумну тенденцію можна пов'язати з активним розвитком та розквітом інтернет-мережі. Обкладинки журналів та статей одноголосно сигналізують про "ідеальні параметри". Усі верстви населення мають вільний доступ до будь-яких джерел інформації і зазвичай менша частина з користувачів інтернету здатна перевіряти цю інформацію та аналізувати її. Безкоштовна можливість публікувати думки та поради не завжди компетентних людей вводить в оману неосвітчені у темі харчування молодь та старше покоління. У пошуках легких способів досягнення того самого ідеалу, який зустрічається на кожній сторінці модного журналу або описується у свіжих статтях люди експериментують зі своїм харчуванням, способом та режимом життя. Це у більшості випадків веде до порушення харчової поведінки і пізній вияв проблеми може стати основною причиною для виникнення вже повноцінного психічного захворювання - розладу харчової поведінки.

Емоційна нестабільність та тривога, які виникають під час дотримання будь-якої обмежень у їжі, особливо строгих дієт, може спричинити відмову від подальшого дотримання дієти, покарання у вигляді ще більшого обмеження, відсутність системності у дотримуванні дієти, часту зміну періодів

обмежувальної харчової поведінки з періодами неконтрольованого вживання продуктів харчування. Це також у подальшому призводить до порушення та можливих розладів харчової поведінки. J. Polivy, C. P. Herman запропонована модель кордонів, де основною причиною повторного зриву переїдання називають «емоційну» суворість дієти у вигляді контррегуляції (ті, хто дотримується дієт, свідомо регулюють споживання їжі і схильні до переїдання, коли самоконтроль слабшає і з'являється стрес). (J. Polivy, C. P. Herman 2002)

Також однією з проблем виникнення та розвитку сьогодні розладів харчової поведінки є доступність та різноманітність їжі. Тут мова йде більше не про продукти першої необхідності для підтримання життєдіяльності організму: м'ясо, риба, свіжі овочі та фрукти, жири рослинного та тваринного походження. Тут йдеться про надлишок цукру у продуктах харчування, рафіновані жири, які додаються майже у всі солодощі та хлібобулочні вироби, це стосується також трансжирів у випічці. Еволюційно склалося, що організм ніколи не мав такого величезного вибору продуктів з таким складом, тому людям дуже важко зберігати здорову вагу та допустимий індекс маси тіла, не обмежуючи себе у їжі. Звідси і пішов поділ продуктів на здорові та шкідливі, правильні та неправильні. Це теж суттєво впливає на структуру раціону особистості та її заборонам і обмеженням. Не маючи логічного пояснення чому це можна їсти, а те не можна, людина дуже скоро втрачає мотивацію та стимул стримувати себе, починаються епізоди зривів або переїдань, що може призвести до розвитку розладів харчової поведінки. (Savage, J., Orlet, F. J., & Birch, L. 2013).

Багато років поспіль хвороби, пов'язані з розладом харчування, ігнорувалися і знецінювалися суспільством. Помилковим було твердження, що це свідомий вибір кожної людини і вона в змозі самостійно зупинитися та налагодити своє харчування. На разі ця група захворювань найчастіше зустрічається у підлітків. Відомо, що це найуразливіша група осіб, тому саме тому перші «дзвіночки» розладу харчової поведінки пильні батьки можуть помітити уже у дітей 12-13 років. Інколи самі хворі не усвідомлюють, що мають

проблеми. Через це, за даними Alan E. Kazdin, перші звернення до спеціалістів людей з РПХ припадають у середньому на 8 рік захворювання. Крім того, 80% хворих отримують неналежну медичну допомогу та неефективне лікування. (Alan E. Kazdin 2008).

Фактори ризику, які виділяють для усіх захворювань харчової поведінки:

- РХП в сімейному анамнезі,
- надлишкова вага,
- психологічні та психіатричні розлади.

Психологічні чинники порушення харчової поведінки:

- фізіологічні (проблеми у роботі механізмів насичення, гормональний дисбаланс, порушення метаболізму);
- соціальні (вплив суспільства, закріплені норми та стандарти краси у соціумі та родині);
- психологічні (батьківське ставлення, стиль виховання та розвиток дитини).

Детальніше розкриємо питання стосовно впливу батьків та дитинства в цілому на появу розладу харчової поведінки у дитини, або вже сформованої особистості:

- 1) У сім'ї їжа більше виступала не як джерело енергії та основне пальне, що забезпечує нас змогою бути активними, а скоріше в першу чергу як джерело насолоди та задоволення;
- 2) У сім'ї може бути відсутній певні стереотипи поведінки в результаті дії стресу, що стосується саме психологічного стану. І найбанальніша стратегія поведінки – заїдати;
- 3) Проблеми у стосунках та взаємодії матері та дитини. Основним результатом піклування про дитину стає її забезпечення в одязі та їжі. Відповідно, дитина сприймає їжу як ще один прояв любові, а не як джерело енергії для життя;

- 4) Можуть впливати конфліктні ситуації та сварки між батьками, які впливають на психіку дитини;
- 5) Популярні у минулі часи вислови «Поки не доїси – з-за столу не встанеш» або «Доїж, інакше їжа буде ганятися за собою». Ці вирази формують у дитини проблеми з відчуття ситості на наповненості шлунку, адже вона їсть стільки, скільки їй насиплять. (Pamela K. Keel PhD, K. Jean Forney 2013)

У розділі про розлади харчової поведінки DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), опублікованого Американською психіатричною асоціацією (APA) у 2013 році, визначаються такі розлади харчової поведінки:

- нервова анорексія (Anorexia nervosa);
- нервова булімія (Bulimia nervosa);
- розлади переїдання (Binge eating disorder);
- розлад, який пов'язаний з обмеження або уникненням прийомів їжі (ARFID);
- інші зазначені розлади харчової поведінки (OSFED), або «Неуточнений розлад зарчування» (UFED), відомі у попередні роки як EDNOS: нетипова нервова анорексія, порогова нервова булімія, розлад очищення організму, синдром нічного вживання їжі. (DSM-V)

У доповнення сучасним розладам харчування можна виділити такі:

- орторексія (надмірне переймання правильним харчуванням),
- drankорексія (коли у раціоні більше рідкої їжі - смузі, вода, супи, алкоголь, ніж твердої їжі),
- прегорексія (дотримання досить низької калорійності у харчуванні, зокрема у період вагітності, аби задля збереження фігуру),
- бігорексія (нестримне бажання до постійних тренувань та покращення м'язевої форми тіла),

- діабулімія (характерне для людей з діабетом I типу, які обмежують себе в інсуліні, аби знижувати вагу тіла). (DSM-V).

Вплив соціальних мереж на харчову поведінку людей XXI століття. Якщо говорити про сьгоднішні соціальні мережі, то майже в кожній з них можна знайти псевдоекспертів з харчування, які не завжди стежать за тією інформацією, що транслюється, точніше за її безпекою. Візьмемо для прикладу кожен з популярних та відомих на сьгоднішній день соціальних мереж.

Тож, інстаграм - дівчатка, які змогли схуднути, позбутися недоліків фігури, починають вести марафони, не маючи ні відповідної освіти, ні повноцінного розуміння та поглиблених знань як влаштований організм і до чого можуть призвести дієти та суворі обмеження, на яких і працює більшість марафонів.

Тік ток - найпопулярніша мережа на даний момент і, на жаль, найменш контрольована. Ця соціальна мережа має найширший діапазон користувачів. Аудиторія тік току починається від дітей 5-6 років і закінчується досить літніми людьми. Найчастіше відео, які особисто мені потраплялися – пов'язані з підрахунком калорій, прикладами тих чи інших продуктів, що мають однакову калорійність та харчову цінність. Дівчата показують, що вони їдять на 500-600 калорій на день, тим самим нав'язуючи іншим дівчаткам, що це нормально і здорово. Крізь призму цих відео ми можемо спостерігати прив'язування харчування людей до калорій та їх постійного підрахунку. Таким чином, дуже часто втрачається увага до користі та шкідливості продуктів. Люди хочуть їсти улюблені смаколики, не виходячи за межі вигаданого або самостійно порахованого калоражу, при цьому обмежуючи споживання основних незамінних макронутриєнтів. За цим слідує проблема зі здоров'ям, в подальшому дефіцит або надлишок ваги та можливі розлади харчової поведінки. Нескінченна кількість джерел та вільний доступ до дієт, помилкові або неправдиві відгуки на форумах та блоги тих, хто зміг схуднути – пропаганда дієт (шоколадна, цитрусова, водна), які є небезпечними для

здоров'я. У соціальних мережах, особливо колись відомому ВКонтакте дуже швидко ширилися такі групи, як "Типова анорексічка" і тому подібне. Де у вільній формі пропагувалися нездорове харчування та голодування. Дуже сильний вплив то все мало саме на ще до кінця не сформованих молодих дівчат та хлопців. Не останнє місце у соціальних мережах посідають дієти відомих людей. Часто на просторі Інтернету можна знайти дієти відомих моделей, актрис чи співачок і зазвичай вони, м'яко кажучи, незбалансовані. Жінки або ж фанати свято вірять у те, що їхні кумири розуміються на харчуванні та красі тіла краще за них і починають дотримуватися тих самих рекомендацій. Дуже часто за цими дієтами стоять рекомендації лікарів, якщо зірка має якісь хворобливі стани здоров'я, які необхідно коригувати не лише харчуванням, а й медикаментами (про що зазвичай у вільному доступі на сторінках соціальних мереж та сайтах не вказують). Або ж той чи інший тип харчування застосовується 1-2 дні перед зйомками, щоб максимально підсушитися і мати рельєфне тіло, як це буває у співаків перед масштабними концертними турами та записами. Результатом таких експериментів над собою у людини буде швидке зниження ваги, надалі психічний розлад, адже постійно дотримуватися такого харчування неможливо.

Як це впливає на користувачів соціальних мереж?

- Порушення адекватного сприйняття себе та свого тіла;
- Комплекси, пов'язані із зовнішнім виглядом та індивідуальними особливостями організму;
- Розлади харчової поведінки та порушення психологічного здоров'я – постійне зважування їжі, підрахунок калорій, моніторинг власної ваги щодня;
- Проблеми зі здоров'ям - виключення життєво необхідних продуктів, що є джерелом макро- і мікронутриєнтів. Внаслідок цього проблеми з волоссям, нігтями, шкірою.

- Нездорова втрата ваги – у дуже короткий термін підлітки (особливо дівчата) втрачають вагу, внаслідок чого може зникнути цикл, з'явитися такі серйозні захворювання як булімія та анорексія. (Олена Калугіна 2022).

Як можна розпізнати розлади харчової поведінки у реальному житті

Основним сигналом, який свідчить, що у людини є певні проблеми з харчовою поведінкою є те, що вона перестає їсти у громадських місцях. Людина всіляко намагається уникнути компаній, де зазвичай відбуваються застілля і просто невеликі перекуси. Дуже часто дівчата намагаються відпрацювати фізичними навантаженнями те, що вони на власну думку не мали б їсти. (Хвесик Н. 2021).

1.1.1 Орторексія

Перш ніж переходити до розладів харчової поведінки, які представлені у стандарті DSM-5, варто зазначити про таке поняття як орторексія.

У 1996 році лікар Стівен Бретмен, що практикував у Сан-Франциско, увів у лікарський обіхід термін “нервова орторексія”, який він використовував, говорячи про пацієнтів, у яких спостерігалася сильна жага до “здорового харчування”, що нагадувала одержимість. “Орто” (ortho) з грецької мови переводиться як “вірний / правильний”, а “орексія” походить від грецького слова (orexis) - “апетит / сильне бажання”. Тож, якщо слово “анорексія” (anorexia) можна перекласти як “відсутність апетиту”, то “орторексія” - це “правильний апетит”. Відповідно “нервова орторексія” - це одержимість правильним харчуванням. (Стівен Бретмен 1996).

Зазвичай орторексія не прослідковується у віддзеркаленні або змінах маси тіла та обмеженнях себе задля одержання фігури мрії. Частіше за усе вона проявляється у баченні правильного харчування як інструмента для досягнення гармонії з тілом, яка потребує фізичної чистоти. Також одною з причин, яка передуює появі розладу орторексія може бути бажання бути кращим за інших. Ця

причина вже більше пов'язана з самооцінкою людини і прагнення довести оточуючим свою значимість та важливість. (Стівен Бретмен 1996).

Пусковим може стати якийсь захворювання, і тоді людина думає, що виключивши з раціону цукор, наприклад, їй вдасться вилікувати те чи інше захворювання, “якщо я почну уникати вуглеводів, то точно не захворію на цукровий діабет”. Багато орторексиків їдять тільки свіжі фрукти та овочі, уникаючи термічно-обробленої клітковини. Деякі надають перевагу продуктам певного кольору. Серед підлітків розповсюджена фудографія. Це коли людина наслідує фото і відповідно вживає тільки ту їжу, яка відповідає зображенню, яке молодь бачить у соціальних мережах. Крім фото, причиною розвитку орторексії саме у підлітків можуть бути соціальні мережі у розрізі слідування та наслідування інших. Щодня ми можемо спостерігати за життям відомих людей, які вже звикли транслювати своє життя на широкий загал, не соромлячись показувати їжу, сім'ю, дітей, роботу та хобі. Іноді харчові звички або вподобання у зіркових людей можуть бути обов'язковими, враховуючи стан їхнього здоров'я та організму. Ми ж, глядачі, зазвичай не маємо доступу до таких тонкощів, тому просто сліпо наслідуємо кумирів, іноді приносячи шкоду собі. Бажання купити якомога кращі продукти в більшості обумовлене покращенням економічного стану у країні. Декілька десятків років тому в Україні майже не було цього захворювання через досить значний дефіцит продуктів харчування, вже не говорячи про якість. Тож зараз, маючи змогу не лише купувати, але й обирати найкраще, у людей все частіше зустрічається бажання “чистого” харчування, без хімічних добавок, барвників, консервантів і тд. (Стівен Бретмен 1996).

З часом, крім зацикленості на харчуванні, орторексія почала проявлятися у прагненні ідеальності у питаннях фізичної активності. Тож, можна зробити короткий висновок, що орторексія - це нездорова одержимість “чистотою” та ідеальністю не лише у питаннях їжі, а й житті в цілому. Знову ж таки, ми повертаємося до надлишку неперевіреної та недостовірної інформації у навколишньому середовищі, що у людей, схильних до такого захворювання як

орторексія, викликає плутанину у голові. Людина перестає аналізувати та не усвідомлює на що варто звертати увагу у побудові свого раціону, а яка інформація не має наукового доведення або взагалі несе шкоду організму та життю у подальшому. (Стівен Бретмен 1996).

У чому ж небезпека орторексії?

- Органічні наслідки - обмеження та виключення цілих груп продуктів, зазвичай ведуть до дефіциту необхідних корисних речовин в організмі, прояву фізичної втоми, захворювань кишково-шлункового тракту, порушенню гормонального фону організму та погіршення якості кісток;

- Психологічні наслідки - постійні заборони та обмеження можуть викликати психологічний супротив у людини, що завжди призводить до надмірного вживання тих самих “заборонених” продуктів, переїдання, і відчуття провини за зрив. Це в свою чергу вже рахується першим дзвіночком загрози такого більш серйозного розладу, як булімія;

- Соціальні наслідки - певні переконання не лише у питаннях їжі, а й поведінки в цілому не завжди знаходять позитивний відгук та підтримку в оточуючих, людина має ризик залишитися без важливого кола близьких людей та підтримки. Окрім втрати контактів з рідними, людина, яка має розлад орторексію, можна зіштовхнутися з негативом та осудженням. Що теж буде негативно впливати на її психологічний стан, особливо, якщо вона має схильність до тривоги та слабку психіку. (Стівен Бретмен 1996).

1.1.2 Нервова анорексія

Нервова анорексія (НА) – характеризується відмовою підтримки здорової ваги, страхом перед набором ваги та викривленим самосприйняттям (Томпсон). Захворювання супроводжується критичним обмеженням спожитої їжі, що в результаті приводить до стрімкої втрати ваги. Основою причиною даного захворювання являється прагнення до швидкого та легкого зменшення маси тіла виключно шляхом харчування. В основі генезу цього захворювання

зазвичай лежать спотворене сприйняття свого тіла у дзеркалі та зміни у ставленні до їжі. Людина думає, що виглядає занадто товстою, щоразу шукає недоліки та, відповідно, завжди їх знаходить. Через це, дуже часто у людей з цим психічним захворюванням можна спостерігати уникнення дзеркал, ігнорування свого зображення у них, коли вони знаходяться у компанії друзів або малознайомих людей. Протікання НА може супроводжуватися підвищеною фізичною активністю, спрямованою на спалювання якомога більшої кількості калорій для пришвидченої втрати ваги, але заняття спортом не є необхідною складовою. Зустрічаються випадки, коли дівчата спочатку починають комплексну роботу над своїм тілом (харчування та спорт), але згодом прибирають фізичну активність і вводять більш жорсткі заборони та обмеження в їжі. (Lawrence C. Kolb 1974).

Масштабні дослідження, пов'язані з етіологією нервової анорексії були опублікованими вченими з Королівського коледжу Лондона (Велика Британія) та Університету Північної Кароліни (США) у "Nature Genetics" 2019 р. В результаті було доведено, що це захворювання є не лише психічним, а й метаболічним. Були продемонстровані певні генетичні кореляції з психічним та метаболічним станами, а також показником фізичної активності. (Antoine Aoun, Frederico Duarte Garcia, Caroll Mounzer, Sani Hlais , Sebastien Grigioni, Khalil Honein, Pierre Déchelotte. 2019).

Якщо говорити про фактори ризику, то виділяють: генетичні, нейробиологічні, соціальні та сімейні фактори.

Генетичні фактори - встановлено, що дуже часто нервова анорексія проявляється у людей, у яких вона зустрічається у сімейному анамнезі. Часто хворі з дитинства спостерігають за мамою або батьком, які демонструють неправильну харчову поведінку, тим самим на підсвідомому рівні у подальшому починають повторювати її. Інколи зустрічаються випадки, коли один з батьків нав'язує дитині з досить маленького віку певні свої правила, наголошуючи, що в подальшому вони допоможуть їй(йому) уникнути таких

проблем, які має наразі один з батьків. Відповідно, ще з дитинства у такої дитини формується неправильна харчова поведінка, яка у майбутньому перетвориться у розлад. Дослідження близнюків довели, що спадковість НА сягає 58%. Суттєву роль відіграє психологічний стан людини та ступінь її вразливості. Під впливом суспільства та в результаті певних травматичних подій емоційно нестійка людина маж більше шансів розвитку розладів харчової поведінки. Можливо, саме тому це захворювання вперше починає проявлятися у шкільному віці, адже відомо, що діти часто проявляють агресію у відношенні один до одного у навчальних закладах. Чим швидше розвиваються соціальні мережі, тим способи та методи образ стають жорсткішими і мають безпосередній вплив на психологічне здоров'я тих, кого кривдять. Також до цього фактору належать проблеми у сім'ї. Надто високі очікування батьків або гіперопіка можуть спровокувати дитину відмовлятися від їжі і тим самим стати пусковим механізмом для зміни здорових харчових звичок на шкідливі (відмова від їжі, уникання їжі у громадських місцях).

Нейробіологічні фактори - недостатня кількість таких нейромедіаторів норадреналін та дофамін, а також нейротрансмітера серотоніну спричиняє розвиток розладів харчування. Зменшена кількість серотоніну через брак позитивних емоцій, є причиною підсилення почуття голоду. Саме тому ми можемо спостерігати інцидент переїдання, коли людина морально розбита, подавлена або просто має поганий настрій. Якщо говорити про норадреналін, що виділяється клітинами наднирників, його недостатня кількість може бути причиною тривожності та гіперзбудливості. У такому стані людина теж більше схильна до неконтрольованого поглинання їжі. Також варто зазначити, що дефіцити мікро- та макіронутрієнтів теж можуть впливати на зміни та погіршення харчування у людини.

Соціальні фактори - це найрозповсюдженіші фактори, які впершу чергу впливають на ще не сформовану психіку - діти на підлітки. Упродовж останніх 20 років збільшується популярність на худі форми тіла, що не залишається без уваги з боку жінок. Тут добре прослідковується синтез моди та низької

самооцінки, яка дуже часто зустрічається не лише у підлітків, але й у дорослих жінок. Навіювання модою параметрів 90-60-90 формують у людей комплекси та невпевненість. На допомогу приходять “швидкі” дієти, які досі мають широкий попит серед молодого населення. У результаті, окрім психологічних проблем, ми маємо захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи та інші. Зазвичай використання сумнівних дієт без консультації зі спеціалістами веде до швидкої втрати ваги за рахунок урізання раціону, що в свою чергу після зниження певної ваги веде до адаптації організму. Особа, яка вже побачила перший результат не може зупинитися на досягнутому, вона прагне продовжити, а іноді і пришвидшити процес втрати ваги і ще більше урізає своє харчування. Організм проходить певні стадії адаптації і коли їжі стає все менше, людина зупиняється на етапі худорлявості і набрати вагу назад самостійно стає майже не можливо.

Сімейні фактори - конфлікти всередині сім'ї мають сильний вплив на формування дитини як особистості. Байдужість або вимогливість і критичність з боку батьків можуть закладати основу до виникнення розладів харчової поведінки. Дитина може не мати безпосередні проблеми у сім'ї, але в результаті виходу у соціум постраждати. Наприклад, дівчину ніколи не обмежували у їжі, вона мала нормальну харчову поведінку, але у школі зазнала знущань через не таку вагу, як у однокласниць. Поділившись проблемою з батьками вона не отримала підтримку, а була засуджена за невпевненість у собі. Тож надалі дівчина може почати брехати батькам стосовно їжі, віддалятися від них, аби все таки отримати той результат, просто який їй одного разу сказали однолітки. Ми бачимо, що стосунки у сім'ї не були проблемними, але неухважність та неправильна реакція батьків стали причиною виникнення недовомленості та втрати контакту з дитиною. (National Institute of Mental Health Eating Disorders About More Than Food 2021).

Анорексію класифікують за двома типами: рестриктивний та проносний. Перший тип характеризується обмеженнями у їжі без застосування проносних препаратів та препаратів, що провокують блювоту. Тобто особа просто

обмежує себе у їжі, пропускає прийоми їжі або зовсім голодує по декілька днів. Другий тип включає в себе використання засобів, які спрямовані на очищення організму. У цьому випадку особа може майже не обмежувати себе у харчуванні, але після кожного приму їжі вона спустошує свій шлунок. Тим самим психологічно, вона наче поїла, отримала задоволення від смаку їжі, але не отримала при цьому калорії, адже на її думку продукти не встигли засвоїтися та розщепитися у організмі. (Armed Forces. Ingram SJ, Coetzee R.H 2012).

Перш за все, анорексія характеризується низьким індексом маси тіла (ІМТ). Додатковими симптомами є слабкість, порушення сну, постійне відчуття холоду, закрепи, зниження артеріального тиску, випадіння волосся, сухість шкіри, порушення менструального циклу у жінок. Крім того, окрім фізіологічних симптомів у хворих на НА можна спостерігати підвищену фізичку активність, пригнічення, відсторонення від оточення, уникання їжі та прийомів їжі на людях, спотворення вигляду вживання їжі (нарізання занадто великими чи малими шматками, використання занадто маленьких тарілок для того щоб візуально їсти багато, як того може хотіти організм) та заперечення відчуття голоду. (Halmi K. 1985)

Розвиток та протікання нервової анорексії

Спочатку це виглядає просто як бажання трохи схуднути без негативних наслідків. Людина може зменшити кількість спожитих калорій, додати фізичні навантаження. Так як людина розраховує на швидкий результат, його відсутність сприймається як поразка, тому друга спроба вже спрямована на чіткі обмеження. Починаються різкі обмеження у харчуванні, виснажування організму фізичними вправами, можна помітити пригнічений настрій, що часто пов'язаний з недостатньою кількістю скинутих кілограм, обвинуваченнями у нестійкості та під'їданні та зривах. Якщо говорити про підлітків, саме у цей час батьки помічають зміни у поведінці своїх дітей, але зазвичай замість розмови дорослі починають виховувати своє чадо і тим самим остаточно відштовхувати його. Дитина закривається, може зробити заборони більш жорстокими та

уникає будь-якого контакту з оточуючими. Вона перестає їсти не лише у громадських місцях, при друзях, але й зазвичай вдома при батьках. У цей період підлітки знаходять однодумців у соціальних мережах, наслідуючи їх та беручи приклад з тих, хто у нездоровому схудненні досяг більших успіхів. (Thompson, S.B.N. 1993).

1.1.3 Нервова булімія

Нервові булімія (НБ) - це психічний розлад харчової поведінки, що супроводжується частим почуттям голоду, регулярним переїданням, після якого людина зазвичай прагне “очиститися”. Процес “очищення” може бути спровокований блювотою, використанням проносних та (або) сечогінних препаратів, надмірними фізичними навантаженнями. (DSM V).

На жаль, на сьогоднішній день НБ зустрічається набагато частіше, ніж нервова анорексія. Причина у тому, що її дуже важко візуально розпізнати. Люди, що хворіють на НА завжди мають проблеми з вагою, а саме хворобливу худобу, у свою чергу ті, що хворіють на булімію виглядають зазвичай здоровими. Такі люди мають сталу вагу та нормальні параметри тіла. Через це діагностувати булімію на ранніх стадіях захворювання вкрай важко.

Хворі на булімію мають звичку переїдати, в результаті чого завжди слідує відчуття провини та сором за свої дії. Саме через це вони майже завжди уникають їжі у компаніях. Епізоди переїдання відбуваються наодинці з собою. Це також важливо у тому аспекті, що після прийому їжі хворі завжди “очищаються”, тому люди поруч ускладнюють цей процес. Якщо ж уникнути компанії за їжею не можливо, процес очищення все одно має відбутися одразу після їжі, аби продукти не встигли пройти усі стадії метаболізму та “відкластися” у жир, як про це думає більшість людей. (Melanie Katzman, Lillie Weiss, Sharlene Wolchik. 1985).

До факторів ризику належать: жіноча стать; розлади харчування в сімейному анамнезі; індивідуальне дотримання певних дієт; молодий вік /

підлітковий період; приналежність до товариств, що пропагують худу будову тіла; надмірна маса тіла; вживання алкогольних та (або) наркотичних речовин, психічні розлади (афективні або тривожні розлади); нейробиологічні особливості; певні професійні групи людей “балерини, актори, моделі). (Abraham S.F., Beumont P.J. 1982).

Так само, як в розвитку анорексії, булімія може бути спричинена недостатньою кількістю нейромедіатора серотоніна (він відповідає за апетит та відчуття ситості). Чим вищий його рівень в організмі, тим менше людина сконцентрована на їжі. Відповідно, у людей, хворих на булімію рівень цієї речовини дуже низький. Тому такі люди мають дуже сильне відчуття голоду, вони не завжди розрізняють справжній фізіологічний голод та емоційний голод. Замість 3-4 прийомів їжі, людина може їсти від 5 до 8 разів на день, не завжди маленькими порціями, за рахунок цього також страждає на відчуття повноти, розпирання у животі. Крім того, однією з причин виникнення НБ може бути надлишок поліпептидів (панкреатичного поліпептиду РYY) в організмі. Ці речовини впливають на почуття голоду (чим більша їх кількість, тим сильніше відчуття голоду).

Одним з найважливіших факторів є наявність в анамнезі певних дієт, спрямованих на зниження маси тіла. Саме після таких “періодів” у житті вперше з’являються епізоди переїдання. Це пов’язане з обмеженнями харчування та заборонами людини на усі продукти, які вона любить, адже зазвичай їх окреслюють як шкідливі / нездорові / калорійні і тд. Тривалі обмеження дуже важко переносити на психологічному рівні, особливо, якщо людина є соціально активно та комунікує з великою кількістю людей. Заборони провокують усамітнення, уникання компаній та дружніх зустрічей, через можливу наявність тієї “забороненої” їжі. Також заборони зазвичай передують “зривам”. Довге обмеження себе у чомусь призводить до емоційного переїдання, що у свою чергу веде до більш жорстоких подальших заборон та знецінення себе, як слабкої особистості. У подальшому зриви стають

частішими та масштабнішими, формується замкнене коло “заборона - зрив - відчуття провини - заборона”. (Ендрю Дженкінсон 2021).

Часто дієти можна зустріти у житті танцюристів та професійних спортсменів. Професійна необхідність бути легкою для частих підйомів, тримати певну вагу, якщо це стосується спорту включає у себе дотримання певних спеціальних дієт, які зазвичай розробляються тренером у тандемі з лікарем. Але не усі тренери з розумом підходять до питання ваги та здоров'я своїх підопічних, вони самостійно формують список заборонених продуктів, зазвичай не маючи при цьому відповідних знань та навичок. У такому випадку дуже важливо близькому оточенню підтримувати та налагодити довірливі стосунки з людиною, чиє життя пов'язане зі спортом або танцями. Інколи дієти можуть заходити занадто далеко, тому важливо вчасно помітити зміни у поведінці та харчуванні людини для запобігання погіршення ситуації.

Крім загрози психічному стану організму, булімія несе у собі велику шкоду усім системам органів людини. Почнемо з шлунково-кишкового тракту. За рахунок частих переїдання м'язи шлунку розтягуються, в результаті чого його моторика сповільнюється. В подальшому це впливає не лише на процес відновлення, а й на засвоєння корисних макро- та мікро-речовин. Організму необхідно більше часу на травлення навіть простих продуктів. Порушений метаболізм стає причиною погіршення стану шкіри, нігтів та волосся. Шкіра змінює свій колір, стає грубішою, реагує на перепади температури, часто можна спостерігати сухість. Волосся втрачає свій природній блиск, стає ламким та випадає. Також може змінюватися шкіра голови, з'являється лупа або навпаки шкіра голови починає лускатися. Нігті зазвичай стають ламкими, втрачають свій колір, можуть жовтіти. Процес очищення (блювання) провокує езофагіт та розрив стравоходу. Разом з залишками їжі виходять також усі поживні речовини та вітаміни, які не встигають засвоїтися. Порушення електролітного балансу, теж в результаті блювання, причиняє погіршення роботи серцево-судинної системи (аритмії). Крім того, в результаті частого блювання спостерігається погіршення якості зубів, ерозії та стоматити. Через те, що

блювоту часто викликають підручними засобами (зубною щіткою) або пальцями, наприклад, можуть з'являтися рани у ротовій порожнині, а саме у зоні піднебіння, що крім дискомфорту та кров'яних виділень приносить больові відчуття як під час їжі, так і у стані спокою. На щастя, летальність в результаті нервової булімії статистично не перевищує 3%, але це не робить захворювання менш небезпечним. (Gordon A. 2001)

Основні симптоми:

- 1) Страх набрати вагу;
- 2) Періодичне вживання неконтрольованої кількості їжі за один прийом;
- 3) Втрата контролю над кількістю та якістю спожитої їжі;
- 4) Свідоме “очищення” організму щоразу після їжі;
- 5) Голодування;
- 6) Замкнений спосіб життя;

Фізіологічні ознаки: можливе коливання ваги, слабкість, зниження працездатності, хвороби органів травлення, стоматологічні проблеми, гіпертрофія слинних залоз.

Розвиток та протікання нервової булімії

Людина, хвора на булімію дуже ретельно продумує своє харчування. Як і анорексія, це може супроводжуватися постійним підрахунком калорій у спеціальних мобільних додатках. Переїдання зазвичай відбувається без чіткого плану. Булемік не обирає свої улюблені продукти під час цього епізоду. Зазвичай це продукти, які потрапили йому під руку. Зустрічаються випадки, коли через відсутність готових страв вдома, людина під час епізоду переїдання може почати їсти сирі фрукти та овочі, а також шукати недоїдки у смітнику. Одразу після цього процесу слідує “очищення” та в подальшому провина та ненависть до себе. Іноді люди, які страждають від булемії, під час походів у магазин скупляють дуже багато солодкого або просто різноманітних продуктів

не першої необхідності. Тим самим вони готуються до переїдання і зберігають ці продукти якомога довше. (DSM V).

1.1.4 Компульсивне переїдання

Говорячи про розлади харчової поведінки, варто звернути увагу на епізодичне надлишкове вживання їжі (переїдання) та систематичні епізоди переїдання, які супроводжуються відчуттям провини, злості та розчаруванням (компульсивне переїдання).

Різниця між переїдання та компульсивним (психогенне) переїданням?

При компульсивному (психогенному) переїданні ви відчуваєте втрату контролю, а реакцією на спожиту їжу є почуття провини, відрази, сорому або зніяковілості і ви переїдаєте щонайменше раз на тиждень упродовж трьох місяців, часто в таємниці (Американська психіатрична асоціація).

Не слід забувати про компенсаторні механізми нашого організму. Вони мають місце, якщо людина певний час знаходилася без вільного доступу до їжі і потрапила у більш звичні умови. У такому випадку голодування може змінитися на надмірне вживання їжі, у порівнянні зі звичайними порціями. Організм, розуміючи, що тяжкі часи можуть повторитися, намагається запаситися якомога більшою кількістю калорій та мікроелементів, аби мати змогу вижити у майбутньому. Такий стан зазвичай проходить, адже ми адаптуємося до більш менш нормальних умов, звикаємо, що їжа є завжди і надмірне її вживання “про запас” не є обов’язковим. В результаті зникає таке сильне почуття голоду. Про це добре описано у відомій книзі Віктора Франкла “Людина у пошуках справжнього сенсу”: “Тіло звільнилося швидше, ніж мозок. Воно на повну скористалося свободою із першої миті. Воно почало жадібно їсти, годинами й днями, навіть посеред ночі. Дивовижно, яку кількість їжі можна з’їсти.» (Viktor E. Frankl 2006).

Компульсивне переїдання або психогенне переїдання - це найбільша розповсюджений тип розділу харчової поведінки, який включає в себе повне

неконтрольоване або частково неконтрольоване споживання їжі, зазвичай у дуже великій кількості. Такі епізоди вживання їжі зазвичай призводять до зайвої ваги за рахунок надмірної кількості (профіциту) калорій, які людина вживає протягом дня / тижня / місяця.

За статистичними даними компульсивним переїдання частіше страждають жінки, ніж чоловіки.

Фактори ризику:

- стрес та переживання, образи;
- неможливість змінити ситуацію, відчуття безсилля;
- заборони та обмеження в їжі;
- професійна діяльність (моделі, спортсмени, танцівники);
- сімейний анамнез

Причини виникнення психогенного переїдання:

- Психологічні. Тривога, депресивні епізоди, проблема у вираженні самопочутті, занижена самооцінка, відсутність підтримки, самотність, відсутність сили волі; надмірна емоційність та різкість, перфекціонізм;

- Біологічні. Проблеми / захворювання, пов'язані з роботою гіпоталамуса. Саме він відповідає за відчуття за апетит і контролює його. Крім того, як у попередньо описаних випадках важливу роль відіграють гормони, а саме їх дисбаланс. Це стосується недостатньої кількості серотаніну та дофаміну;

- Соціальні. Тут більше про проблеми з харчуванням, які можуть бути закладені ще з дитинства. Іноді батьки починають мотивувати дитину до чогось за рахунок смаченького «Спочатку суп, а потім отримаєш цукерку», «Спочатку зроби уроки, а потім підемо в кафе на піцу» і тд. Іншим випадком може бути покращення настрою смаколиком. Таким чином дитина звикає заїдати свої негативні емоції та сум. (DSM V).

До соціальних причин також відноситься культ стрункості, про який вже зазначалося у попередніх пунктах, бажання відповідати «ідеалу» та дотримання дієт. Заборони та обмеження призводять до зривів, які при відсутності психологічної допомоги та зміни харчування стають частішими та переходять у компульсивне переїдання. Мішель Мей, доктор медичних наук, автор книги «Їжте те, що любите, любіть те, що їсте» називає цей процес «їж, покайся, повтори». Також схожі цикли ми можемо спостерігати, коли люди свідомо починають поділяти продукти на "хороші" та "погані". «Навіть люди, які кажуть, що вони не дотримуються дієти, часто мають укорінені уявлення про «хорошу» чи «погану» їжу», — каже Марша Хадналл, президент Green Mountain у Fox Run у Вермонті, центр для жінок, які борються з переїданням. «Але коли у вас є речовина, яка природно приваблива, заспокійлива і втішна, і ви робите її забороненою, вона стає просто привабливішою».

У розрізі соціального життя компульсивне переїдання може бути спричинене їжею «за компанію». Людина розуміє, що немає відчуття голоду, але для підтримки розмови або колективу протягом усього часу, який вона перебуває за столом, продовжує їсти.

Ознаки розладу компульсивного переїдання:

- регулярні напади «зажерства», коли людина часто, навіть не відчуючи голоду, починає їсти і не може зупинитися (у таких випадках людина припиняє їсти тільки у разі тяжкості та больових відчуттів у животі);
- відчуття провини та огиди до себе після епізоду переїдання (зазвичай ці почуття пов'язані з неможливістю самотійно зупинитися);
- на відміну від булімії, епізод переїдання у результаті не супроводжується бажанням очиститися / відпрацювати фізичною активністю / подальшим голодуванням.

Також ознаками компульсивного переїдання можуть бути: вживання їжі наодинці (так як людині соромно за кількістю їжі, яку вона може з'їсти);

швидко вживання їжі, вживання їжі перед телевізором або комп'ютером (таким чином важко контролювати порцію та кількість з'їденого).

Дуже важливо вміти розрізняти компульсивні переїдання з просто одноразовим зривом або бажання дозволити собі більше звичайного. У діагностичних критеріях розладу психогенного переїдання вказано, що епізоди переїдання мають повторюватися не рідше 1 разу на тиждень не менше ніж протягом 3 місяців. В іншому випадку, медичний діагноз не може бути підтвердженим. (Christopher G. Fairburn 2013).

Ризики та наслідки компульсивного переїдання

Багато людей, які примусово переїдають — без компенсаторної поведінки (блювання, зловживання проносними/діуретиками, надмірні фізичні навантаження) — мають більшу вагу. Якщо люди мають надмірну вагу або страждають ожирінням, у них більша ймовірність зазнати одного або кількох із таких серйозних захворювань:

- метаболічний синдром;
- хвороба серця;
- інсульт;
- цукровий діабет 2 типу;
- деякі види раку;
- біль у суглобах і м'язах;
- проблеми з травленням.

Люди з більшою вагою також частіше відчувають порушення сну, болі, проблеми з гігієною, проблеми з рухливістю (більший ризик падіння) та інші ризики для здоров'я. (DSM V).

1.2 Вплив стресу на харчову поведінку

Термін «стрес» відноситься до тих процесів, що у себе включають сприйняття, оцінку та реакцію на шкідливі події або певні подразники, відповідь організму на ті чи інші стресори. Стрес може бути сильним і відноситися до емоційних відчуттів (наприклад, міжособистісний конфлікт, втрата близьких, безробіття) або до фізіологічних відчуттів (наприклад, нестача їжі, хвороба, відмова від наркотиків). Крім того, фармакологічними факторами стресу можуть виступати регулярне і надмірне вживання фармакологічних речовин, що можуть викликати певні залежності. Варто також зазначити, що в результаті повномасштабної війни українці віддаються впливу як емоційного стресу (втрата близьких, безробіття), так і фізіологічного (нестача їжі в результаті окупації). Гострий стрес активізує також і адаптаційні реакції, але тривалий стрес призводить до «зношування» (алостатичного навантаження) регуляторних систем організму, що може призводити до біологічних змін, які послаблюють пов'язані зі стресом адаптаційні процеси організму та підвищують сприйнятливість організму до різноманітних захворювань. Організм людини починає реагувати на усі захворювання, стає слабшим. Проблеми також можуть бути з довгим одужанням та частими рецидивами. Таким чином, складні стимули помірної сили, які обмежені за своєю тривалістю, можуть бути «хорошим стресом» або «негативним стресом» і може підвищити мотивацію для досягнення цілей і гомеостаз – це може призвести до відчуття майстерності та досягнення, і може сприйматися як позитивне та захоплююче. Проте, чим інтенсивнішою та тривалішою у часі є стресова ситуація, тим нижчим є відчуття майстерності та здатності людини до адаптації, а отже, тим сильнішими є реакція на стрес (переважно негативна) і ризик стійкої гомеостатичної дисрегуляції. Сприйняття стресу та його оцінка організмом людини залежить переважно від конкретних аспектів дії наявних зовнішніх або внутрішніх подразників і може модернізуватися або опосередковуватися певними рисами особистості, її емоційним станом на початку дії стресових чинників та фізіологічними реакціями організму, які

разом сприяють переживанню дистресу. (Yvonne H. C. Yau, Marc N. Potenza 2013).

Стрес є сильним викликом природному гомеостазу нашого організму; у свою чергу, організм може по-різному реагувати на стресові впливи, виробляючи певну фізіологічну відповідь, щоб відновити рівновагу, втрачену в результаті впливу різноманітних стресорів. Одним із таких гомеостазів, який може порушуватися, є харчова поведінка. Фізіологічні аспекти харчової поведінки давно вивчаються, і інформацію дуже часто отримують із моделей тварин, яких годують різними варіаціями лабораторних кормів. Однак експериментальні результати як завжди виявилися досить суперечливими. Тварини, яких годували однією м'якою їжею, в результаті надали докази як гіперфагії (надмірний голод на постійній основі), але так і гіпофагії (відмова від прийому їжі), викликані гострим стресом під час тривалого впливу стресових подій, тоді як приблизно лише у 20% людей на планеті не змінюється харчова поведінка під час стресових періодів. Ця різниця у результатах може бути пов'язана з конкретними типами стресорів, якими маніпулювали, тривалістю впливу стресу на організм та варіаціями рівнів ситості та голоду на початку дослідження (перед початком дії стресових факторів). До прикладу, легкі стресори можуть спричинити гіперфагію (надмірний голод на постійній основі), тоді як більш сильний стресор, гіпофагію (відмова від прийому їжі). (Jessica L. Sieber 2007).

Досить складна схема результатів також може бути пов'язана з відсутністю вибору їжі або відсутністю навіть мінімальної кількості харчових продуктів. Розуміння та аналіз того, яку їжу переважно обирають або якої уникають під час стресу, є ключовим питанням як у роботі з теоретичним матеріалом та інтерпретацію задіяних при стресі механізмів, так і для більш чіткого прогнозування негативного впливу стресу на людське здоров'я. Як у людей, так і у тварин спостерігається зрушення смакових вподобань у бік вибору більш смачної та приємної їжі, незалежно від змін кількості спожитих калорій, пов'язаних із тривалою дією стресу. Зазвичай людина під впливом

стресових факторів здебільшого надає перевагу їжі з високим вмістом цукру та (або) жиру. До прикладу, коли щурам давали на вибір дуже смачну їжу, таку як сало або цукор без впливу стресу, і під час впливу стресових факторів, тварини постійно збільшували споживання такої смачної їжі у другому випадку. Люди так само звертають свою увагу на надзвичайно приємну та комфортну їжі, таку як фастфуд, швидкі закуски та висококалорійну їжу (солодощі, кондитерські вироби), навіть за відсутності фізіологічного голоду та гомеостатичної потреби організму в збільшенні кількості калорій; цей ефект може бути посилений у людей, які мають надмірну вагу або якусь із стадій ожирінням, що порівнюється з людьми, які не мають надлишкової ваги або чий ІМТ нижчий за нормальні показники. Взяті результати разом, ці висновки свідчать про те, що стрес цілком може сприяти порушенню регулярності звичного режиму харчування та зміцнювати стереотипу, спрямованого на гедонічне переїдання; ці ефекти зазвичай можуть посилюватися в осіб, що страждають від надмірною маси тіла та (або) від ожиріння. Фактори, які закладені в основу цих та інших форм людської харчової поведінки, які можуть сприяти розвитку ожиріння, поступово стають більш зрозумілими та більш обґрунтованими для нас. (Taaie Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Реакція на стрес, яка підтримує процес алостазу (процес досягнення організмом адаптації змін умов життя), складається з каскаду певних адаптивних реакцій і проявляється через два взаємодіючі шляхи стресу. Перший, це активація симпатичної мозкової системи надниркових залоз із виділенням катехоламінів (адреналіну та норадреналіну), що є типовим у періоди гострого стресу. Другим ключовим компонентом цього каскаду є гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова (НРА) вісь. Вісь НРА являє собою нейроендокринну систему з гальмівними петлями зворотного зв'язку, що включає в себе секрецію гормонів із віддаленої залози-мішені. Стрес стимулює вивільнення (CRF) кортикотропін-релізінг-фактора з паравентрикулярного ядра (PVN) гіпоталамуса, що відповідно, у свою чергу, стимулює синтез

адренкортикотропного гормону (АКТГ) у передній долі гіпофізу. АКТГ згодом запускає вироблення глюкокортикоїдів (ГК), до них відносяться кортизол або кортикостерон, що виділяються у корі надниркових залоз. На додаток до цих механізмів активації осі НРА, цитокіни, які виробляються нашими імунними клітинами (адипоцитами), також можуть стимулювати вісь НРА на рівнях гіпоталамуса, передньої долі гіпофіза та кори надниркових залоз. Перші докази того, що рівень кортизолу може бути пов'язаний з ожирінням і метаболічним захворюванням, були отримані в результаті клінічних спостережень синдрому Кушинга; патологічна гіперкортизолемія (надлишкове виділення кортизолу) при синдромі Кушинга пов'язана з ожирінням переважно верхньої частини тіла, атеросклерозом, непереносимістю глюкози та гіпертензією (відвищеним рівнем кров'яного тиску). І навпаки, адреналектомія (недостатнє виділення кортизолу) у пацієнтів із синдромом Кушинга скасувала порушення толерантності до глюкози та ожиріння. (Yvonne H. C. Yau, Marc N. Potenza 2013).

Гостро пов'язане зі стресом симпатичне збудження та вивільнення ГК підтримують поведінкові, автоматичні та ендокринологічні зміни, які сприяють мобілізації енергії, включаючи підвищений серцевий викид, кров'яний тиск, глюконеогенез, рівні тригліцеридів та перенаправлення кровотоку для підживлення м'язів, мозку та серця. Такі реакції є еволюційно адаптивними та сприяють негайній реакції «бий або біжи»; дії, що вимагають витрат енергії, які можуть конфліктувати з цією реакцією (наприклад, прийом їжі, травлення та розмноження), зазвичай пригнічуються. Таким чином, частина стереотипної реакції на гострий стрес включає придушення апетиту та споживання їжі. ГК припиняють гострий вплив стресу на ХНН та АКТГ за допомогою сигналів негативного зворотного зв'язку до гіпоталамусу; це служить захисту організму від тривалого негативного впливу кортизола. Гіпоталамус також зазвичай реагує на концентрацію інсуліну, який секретується підшлунковою залозою і є обов'язковою частиною метаболізму глюкози та глікогенолізу, а також на рівні інших гормонів, таких як лептин та грелін, які беруть участь у придушенні та

стимулюванні апетиту. До того ж, ГК змінюють експресію певної кількості гіпоталамічних нейропептидів, таких як CRF, орексигенний нейропептид Y (NPY), агуті-споріднений пептид і проопіомеланокортин (POMC), всі із згаданих відіграють роль у харчовій поведінці людини. Разом ці дані вказують на те, що гіпоталамус є критичною областю ланцюга реакції на стрес, а також у регуляції періодів голоду та харчування та енергетичного балансу. (Taaike Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Стрес, що повторюється і неконтрольований, може з часом порушувати регуляцію, що пов'язана з віссю НРА, що, отже, впливає на енергетичний гомеостаз і харчову поведінку. Хронічна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі може змінити метаболізм глюкози, сприяти резистентності до інсуліну та впливати на багато пов'язаних з апетитом гормонів та нейропептидів гіпоталамуса. Норадреналін та CRF можуть пригнічувати апетит під час стресу, тоді як кортизол може стимулювати апетит під час відновлення після стресу. Тривала стрес-індукована секреція GC може сприяти відкладенню абдомінального жиру; синергетично з інсуліном це може знизити активність осі НРА. Більш того, люди, що знаходяться в умовах хронічного стресу, як правило, їдять більше в умовах гострого стресу і виявляють підвищену перевагу та споживання надсмачних, висококалорійних продуктів з високим вмістом цукру та жиру. (Taaike Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Моделі на тваринах продемонстрували, що ГК діють безпосередньо за принципом прямого зв'язку, що сприяє бажанню, яке пов'язане з їжею, та секрецією CRF та АСТН. Наприклад, щури з адреналектомією демонструють зниження споживання їжі, у той час як введення ГК збільшує споживання їжі за рахунок стимуляції вивільнення NPY та інгібування вивільнення CRF. Однак ці ефекти, мабуть, не посилюють поведінку, мотивовану споживанням їжі, за всіх умов. Адреналектомія (недостатня кількість виділення кортизолу) знижує споживання їжі, а наступна замісна терапія кортикостероном нормалізує його;

проте високі рівні кортикостерону не стимулюють і не знижують споживання їжі. Коли у щурів виникало таке захворювання, як цукровий діабет через вплив стрептозотоцину (який вбиває В-клітини підшлункової залози і, отже, зменшує/усуває секрецію інсуліну), було відмічено помітний, залежний від дози ефект кортикостерону на споживання їжі у цих тварин. У сукупності ці дані свідчать, що секреція інсуліну, також стимульована залежно від дози ДК, частково блокує споживання їжі, що стимулюється кортикостероїдами. (Taaik Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Інсулін секретується пропорційно до ожиріння; він проникає через гематоенцефалічний бар'єр і служить для дозозалежного зниження споживання їжі та маси тіла, впливаючи на специфічні рецептори гіпоталамусу. Інсулін та кортикостерон відіграють протилежні ролі в енергетичному балансі та зберіганні; ГКС пригнічують накопичення енергії, тоді як інсулін сприяє ожирінню. До прикладу, у щурів зі стрептозотоциновим діабетом спостерігалось виснаження запасів жиру, і цей ефект запобігав лікуванню екзогенним інсуліном. частка калорій, отриманих з певного джерела їжі, залежить від переважаючого рівня інсуліну. У присутності інсуліну пасивне лікування щурів з високим вмістом ГК знижує споживання корму, масу тіла та симпатичну активність, але збільшує запаси жиру; при хронічному стресі також спостерігається відносно збільшення абдомінального жиру. Інсулін відіграє важливу роль у придушенні реакції АКТГ та ГК на стрес; дані, що вказують на те, що рівні інсуліну в плазмі негативно корелюють з експресією мРНК CRF PVN, підтверджують цю думку. Таким чином, наявність інсуліну важливо враховувати щодо взаємозв'язку між стресом, режимом харчування і накопиченням енергії. (Taaik Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Активация НРА пов'язана з активацією дофамінергічної мезолімбічної системи, мережі, тісно пов'язаної з винагородою. Анатомічно стресори можуть стимулювати підвищену секрецію CRF, яка, у свою чергу, може впливати на

дофамінові нейрони у вентральній тегментальній ділянці (VTA), які проєктуються не тільки на прилегле ядро (NAcc), але також на префронтальні та лімбічні ділянки – всі у тому числі є частиною системи винагороди мозку, зазвичай пов'язаної зі зловживанням психоактивними речовинами. І їжа, і наркотики можуть використовувати подібні шляхи в мозку, включаючи дофамінергічну та опіоїдергічну системи. Підвищене споживання наркотиків та дієти з високим вмістом жирів змінюють CRF, GC та норадренергічну активність, підвищуючи сенсibiлізацію шляхів винагороди (у тому числі в межах VTA, NAcc, дорсального смугастого тіла та медіальних областей префронтальної кори), що, у свою чергу, впливає на перевагу речовини, що викликає звикання, та гіперсмачна їжа та збільшує тягу та споживання. Адреналектомія знижує вивільнення дофаміну саме в оболонці NAcc як у відповідь на ін'єкцію препарату, так і на самостимуляцію гіпоталамуса, а лікування кортикостероном відновлює обидва показники до нормального рівня. Більше того, транспортери дофаміну в оболонці NAcc, кількість яких знижується при адреналектомії, відновлюються дозозалежним чином при лікуванні кортикостероном. Хоча вивільнення дофаміну не еквівалентно адиктивним властивостям, дофамін був пов'язаний із чутливістю до винагороди, обумовленням та контролем як щодо їжі, так і щодо наркотиків. Повідомлялося про підвищене вивільнення дофаміну у відповідь на їжу та харчові сигнали, обидва з яких є важливими аспектами прийому їжі. Повторювана стимуляція дофамінергічних шляхів винагороди може запускати нейробиологічну адаптацію, яка може сприяти прогресуючій компульсивній поведінці. Крім того, введення антагоністів дофаміну або ураження дофамінергічної системи може послабити реакцію на їжу та знизити цінність винагороди як від продуктів із високим вмістом цукру, так і від зловживання наркотиками у щурів. (Taaike Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet 2018).

Вплив гострого стресу під час позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) показало, що як стрес, так і вивільнення кортизолу посилюють вивільнення

дофаміну з NAcc. Інше дослідження також показало, що люди з більш високою реактивністю кортизолу вивільняли більше дофаміну у вентральному стріатумі, що вказує на сильний взаємозв'язок між цими двома факторами. Паралельно з цим периферичні гомеостатичні регулятори енергетичного балансу, такі як лептин, грелін, інсулін та орексин (усі вони пов'язані з віссю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи), також можуть регулювати негомеостатичну поведінку та модулювати корисні властивості їжі. Ці нейропептиди можуть брати участь у регуляції споживання їжі шляхом взаємодії з дофамінергічною системою через споріднені рецептори на дофамінових нейронах VTA. Потяг до їжі за відсутності справжньої потреби в калоріях є звичайним явищем, але залежить від великих індивідуальних відмінностей. (Deborah Hill, Mark Conner, Faye Clancy, Rachael Moss, Sarah Wilding, Matt Bristow, Daryl B. O'Connor 2022).

Емоційне харчування

Хронічний стрес часто супроводжується тривогою, депресією, гнівом, апатією та відчуженням. Викликане стресом підвищення секреції ЦК може посилювати емоції та мотивацію. Враховуючи винагороджувальні властивості їжі, передбачається, що надмірно смачні продукти можуть бути «їжею для комфорту», яка діє як форма самолікування, щоб розсіяти небажані страждання. Було показано, що люди в негативних афективних станах віддають перевагу споживанню гедоністично корисних продуктів з високим вмістом цукру і/або жиру, тоді як споживання в щасливих станах віддає перевагу менш смачним сухофруктам. Після лабораторного впливу на его-загрози люди з високим негативним афектом або підвищеною реактивністю кортизолу їли більше їжі з високим вмістом цукру і жиру. Так само в природних умовах люди з високою реактивністю кортизолу повідомляють про більшу кількість перекушування у відповідь на щоденні стресори. (Yvonne H C Yau, Marc Potenza 2013).

Обмежувальне харчування

Обмежене харчування відноситься до добровільного зусилля когнітивного контролю для обмеження їди, як правило, з метою зниження або підтримки ваги. Когнітивна стриманість була пов'язана із споживанням їжі в умовах стресу, при цьому у тих, хто сильно стримував себе, споживання їжі збільшувалося, а у тих, хто їв без обмежень, зменшувалося споживання їжі у стресових умовах. Ця реакція відрізняється від реакцію емоційне переїдання – тоді як стриманість пов'язані з великим споживанням їжі після впливу стресора, емоційне переїдання пов'язані з підвищеним споживанням після впливу стресора, що загрожує его. Обмеження в їжі може посилити їжу у відповідь на харчові сигнали, стрес та інші подразники, в той час як емоційне харчування може сприяти пом'якшенню негативних егоцентричних емоцій. Люди, які схвалюють більш високі рівні обмеження в харчуванні, часто демонструють невелику загальну різницю у споживанні калорій у порівнянні з людьми з низьким рівнем обмежень або споживанні їжі при ненав'язливому спостереженні в лабораторії та в природних умовах. Обмеження може бути безуспішними спробами обмеження в їжі - є менше, ніж у нормальних умовах (з низьким рівнем стресу), при схильності до переїдання під час стресу. (Yvonne H C Yau, Marc Potenza 2013).

Декілька досліджень показали, що висока когнітивна обмеженість пов'язана з підвищенням концентрації кортизолу. Підвищена стриманість може відігравати важливу роль у розвитку ожиріння та служити маркером уразливості системи винагороди, яка орієнтована на смачну їжу. Наприклад, щури, що піддавалися або стресу, що повторюється, або тільки обмеження їжі, не відрізнялися від контрольної групи за загальним споживанням їжі при ігноруванні типу їжі. Тільки з обмеженням щура збільшили споживання корму у відповідь негативний енергетичний баланс. Однак, коли обмеження їжі поєднувалося зі стресом, щури споживали більше печива, ніж їжі, що свідчить про гедоністичне харчування та зниження стресового збудження, а не про годування лише для задоволення метаболічних потреб. Нещодавнє великомасштабне дослідження у людей показало, що стрес був пов'язаний з

різними показниками підвищеного потягу до їжі, включаючи розгальмоване харчування, переїдання і частіше споживання дуже смачної їжі (наприклад, чіпсів, гамбургерів і газованих напоїв); крім того, більша дія стресу призводила до значного посилення жорсткого стримування 47. У той час як гнучке стримування може бути ефективним для контролю ваги та запобігання надмірному споживанню смачної неживильної їжі, жорстке стримування може призвести до сенсибілізації таких продуктів. Люди, які дотримуються жорстких правил щодо їжі, здаються менш уважними до фізіологічних сигналів голоду та ситості, що призводить до переїдання після попереднього навантаження. Передбачається, що люди, які активно намагаються обмежувати споживання їжі, можуть виснажувати когнітивні ресурси, необхідні для боротьби зі стресорами, тим самим порушуючи їх гальмівний контроль, що, у свою чергу, збільшує ймовірність переїдання. Відсутність контролю над життєвими подіями може призвести до відчайдушних і неефективних спроб контролювати прийом їжі, наприклад, відмови від певної їжі з наступним переїданням. Більше того, хронічне обмеження в їжі може посилити позитивний (тобто знижує поріг) ефект наркотиків, що викликають залежність. (Yvonne H C Yau, Marc Potenza 2013).

Висновки до 1 розділу

За результатами теоретичного дослідження можна зробити висновок про те, що стрес, який людина відчуває у період активних воєнних дій суттєво впливає на її подальше харчування та може бути причиною виникнення або загострення розладів харчової поведінки. Люди під час війни можуть переживати як емоційний, так і фізіологічний стрес, який у хронічній формі має негативний вплив на гормональну систему організму, тим самим може спричинити руйнівний вплив на харчову поведінку особистості. Розлади харчової поведінки (РХП) / харчові розлади / розлади, що пов'язані зі споживанням їжі - це ряд психічних розладів, які пов'язані з харчуванням.

Серед них виокремлюють: нервова анорексія, нервова булімія, психогенне переїдання, спотворення смакових якостей, вибіркоче обмеження у певних групах продуктів. Самі розлади харчової можуть бути пов'язані як з надлишковою кількістю їжі і в результаті проблемою з зайвою вагою, так і з її критичною недостатністю. Багато років поспіль хвороби, пов'язані з розладом харчування, ігнорувалися і знецінювалися суспільством. Помилковим було твердження, що це свідомий вибір кожної людини і вона в змозі самостійно зупинитися та налагодити своє харчування. Але складна ситуація сьогодення вкотре доводить, що зовнішні фактори, а саме сильний та хронічний стрес провокують появу або розвиток вже наявних розладів харчової поведінки, з якими багато людей не здатні впоратися самостійно.

До розладів харчової поведінки, які переважно пов'язані з недостатньою масою тіла відносяться орторексія, нервова анорексія та булімія. Орторексія – це одержимість правильним харчуванням. В результаті людина може стимулювати подальший розвиток нервової анорексії (захворювання характеризується відмовою підтримки здорової ваги, страхом перед набором ваги та викривленим самосприйняттям). На відміну від простого обмеження, людина здатна продовжувати їсти звиклі порції, але при цьому прагнути очистити свій організм після кожного прийому їжі. Тоді можливий розвиток булімії (психічний розлад харчової поведінки, що супроводжується частим почуттям голоду, регулярним переїданням, після якого людина зазвичай прагне “очиститися”).

До розладів харчової поведінки, які пов'язані зі збільшенням ваги належать також таке захворювання як булімія, а також компульсивні переїдання (при епізодах переїдання ви відчуваєте втрату контролю, а реакцією на спожиту їжу є почуття провини, відрази, сорому або зніяковілості).

Отже, усе це може бути наслідком тривалої дії стресу, що унеможливорює самостійно контролювати своє харчування та справитися з порушенням харчової поведінки.

Розділ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЙНОЮ НА РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1 Емпірична модель дослідження

У відповідності з метою дослідження було поставлено наступні цілі дослідження:

- Визначити зв'язок розвитку розладів харчової поведінки у людей та впливу стресу в результаті воєнних дій;
- З'ясувати найбільш значущі фактори війни, які прямо або безпосередньо впливають на харчову поведінку людей;
- Визначити психологічні особливості впливу війни на розлади харчової поведінки особистості.
- Розробити психологічну програму профілактики та корекції розладів харчової поведінки особистостей під час війни.

На першому етапі емпіричного дослідження було визначено об'єкт дослідження, предмет дослідження, завдання дослідження та було здійснено підбір досліджуваних.

Для досягнення мети дослідження були використані емпіричні методи, а саме:

- Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire);
- Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПНС);
- Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР (В.В. Hart).

2.2 Характеристика процедури дослідження та опис вибірки дослідження

Дослідження було проведене у лютому 2023 року. Формат дослідження – заповнення гугл-форми та проходження усіх методик онлайн.

У дослідженні, метою якого було з'ясування впливу стресу, спричиненого війною на розлади харчової поведінки особистості, брало участь 45 осіб (з них 13 чоловіків та 32 жінки) (Рис. 2.1) Середній вік учасників встановить приблизно 23,3 роки при діапазоні від 14 років до 42 років.

Розподіл за статтю групи досліджуваних

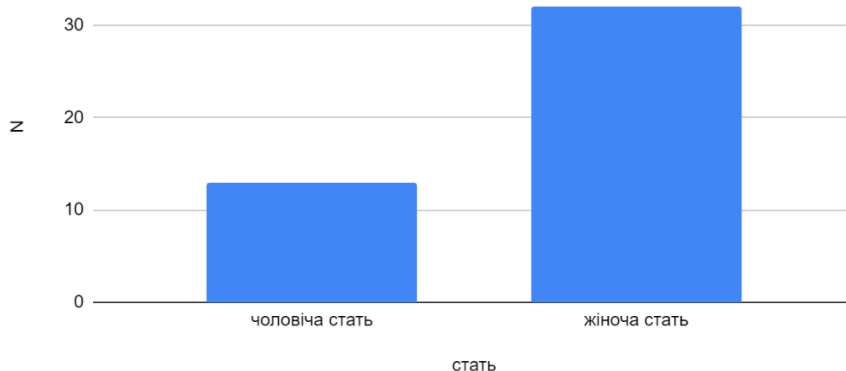


Рис. 2.1

Серед досліджуваних є жінки, молоді дівчата та чоловіки, які мають діагностований розлад харчової поведінки (10 осіб); також присутній певний відсоток респондентів, хто на їх думку має певні порушення харчову поведінку в результаті стресу, який вони отримали після початку повномасштабної війни (12 осіб); решта респондентів на їхню думку не мали та не мають проблем з харчовою поведінкою. (Рис 2.2).

Статистика групи

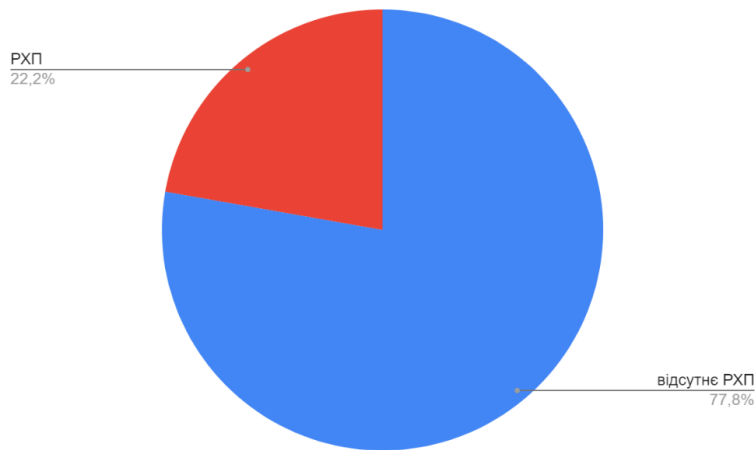


Рис. 2.2

2.3 Характеристика психодіагностичних методик

Для діагностики порушень харчової поведінки використовують різноманітні опитувальники. Серед них найбільш відомими є:

- EDI-3. Опитувальник, пов'язаний з розладами харчової поведінки (третій перегляд одного з найпопулярніших інструментів самооцінки психологічних конструкцій, що пов'язані із розладами харчової поведінки (РХП)). Він забезпечує стандартизовану клінічну оцінку симптомів РХП і призначений для використання особами віком від 13 років. Профілі можна використовувати для планування терапевтичних втручань, конкретних втручань і моніторингу терапевтичного впливу.

- EDE-Q. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки.

- Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ). Цей опитувальник застосовується переважно для діагностики вже наявних порушень харчової поведінки, а саме її обмежувального типу, емоціогенного типу та екстернального типу.

- Шкала оцінки харчової поведінки (Eating Disorder Inventory, EDI). Дозволяє діагностувати такі розлади як нервова анорексія та нервова булімія, а також психологічні особливості людей, які хворіють або які пов'язані з терапією лікування.

- Опитувальник SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food). Він використовується для швидкої оцінки наявності певних харчових розладів. До цього опитувальника входять 5 запитань, що стосуються безпосередньо основних особливостей поведінки людини, у якої наявна нервова анорексія та (або) нервова булімія.

- «Дослідження порушень харчової поведінки» (Eating Disorder Examination, EDE). Включає до свого складу 4 шкали, за допомогою яких можливо діагностувати цілеспрямованість харчової поведінки (обмежувальна), наявність психологічної стурбованості їжею, наявність стурбованості масою власного тіла та наявність стурбованості з приводу власної фігури.

- 3-фазний опитувальник (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ), або як його ще називають - опитувальник Стункарда. Даний опитувальник дозволяє діагностувати когнітивні та імперативні аспекти харчування, які проявляються в обмеженні їжі для контролю власної маси і розмірів (параметрів) тіла, розгальмуванні (втраті контролю над кількістю споживаної їжі) і схильності до відчуття голоду.

Для мого дослідження безпосередньо я обрала Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ), який дозволяє діагностувати не лише наявність чи відсутність розладу харчової поведінки, а й допомагає визначити тип розладу: обмежувальний тип, емоціогенний тип та екстернальний тип.

Для встановлення психологічних чинників, які провокують виникнення порушень харчової поведінки, мною були обрані наступні психодіагностичні методики:

1) Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПНС) А. Блазера, Е. Хайма, Х. Рінгера і М. Томмена.

2) Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР (В.В. Hart).

Усі методики наведені у додатках А-С.

*Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior
Questionnaire, DEBQ)*

Голландський опитувальник був створений голландськими психологами в 1986 році. Робота над створенням опитувальника проводилася на базі факультету харчування людини і факультету соціальної психології Аграрного університету, розташованого в Нідерландах. Основною метою створення цього опитувальника було виявлення рестриктивного типу, емоційного типу та зовнішнього типу харчової поведінки людини. Метою цього опитувальника було отримання простого та перевіреного інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки людини, пов'язаних з переїданням і супроводжуваних його внаслідок ожиріння, та диференційована розробка стратегії клінічної роботи з пацієнтами цієї клінічної групи.

Опитувальник був адаптований у 2012 році колегами з Українського Інституту Когнітивно-поведінкової терапії.

Анкета була перевірена на 1170 респондентах, розділених за статтю та наявністю/відсутністю ожиріння. Теоретичною основою тесту стали теорії про розлади харчової поведінки, які можуть пояснити переїдання як емоціогенний тип харчової поведінки, зовнішній тип харчової поведінки або обмежувальний тип харчової поведінки.

Даний опитувальник може бути рекомендований і для самостійного заповнення пацієнтом. Крім того, текст анкети може бути основою для структурованого інтерв'ю, під час якого пацієнт і терапевт разом обговорюють кожне з 33 питань, заповнюючи його.

Емоційна харчова поведінка людини - це розлад, при якому стимулом до їжі є не почуття голоду, а переважно негативні емоції. У цьому випадку людина починає їсти не через фізіологічне почуття голоду, а тому, що відчуває емоційне хвилювання, емоційне напруження, дратівливість, стрес і психологічний дискомфорт. Як правило, при наявності даного виду розладу

харчової поведінки людина схильна до переїдання в основному свій вибір може зупиняти на великій кількості солодощів, кондитерських або борошняних виробів. Основна мета цього процесу - отримати задоволення і повернути спокій та стан впевненості.

Екстернальною харчовою поведінкою називають розлад, при наявності якого відчуття голоду виникає переважно у відповідь на стимули із зовнішнього оточення. Такими можуть бути:

- смачна їжі (її запах, її картинка в рекламі, наприклад);
- спостереження за тим, як інша людина їсть.

Якщо у здорової людини поява почуття голоду залежить від рівня глюкози в крові, наповненості шлунку і активності моторики шлунково-кишкового тракту, то у осіб, які страждають екстернальним типом розладу харчової поведінки, зображення їжі, їх запах і привабливий вигляд визначають появу почуття голоду, а також думки та фантазії про їжу.

Обмежуючою харчовою поведінкою людини називають безсистемні харчові обмеження, які людина коригує та контролює самостійно, без допомоги та призначень спеціалістів (лікарів дієтологів, терапевтів, гастроентерологів або нутрициологів). У більшості випадків ці обмеження досить тривалі за часом. В результаті такі самообмеження призводять до декомпенсації в психічній і вегетативній сферах. В результаті жорстких дієт і суворих обмежень виникає емоційна нестабільність, яка в більшості випадків призводить до повернення до нормального режиму харчування або епізодів переїдання.

Методика містить 33 твердження, що стосуються харчової поведінки. Досліджуваний повинен оцінити усі твердження за шкалою від 1 балу до 5 балів, відповідно де 1 бал = ніколи, 2 бали = рідко, 3 бали = іноді, 4 бали = часто і 5 балів = дуже часто. Тридцять перше питання враховується зі зворотнім значенням.

Для підрахунку балів голландської анкети потрібно знайти середнє значення по кожній шкалі - за кожною шкалою необхідно скласти значення відповідей по кожному пункту і розділити отриману суму на кількість питань за цією шкалою.

Питання 1–10 відповідають шкалі обмежувального типу харчової поведінки; питання від 11 до 23 — шкалі екстернального типу харчової поведінки (13 запитань), питання від 24 до 33 — відповідають шкалі емоціогенного типу харчової поведінки (10 запитань). Нормою вважається така кількість балів: за шкалою обмежувального типу харчової поведінки – 2,4 бали; за шкалою емоціогенного типу – 1,8 балів, за шкалою екстернального типу – 2,7 балів. Показники вище зазначених можуть свідчити про наявність у людини розладу харчування.

Цінність методики полягає в рекомендаціях щодо лікування пацієнтів в залежності від типу діагностованого розладу харчової поведінки. Так, при емоційному типі (переїдання) метою психологічної допомоги є переважно вирішення внутрішніх конфліктів особистості, основна увага приділяється переважно чуттєвій сфері її життя.

При зовнішньому типі розладу харчової поведінки рекомендується використовувати КПТ (когнітивно-поведінкову терапію) для корекції неправильної або помилкової моделі поведінки людини і для роботи зі шкідливою звичкою. Обмежений тип розладу харчової поведінки зазвичай потребує втручання з питань харчування та роботи з дієтологом.

Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПКС)

Бернський опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" А. Блазера, Е. Хайма, Х. Рінгера і М. Томмена спрямований на виявлення копінг-ресурсів у боротьбі зі стресом. Опитувальник допомагає визначити звичний (відсвідомий) для людини тип поведінки у стресових ситуаціях, а також дає

змогу познайомитися з новим варіантом вирішення даної проблеми або у боротьбі зі стресом, але, можливо, цей варіант буде більш ефективним.

Методика була адаптована українською мовою авторами підручника для студентів онлайн "Діагностика психологічних захистів і копінг-стратегій" Гончаренко С.С. у 2006 році.

Методика для психологічної діагностики копінг механізмів Хайма дозволяє дослідити 30 ситуативних специфічних варіантів копінга (або ж типів поведінки, реагування на емоційно складну ситуацію, боротьбу зі стресом), розподілених відповідно за трьома основними сферами психічної діяльності, на когнітивний (переосмислення, аналіз того, що відбулося), емоційний на поведінковий копінг механізми.

Опитувальник "СПНС" складається з 26 тверджень, що описують різні способи виходу з важких життєвих ситуацій. Респондент має обрати найбільш ближчий та прийнятний для себе вихід з ситуації, яку він сам може уявити.

Аналіз результатів тесту Хайма. Використовується переважно якісно змістовний аналіз відповідей. У ключі кожне твердження пов'язане з конкретною стратегією подолання складної життєвої ситуації. Якщо респондент вибирає те чи інше твердження як найбільш знайоме та прийнятне йому, то передбачається, що копінг-стратегія буде типовою саме для нього. Стратегії подолання стресу можуть бути: продуктивними, спрямованими на вирішення проблем, відносно продуктивними та непродуктивними.

Показання для проведення методики "Способи подолання критичних ситуацій":

- вивчення особливостей копінг-поведінки у пацієнтів із прикордонними нервово-психічними розладами для того, аби з'ясування їх ролі в генезі певних патологій;

- дослідження неадаптивних форм копінг-стратегій у людей у певних стресових ситуаціях для того, аби зробити їх корекцію;

- підготовка психо-гігієнічних та психо-профілактичних програм з урахуванням як відбувається формування адаптивних форм копінг-поведінки як для здорових осіб, які переживають вплив стресу, так і для пацієнтів із прикордонними нервово-психічними розладами.

- проведення групових або індивідуальних сесій психотерапії, під час яких можна виявити неадаптивні форми копінг-стратегій для наступної їх корекції та формування адаптивної або хоча б відносно адаптивної копінг-поведінки;

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Коротка шкала тривоги, депресії та посттравматичних стресових розладів була створена в США в 1996 р. У тому ж році її переклав і адаптував І.А. Котенєв. Спочатку ця методика була розроблена для швидкого визначення ознак посттравматичного стресового розладу у людей, які пережили будь-яку психічну травму.

Методика була адаптована українською мовою авторами методичного посібника "Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців" у 2016 році.

Клінічна значимість шкали тривоги, депресії та ПТСР.

Шкала призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів (тривоги, депресії або посттравматичного стресового розладу) у осіб, які пережили будь-які психічні травми за силою та тривалістю. Ця методика проста і доступна для роботи з пацієнтами будь-якої категорії: анкета складається з десяти простих питань, на які можна отримати однозначні відповіді (так чи ні). Як основний інструмент скринінгу, він добре допомагає визначити найбільш специфічні прояви ПТСР, такі як тривога та депресія відповідно.

Таким чином, цю шкалу доцільно використовувати при скринінгу широкого контингенту, в тому числі і в польових умовах. Також для самодіагностики може бути використана коротка шкала тривоги, депресії та

посттравматичних стресових розладів, яка додається до комплексного опитування персоналу з метою виявлення осіб із груп ризику.

Обробка отриманих результатів після проходження респондентом короткої шкали полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей (так). Чим більше «так» дає респондент, тим виразнішими є негативні психологічні наслідки травми: тривога, депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності психічних розладів вважається більше 4 ствердних відповідей (так).

Висновки до 2 розділу

1. Здійснено характеристику діагностичних інструментів для емпіричного дослідження. Обрано методики, що дають змогу виявити тип харчової поведінки особистості (обмежувальний, емоційний та екстремальний) - Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ); оцінити рівень тривоги, депресії та ПТСР - Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР (В.В. Hart). А також визначити копінг-стратегії (поведінкові, емоційні, когнітивні), які зустрічаються найчастіше у стресових ситуаціях - Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПНС) А. Блазера, Е. Хайма, Х. Рінгера і М. Томмена.

2. Детально описано вибірку, її склад, кількість осіб з діагностований розладом харчової поведінки, кількість тих, хто має підозри на розвиток розладу харчової поведінки та кількість тих респондентів, у яких не змінилася харчова поведінка після початку повномасштабного вторгнення в Україну. Кількість досліджуваних у вибірці складає 45 осіб. Вік від 14 років до 42 років.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЙНОЮ НА РХП

3.1 Результати дослідження

На початку емпіричного дослідження результатів, ми провели аналіз порівняння середніх незалежних вибірок (Т-критерій для незалежних вибірок). Порівняльний аналіз відбувався за кількома критеріями: порівняння за ознакою статі (чоловіки і жінки) та порівняння клінічної вибірки (наявність діагнозу РХП) та умовно нормотипічної вибірок (з відсутністю встановленого діагнозу РХП).

Ми дізналися чи є статистично значущі відмінності рівня ПТСР у досліджуваних з наявністю діагнозу та відсутністю встановленого діагнозу РХП. В результаті проведеного порівняльного аналізу за ознакою статі було виявлено, що відсутні статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за стратегіями харчової поведінки. (Таблиця 3.1 та Таблиця 3.2).

Таблиця 3.1

Статистика групи

	Діагноз РХП	N	Середнє	Середнє відхилення	Сереньков. похибка відхилення
ПТСР	Відсутній РХП	35	5,5143	2,52483	0,42677
	РХП	10	7,4	1,64655	0,520689

Таблиця 3.2

Критерії незалежних вибірок

		Критерій рівності дисперсії Лівіна		t-критерій для рівності середніх						
		F	Значення	t	ст.св	Знач (двосторон)	Середня різниця	Середньоквадратична похибка	96% довірливий інтервал для різниці Нижня\Верхня	
ПТСР	Вважаються рівні дисперсії	1,017	0,173	-2,221	43	0,032	-1,88571	0,64913	-3,59815	-0,17328
	Не вважаються рівні дисперсії			-2,801	22,47	0,01	-1,88571	0,67324	-3,28023	-0,4912

В результаті емпіричного дослідження було з'ясовано, що статистично значущі відмінності рівня ПТСР у осіб, що мають розлад харчової поведінки та з їх відсутністю - не виявлені. Також можна зробити висновок, що між чоловіками та жінками по стратегії харчової поведінки відмінностей теж не виявлено, тому що різниця в отриманих показниках не є значущо відмінними.

Для аналізу порівняння середніх незалежних вибірок (Т-критерій для незалежних вибірок) ми обрали типи харчової поведінки (обмежувальний, екстернальний та емоційний) та провели порівняльний аналіз за змінною статі. Результати аналізу показали, що значення середнього показника незалежних вибірок (типу харчової поведінки) та статі не є суттєво відмінними. (Таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Статистика групи

	Стать	N	Середнє	Середнє відхилення	Середньокв. Похибка відхилення
Обмеж. ХП	чол	13	2,2462	1,02602	0,28456
	жін	32	2,5469	0,82579	0,14598
Емоц. ХП	чол	13	2,3	1,1299	0,31338
	жін	32	2,4125	1,05334	0,18621
Екстр. ХП	чол	13	2,9769	0,49355	0,13689
	жін	32	2,8781	0,61263	0,1083

Проаналізуємо показники типів харчової поведінки для досліджуваних чоловічої статі (Рис. 3.1). На графіку зображено, що екстернальний тип харчової поведінки у чоловіків більш часто зустрічається, ніж обмежувальний тип та емоційний тип харчової поведінки

Розподіл типів харчової поведінки для досліджуваних чоловічої статі

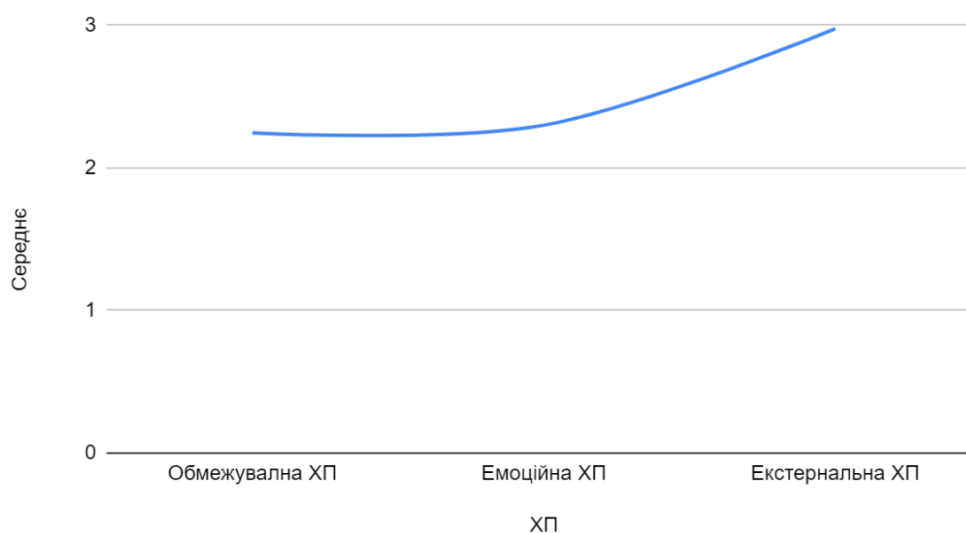


Рис 3.1

Проаналізуємо показники типів харчової поведінки для досліджуваних жіночої статі (Рис. 3.2). Користуючись графіком, можна зробити висновок, що

на відміну від чоловічої статі, серед досліджуваних жіночої статі більш розповсюдженими є екстернальна харчова поведінка та обмежувальна харчова поведінка. Трохи рідше спостерігаємо емоційну харчову поведінку.

Розподіл типів харчової поведінки для досліджуваних жіночої статі

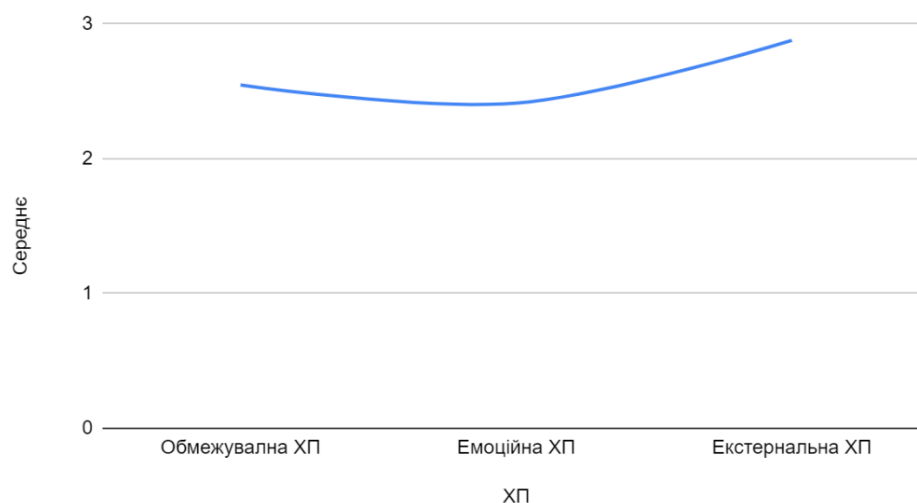


Рис. 3.2

В результаті – ми бачимо, що вибірки не рівні, вони за статтю відрізняються. (Рис. 3.3). Обмежувальна харчова поведінка дещо вища у жінок (2,54), ніж у чоловіків (2,24). У проявах харчової поведінки у чоловіків і жінок суттєвої різниці не виявлено.

Розподіл типів харчової поведінки для досліджуваних жіночої статі та чоловічої статі

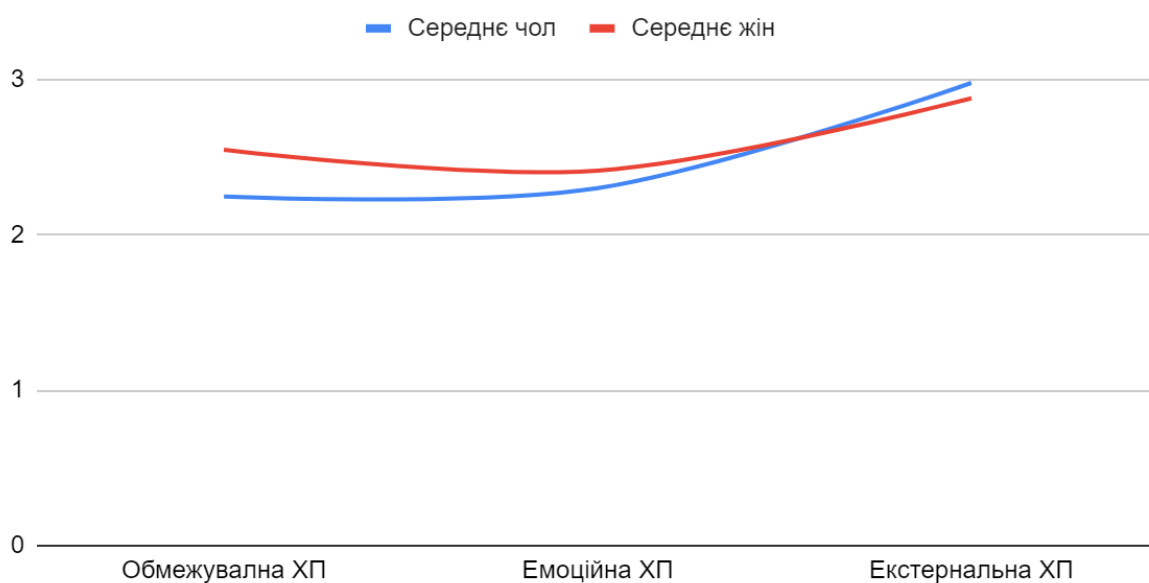


Рис. 3.3

Був проведений кореляційний аналіз для виявлення зв'язку між ПТСР та різними типами харчової поведінки особистості.

За допомогою кореляційного аналізу ми з'ясували зв'язок між ПТСР та вірогідністю розвитку певного типу харчової поведінки (емоційного типу / екстернального типу / обмежувального типу). Було виявлено, що існує сильний кореляційний зв'язок ПТСР з розвитком обмежувального типу харчової поведінки (сила зв'язку $r = 0,5$). Рівень ПТСР може бути пов'язаним з розвитком емоційного типу харчової поведінки (сила зв'язку $r = 0,4$) та екстернального типу харчової поведінки (сила зв'язку $r = 0,27$). (Таблиця 3.5)

Таблиця 3.5

Коефіцієнт кореляції рівня ПТСР та типу харчової поведінки особистості

Р _о Спірмена	ПТСР	Коеф. кореляції	1	0,508	0,441	0,273
		Знач (двуст)	.	0	0,002	0,07
		N	45	45	45	45
	Обмеж. ХП	Коеф. кореляції	0,508	1	0,213	0,114
		Знач (двуст)	0	.	0,159	0,457
		N	45	45	45	45
	Емоц. ХП	Коеф. кореляції	0,441	0,213	1	0,618
		Знач (двуст)	0,002	0,159	.	0
		N	45	45	45	45
	Екстерн. ХП	Коеф. кореляції	0,273	0,114	0,618	1
		Знач (двуст)	0,07	0,457	0	.
		N	45	45	45	45

Метою використання регресійного лінійного аналізу було з'ясувати ТЕ, які саме чинники мають найбільший вплив на кожен з типів харчової поведінки особистості (екстернальний тип, емоційний тип та обимежувальний тип).

За результатами регресійного аналізу на формування екстернального типу харчової поведінки найбільше впливають: ПТСР (0,259); емоційний копінг (0,228); копінг поведінковий (-0,065) та когнітивний (-0,186) мають зворотній вплив і грають меншу роль у розвитку екстернального типу харчової поведінки. (Рис. 3.4).

Коефіцієнти кореляції екстернального типу харчової поведінки та копінг-стратегій, рівня ПТСР

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти		
	B	Станд. похибка	Бета	t	Значення
1 (Константа)	2,522	0,435		5,792	0
Копінг_емоц	0,162	0,105	0,228	1,541	0,131
Копінг_повед	-0,094	0,113	-0,065	-0,432	1,668
Копінг_когн	-0,126	0,101	-0,186	-1,253	-0,218
ПТСР	0,061	0,035	0,259	1,715	0,094

Залежна змінна – Екстернальний тип харчової поведінки.

На графіку візуально наведено, що на формування екстернального типу харчової поведінки найбільше впливає ПТСР. Негативного значення в результаті проведеного регресійного лінійного аналізу набуває показник впливу когнітивної копінг-стратегії

Вплив ПТСР та копінг-стратегій на формування екстернального типу харчової поведінки

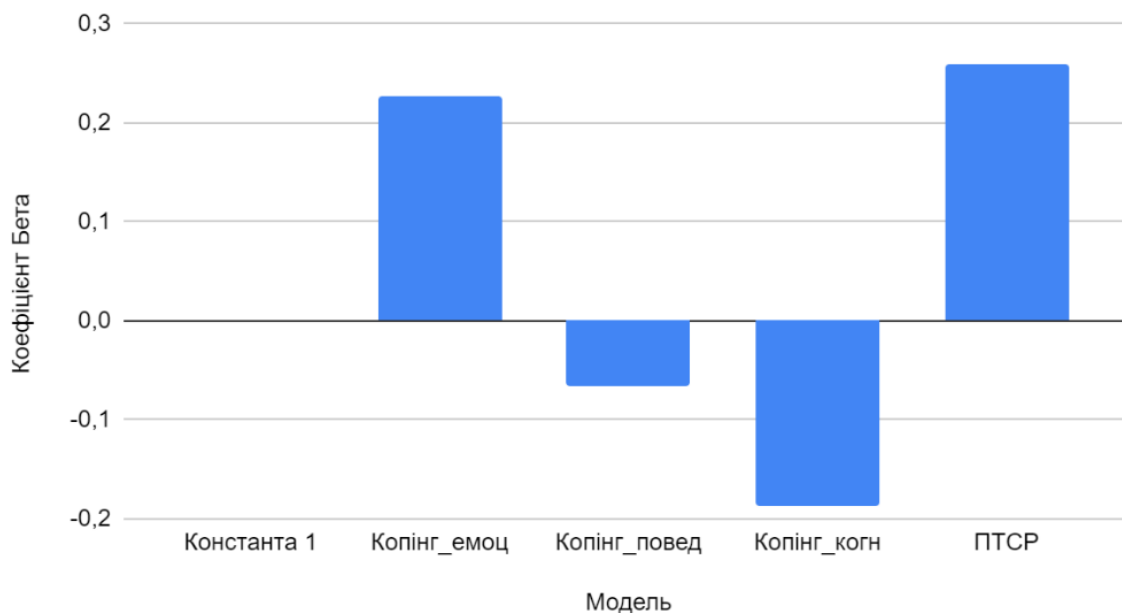


Рис. 3.4

Далі було проведено регресійний лінійний аналіз для знаходження найбільш впливового фактору на емоційну харчову поведінку.

Вийшла менш прогнозована модель. ПТСР грає найбільшу роль у вірогідності появи емоційного типу харчової поведінки (0,434). Далі по значенню впливу йде емоційна копінг-стратегія (0,076) та поведінкова копінг-стратегія (0,014). Найменший вплив на розвиток емоційного типу харчової поведінки має когнітивний тип копінг-стратегії (0,005). (Рис. 3.5).

Таблиця 3.7

Коефіцієнти кореляції емоційного типу харчової поведінки та копінг-стратегій, рівня ПТСР

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти		
	B	Станд. похибка	Бета	t	Значення
1 (Константа)	0,975	0,78		1,25	0,219
Копінг_емоц	0,1	0,188	0,076	0,53	0,599
Копінг_повед	0,02	0,202	-0,014	0,099	0,922
Копінг_когн	0,006	0,181	-0,005	1,033	0,974
ПТСР	0,187	0,63	0,434	2,955	0,005

Залежна змінна – Емоційна харчова поведінка.

На даному графіку візуально наведено, що найсильніший вплив на емоційну харчову поведінку має рівень ПТСР. Найменший вплив за результати регресійного лінійного аналізу має поведінкова та когнітивна копінг-стратегії.

Вплив ПТСР та копінг-стратегій на формування емоційного типу харчової поведінки

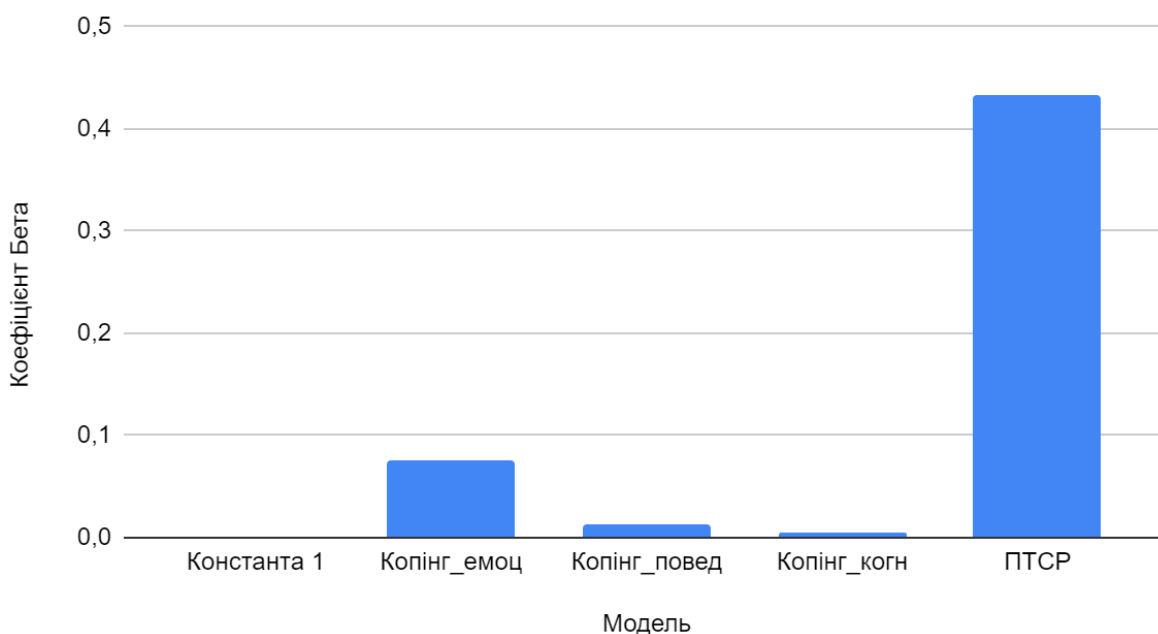


Рис. 3.5

Наступним кроком було виявити ймовірність прояву обмежувальної харчової поведінки під впливом ПТСР, когнітивної, емоційної та поведінкової копінг-стратегій.

Отриманий результат показав, що найбільше впливає на ймовірність появи обмежувальної харчової поведінки ПТСР (0,423). Висновок – чим вищий рівень ПТСР, тим вищий рівень ймовірності розвитку обмежувальної харчової поведінки. При цьому трохи менше у цьому випадку на формування обмежувального типу харчової поведінки впливає поведінкова копінг-стратегія (0,044), емоційна копінг-стратегія впливає у меншій мірі (0,327), а когнітивна копінг-стратегія впливає зворотнім чином і має негативний зв'язок (-0,143). (Рис. 3.6).

Таблиця 3.8

Коефіцієнти кореляції обмежувального типу харчової поведінки та копінг-стратегій, рівня ПТСР

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти		
	B	Станд. похибка	Бета	t	Значення
1 (Константа)	1,006	0,573		1,757	0,087
Копінг_емоц	0,48	0,138	0,044	0,351	0,727
Копінг_повед	0,378	0,148	0,327	2,553	0,015
Копінг_когн	-0,148	0,133	-0,143	-1,12	0,27
ПТСР	-0,152	0,046	0,423	3,267	0,002

Залежна змінна – Обмежувальний тип харчової поведінки.

На даному графіку візуально зображено, що найсильніший вплив на обмежувальний тип харчової поведінки має рівень ПТСР. Негативного значення в результаті проведеного регресійного лінійного аналізу набув показник когнітивної копінг-стратегії.

Вплив ПТСР та копінг-стратегій на формування обмежувального типу харчової поведінки

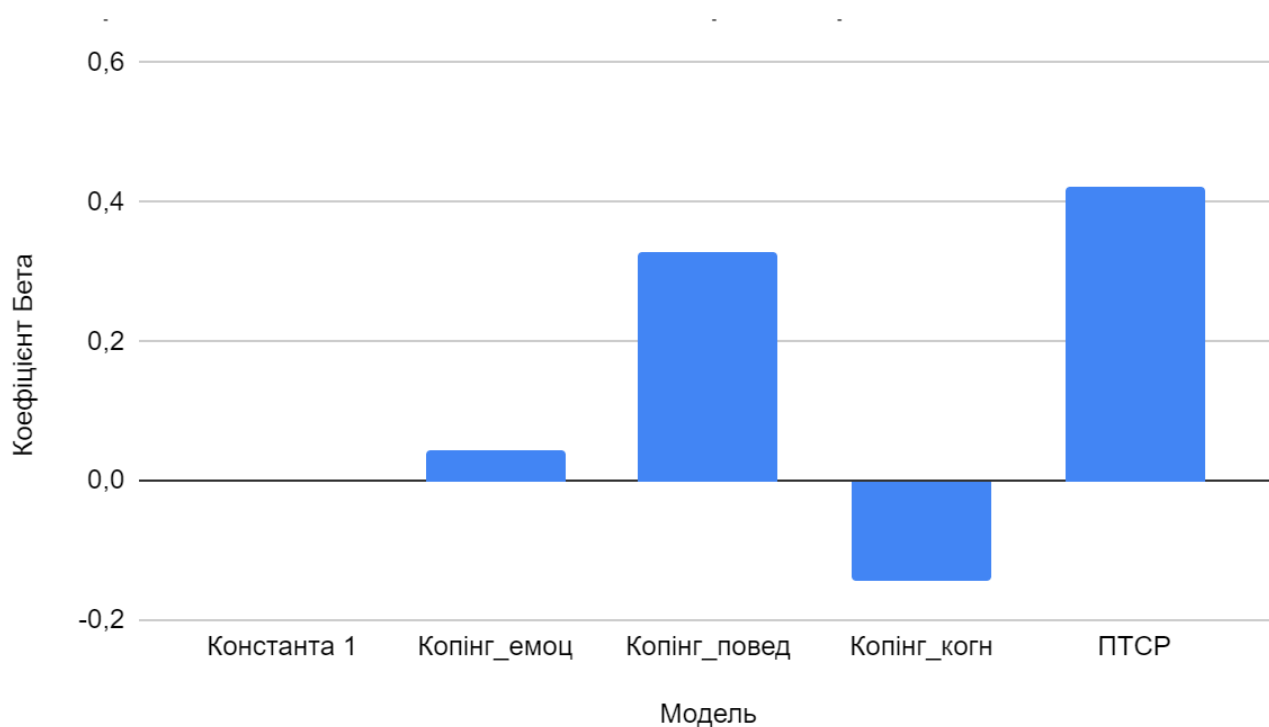


Рис. 3.6

Останнім етапом роботи з отриманими даними був порівняльний аналіз частот. Було досліджено на скільки часто у даній вибірці зустрічаються певні копінг-стратегії (різні способи виходу зі складних ситуацій були досліджені за допомогою опитувальника «Способи подолання критичних ситуацій Хайма»). В результаті було з'ясовано, що найчастіше серед респондентів у складних ситуаціях спрацьовує когнітивна адаптивна копінг стратегія, а саме – збереження самоконтролю (понад 44%). Далі по розповсюдженості йде емоційна адаптивна копінг-стратегія (оптимізм) та поведінкова відносно адаптивна копінг-стратегія (відволікання).

Відповідно, можна зробити висновок, що частина респондентів намагаються зберегти самоконтроль у складних та емоційній ситуаціях, що позитивно впливає на їх харчову поведінку і, вірогідніше за усе, ризик розвитку розладу харчової поведінки у даних респондентів є мінімальним.

3.2 Профілактика та попередження розладів харчової поведінки під час війни

Як ми вже з'ясували, причинами виникнення розладів харчової поведінки можуть бути не лише соціальні мережі, вплив суспільних тенденцій, а й складні умови проживання та вплив хронічного стресу, пов'язаного з активними військовими діями.

Чи можливо самотійно попередити виникнення проблем з харчуванням та уникнути їх розвитку? Звичайно, ми можемо вживати профілактичні заходи, аби запобігти розвитку розладу та ускладненням вже наявних проблем з харчуванням:

- відновити режим та структуру харчування. За можливістю слід планувати свій раціон протягом дня та дотримуватися заздалегідь продуманих прийомів їжі. При цьому дуже важливо відмовитися від сортування продуктів харчування на "корисні" та "шкідливі". Варто збалансувати кожен прийом їжі усіма необхідними компонентами - білками, жирами та вуглеводами;

- дотримання гігієни сну. Дуже важливо створити певний режим, щоб людина відходила до сну та прокидалася приблизно у один і той самий час. Тривалість сну для чоловіків 7-8 год в середньому, для жінок 8-9 годин. Протягом 30-40 до сну необхідно провітрити кімнату та за годину до сну бажано мінімізувати вплив випромінювання від цифрових гаджетів та сітківку ока;

- фізична активність протягом дня. Це дуже важливий пункт, адже крім нашої харчової поведінки (почуття голоду та насиченості, вага та форма тіла), він також впливає на загальний стан організму. Під фізичною активністю не завжди розуміється відвідування спортивного залу чи важкі фізичні навантаження. Це може бути щоденна погулянка парком або коротка прогулянка перед сном;

- хобі та позитивні емоції. У розрізі війни дуже важливо знайти справу, яка би приносила людині задоволення та відволікала від тривожних думок та негативного потоку новин;

- робота зі спеціалістом. Надважливий пункт для профілактики та попередження розвитку розладу харчової поведінки це робота з психологом. За потреби людині можуть поради і інших фахівців, але без підтримки стабільності свого психологічного та емоційного стану результат від роботи з дієтологом або нутриціологом, наприклад, не буде довготривалим.

В цей час не слід пред'являти звинувачення собі чи ще гірше «воювати з їжею» - це стане додатковим навантаженням на психіку, яка всі свої ресурси направляє на адаптацію та відновлення.

Дуже важливо звертати увагу на сприйняття себе. Найкращою профілактикою розладів харчової поведінки є сформувати позитивний образ власного тіла у своїй уяві:

- чітке сприйняття тіла;
- відсутність зацикленості на їжі, калоріях та вазі тіла.
- прийняття свого тіла у будь-якій фізичній формі;
- позитивне ставлення та повага до свого тіла;
- фізична активність задля отримання задоволення та покращення свого стану, а не як покарання або відпрацювання їжі;
- прояв любові до свого тіла у вигляді турботи та догляду, а не обмежень та постійної критики;
- розуміння, що зовнішність не є основною складовою;

Варто не забувати, що важливу роль у сприйнятті себе та свого тіла відіграють батьки, тож їм теж слід працювати зі своїми дітьми. Однією з основних рекомендацій являється пояснення дитині важливість повноцінного, збалансованого харчування і помірних фізичних вправ. У цьому випадку треба бути безпосередньо прикладом здорових звичок та адекватного ставлення в першу чергу до свого тіла. Не потрібно тотально контролювати харчування дитини та нав'язувати своє ставлення до тих чи інших продуктів. Проводьте час

з дитиною, цікавтеся її інтересами, допомагайте пробувати нові активності та обирати ті, що їй найбільше подобаються. Те ж саме стосується і їжі. Не бійтеся пробувати та знайомити дитину з новими продуктами харчування і пробувати щось нове разом. Спілкуйтеся з дитиною у тому чисті і про медіа простір, допомагайте їй вчитися критично сприймати те, що показують по телевізору та розповсюджують в соціальних мережах.

Якщо ж ми говоримо про вже сформовану особистість, тут варто в першу чергу звернути увагу на обізнаність в елементарних поняттях біології та хімії. Кожна людина має розуміти як впливає їжа на організм. Тут важливо відчувати стан насичення та аналізувати почуття голоду. Для цього важливо прислухатися до свого тіла та аналізувати його фізіологічні потреби.

Коли тривалий час на фоні стресу ми не відчуваємо бажання їсти - ми можемо нагадувати собі про це у прямому сенсі цього слова. Помічним в цьому може стати налаштування нагадування кожні 4-5 годин на будь-якому гаджеті, наприклад, на телефоні. На сьогоднішній день існує безліч додатків на смартфонах, які допомагають контролювати кількість спожитої рідини та нагадують про заплановані прийоми їжі або перекуси.

Також варто порадити за потреби знизити / набрати / підтримувати вагу і розумінні, що самотійно це зробити важко, звертатися до спеціалістів. Нутриціологи та дієтологи допоможуть без шкоди для здоров'я та психіки скорегувати вагу та збалансувати ваш раціон.

Якщо не брати проблеми саме з харчуванням та доступністю продуктів під час війни, людина може реагувати на стрес підвищеним апетитом. Точніше, бажанням увесь час щось жувати, не маючи при цьому фізіологічного почуття голоду та насичення. Депресивний стан зменшує кількість позитивних емоцій, і тому смачна їжа працює як основне джерело дофаміну. Крім того, це на багато простіше, аніж докладати зусилля і шукати більш складні способи отримання задоволення. Що може у цьому випадку допомогти, аби не стати на шлях, який у запущеній формі може призвести до розвитку розладу харчової поведінки?

Для початку - відслідковування та рефлексія. Так, буде важко стримуватися і обмежуватися себе, це точно. Але щоразу проговорюючи у себе в голові, що людина відчуває, які емоції намагається отримати і чого ж вона хотіла, у подальшому допоможе підсвідомо шукати ще якісь легкі, але дієві способи, що призведуть до отримання задоволення. Якщо людина знаходиться у безпеці, це можуть бути доглядові процедури за тілом та обличчям, можливо, серіал або фільм. Такий метод, так само як і книжка, допоможе перенестися в уяву і відволіктися від проблеми, яка тривожить. У моменти відчаю та смутку не завжди є доцільними зустрічі з близькими або друзями, тому варто подумати про спеціаліста. Психолог для початку, або психотерапевт, якщо вже є певні розлади та психологічні складнощі.

Якщо говорити про допомогу людям, які в результаті стресу, який був спричинений війною, мають діагностований розлад харчової поведінки, важливо звернутися до спеціалістів. Зазвичай, у роботі з РХП бере участь багатопрофільна команда фахівців. Щонайменше у її складі має бути психотерапевт і сімейний лікар.

Як вже було зазначено раніше, будь-яка робота з порушення харчування та розладом харчової поведінки вирішується за допомогою міжгалуззевого підходу. З особистістю мають працювати в першу чергу психологи або психотерапевти. Біологічний напрямок корекції розладів харчової поведінки включає переважно медикаментозні засоби. Такі як:

- розробки дієт;
- фармакотерапія;
- хірургічні методи;
- професійний підбір різноманітних способів корекції ваги та форми тіла.
- гігієна правильного/здорового харчування;

3.3 Засоби психологічної корекції

Саме психологічні засоби корекції порушень харчової поведінки, спрямовані на внутрішні механізми та причини формування такої поведінки, а також стійкого функціонування. Тому вони є основними та максимально ефективними для досягнення позитивної динаміки, необхідного результату та тривалого ефекту.

На початку співпраці, спеціаліст має врахувати певні методичні аспекти, які у подальшому будуть сильно впливати на результат та динаміку нашого пацієнта:

- тип розладу харчової поведінки;
- точна причина розвитку розладу;
- на що повинні бути спрямовані корекційні дії (формування продуктивних якостей особистості, створення і закріплення позитивної поведінки, а не тільки корекція маси та форми тіла).-

Корекційні впливи, за допомогою яких можна працювати з розладами харчової поведінки умовно можна поділити на психологічні та психотерапевтичні.

Серед останніх вважаються найбільш ефективними:

- Тілесно-орієнтована терапія. Ця терапія допомагає людині краще відчувати свій тілесний стан, навчитися усвідомлювати свої потреби та бажання, які дуже часто можуть залежати від їжі, яку людина найчастіше вживає. Основна робота у цьому підході направлена на прийняття та усвідомлення себе та можливість покращити актуальний образ життя;

- Сугестивні методи. Основним інструментом цих методів є лікувальне навіювання (гіпнотичний сон, наприклад), а також методи релаксації (Бурлачук);

- Гештальт-терапія, символдрама, когнітивно-поведінкова терапія. Більшість сучасних іноземних лікувальних корегувальних програм для людей з

розладами харчової поведінки направлені в основному на комбінаційне застосування елементів таких видів психотерапії, як поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії (Н. Cordery, G. Waller, E. Corstorphine);

- Екзистенційно-феноменологічний підхід більше спрямований на вивчення та дослідження особистості та її щоденної взаємодії з навколишнім середовищем та іншими людьми зокрема. Одним з завдань цієї терапії є навчити та допомогти людині приймати себе у всіх можливих проявах, як позитивних, так і негативних (Alsaker F., Flammer A);

- Міжособистісна психотерапія, яка в основному направлена на створення певних умов, які будуть спонукати людину ділитися власними думками та тривогами з оточуючими людьми, що також вплине на покращення та оптимізацію міжособистісних стосунків (Golden, N. M., Wood, C., Schneider M).

Як висновок, можна з упевненістю сказати, що уся робота з психокорекції направлена на осіб, які визнають наявність проблеми та які готові з нею працювати. Робота з розладами харчової поведінки має довготривалий період роботи з психологом або психотерапевтом.

Однієї з основ, яка гарантує успіх у співпраці із спеціалістом, будь то психолог, нутриціолог або інший суміжний спеціаліст, є бажання та усвідомленість пацієнта. Вміння спілкуватися з собою, слухати свої думки та аналіз своїх відчуттів дає змогу якнайменше, зрозуміти, що у людини є певні проблеми, навіть якщо у поведінці простежуються лише віддалені дзвіночки. Зацікавленість у лікуванні, а не насильна робота, бо так сказали батьки / друзі / чоловік / дружина - запорука 90% успіху.

Висновки до 3 розділу

1. В результаті проведення порівняльного аналізу незалежних змінних нам вдалося виявити, що суттєвих відмінностей у прояві ПТСР в жінок та чоловіків немає.
2. У результаті проведення кореляційного аналізу за допомогою двостороннього коефіцієнта Спірмена та :

- Найбільший зв'язок рівня ПТСР спостерігається з обмежувальною харчовою поведінкою особистості. Звідси слідує висновок, що людина, яка знаходиться під впливом сильного або хронічного стресу і має обмежувальний тип харчової поведінки буде більше схильна до самостійного обмеження себе у харчуванні, що в подальшому може призвести до розвитку розладів харчової поведінки.

- Найменший зв'язок був встановлений між рівнем ПТСР та екстернальним типом харчової поведінки. Відповідно, особистість з таким типом харчової поведінки буде менше звертати увагу на харчування та змінювати його під впливом стресових факторів.

3. У результаті проведених досліджень з використанням регресійного лінійного аналізу зі стандартним показником Бета та Короткого опитувальника тривоги, депресії та ПТСР, а також опитувальника «Способи подолання критичних ситуацій» було виявлено такий взаємозв'язок:

- Найсильніший вплив на харчову поведінку та розвиток розладів харчової поведінки має ПТСР, у порівнянні з копінг-стратегіями.
- При цьому трохи менше у цьому випадку на типи харчової поведінки впливає поведінкова копінг-стратегія, емоційна копінг-стратегія впливає у меншій мірі, а когнітивна копінг-стратегія впливає зворотнім чином і має негативний зв'язок. З усіх копінг-стратегій серед респондентів найбільшого впливу мають саме адаптивні копінгі.

Таким чином, в результаті проведених досліджень було підтверджено зв'язок рівня стресу та ризику розвитку розладу харчової поведінки у особистостей з будь-яким типом харчової поведінки.

4. Було розроблено профілактичні методи попередження розвитку розладів харчової поведінки та підібрано засоби психологічної корекції порушень харчової поведінки, спрямовані на внутрішні механізми та причини формування такої поведінки, а також стійкого функціонування.

Висновки

1. У роботі був здійснений теоретичний аналіз впливу стресу в результаті війни на харчову поведінку особистості.

«Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу». Розлади харчової поведінки (РХП) / харчові розлади / розлади, що пов'язані зі споживанням їжі - це ряд психічних розладів, які пов'язані з харчуванням. Серед них виокремлюють: нервова анорексія, нервова булімія, психогенне переїдання, спотворення смакових якостей, вибіркоче обмеження у певних групах продуктів.

Проблеми, пов'язані з вивченням психологічних факторів, що впливають на розвиток розладів харчової поведінки, в тому числі і хронічний стрес, який переслідує українців протягом усього часу повномасштабного вторгнення, досліджували такі зарубіжні та вітчизняні вчені, як: Т. Назаренко, О. Сушко, Т. Нечитайло, С. Холл, В. Чарльз, Дж. Коулман, С. Орбах, М. Білоусенко, Л. Бурлачук.

2. З метою дослідження впливу стресу на розлади харчової поведінки особистості під час війни проведено емпіричне дослідження, в якому взяло участь 45 осіб (з них 13 чоловіків та 32 жінки) від 14 років до 42 років. Серед досліджуваних є ті, які мають діагностований розлад харчової поведінки (10 осіб); досліджувані, які скаржаться на певні порушення харчову поведінку в результаті стресу, який вони отримали після початку повномасштабної війни, але не мають діагностованого РХП (12 осіб); досліджувані, які мають проблеми з харчовою поведінкою (20 осіб). У дослідженні використані наступні емпіричні методики, а саме: Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire); Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПНС); Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР (В.В. Hart).
3. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що відсутні статистично значущі відмінності частоти РХП у чоловіків та жінок. Визначено, що у досліджуваних частіше зустрічаються адаптивні когнітивні та поведінкові копінг-стратегії. Виявлено статистично

значущий кореляційний зв'язок між зростанням рівня стресу та зростанням ризику розвитку розладу харчової поведінки у досліджуваних.

4. За допомогою регресійного аналізу з'ясовано, що емоційний тип харчової поведінки при високому рівні прояву симптомів ПТСР має значущий вплив на розвиток розладу харчової поведінки. Обмежувальний та екстернальний типи харчової поведінки мають менш суттєвий вплив на ймовірність розвитку РХП.
5. Розроблено рекомендації щодо профілактики та вчасного запобігання стрімкого розвитку розладів харчової поведінки у людей, які знаходяться в умовах війни. Основні рекомендації спрямовані саме на зміну та покращення режиму дня людини. По можливості, слід звернути увагу не лише на кількість, але і якість сну, режим фізичної активності (тут можуть бути звичайні прогулянки на свіжому повітрі). Дуже важливо сформувати зручний режим прийомів їжі та навчитися самостійно регулювати його, або звернутися до компетентного спеціаліста. Крім базового розпорядку дня рекомендації націлені на покращення свого психологічного здоров'я (у цьому можуть допомогти такі підходи, як гештальт-терапія, міжособистісна терапія, екзентанційно-феноменологічний підхід, символдрама, когнітивно-поведінкова психотерапія та інші), розвиток вміння аналізувати та відчувати свій організм та його потреби.

1. Назаренко Т, Сушко О., Курило Г. Розлади харчової поведінки в Україні: проблеми і перспективи: Стаття, 2016 <https://health-ua.com/article>.
2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.
3. Watson H.J., Yilmaz Z., Thornton L.M. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genet.* Стаття 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31308545/>
4. Antoine Aoun, Frederico Duarte Garcia, Caroll Mounzer, Sani Hlais, Sebastien Grigioni, Khalil Honein, Pierre Déchelotte Gen War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: a study in Lebanese university students. Стаття 2013 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834313000595>
5. Leah Douglas Why eating disorders pervade the U.S. military. Стаття 2021. https://thefern.org/blog_posts/ferns-friday-feed-why-eating-disorders-pervade-the-u-s-military
6. Claus Vögele, Annika P.C. Lutz, and Edward Leigh Gibson Mood, Emotions, and Eating Disorders. *The Oxford Handbook of Eating Disorders, Second Edition* 2017
7. Savage, J., Orlet, F. J., & Birch, L. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law and Medical Ethics*, 35, 22–34, 2007
8. Polivy, J. and Herman, C.P. Causes of Eating Disorders" 187-213 Стаття, 2002 "http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103"10.1146
9. Pamela K. Keel PhD, K. Jean Forney Psychosocial risk factors for eating disorders.. *International Journal of Eating Disorders*. First published: 09 May 2013. DOI:10.1002/eat.22094
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Хвесик Н. Як розпізнати розлади харчової поведінки: поради фахівців. Стаття, 2021 <https://medicine.rayon.in.ua/news/>.

12. Renee McGregor Orthorexia. When healthy eating goes bad. Nourish eat well, live well, 2017. 175 c.
13. Lawrence C. Kolb, Disturbances of the Body-Image, 1974. 78c.
14. Antoine Aoun, Frederico Duarte Garcia, Caroll Mounzer, Sani Hlais , Sebastien Grigioni, Khalil Honein, Pierre Déchelotte. Psychiatric–Medical Comorbidity War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: a study in Lebanese University Students”.
15. Robert Lindner Psychotherapy: Portraits in Fiction The Girl Who Couldn't Stop Eating, 1954. 73 c.
16. National Institute of Mental Health Eating Disorders About More Than Food 2021. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders>
17. Armed Forces. Ingram SJ, Coetzee R.H Clinical The Primary Care Diagnosis and Management of Bulimia Nervosa and its Relevance in the UK. Journal of the Royal Naval Medical Service, 2012; 98(2):6-12. PMID: 22970638
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual / 3-rd ed. Washington, 1987;
19. Halmi K. Anorexia nervosa: Comprehensive Text book of Psychiatry. Baltimore, 1985.
20. Thompson, S.B.N. Eating disorders: a guide for health professionals. London: Chapman & Hall, 1993.
21. Michelle May Eat What You Love, Love What You Eat: A Mindful Eating Program to Break Your Eat, June 30, 2020.
22. Melanie Katzman, Lillie Weiss, Sharlene Wolchik. Treating Bulimia: A Psychoeducational Approach, 1985. 211pages.
23. Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating. Psychol Med. 1982. No 12(3). C. 625-35.

24. Ендрю Дженкінсон Чому ми такі ненажери. Як приборкати апетит. BookChef, 2021. 432с.
25. Gordon A. Eating Disorders: Bulimia nervosa. Hospital Practice, 2001 03. <http://www.hosprract.com/issues/2001/03/brgor.htm>.
26. Viktor E. Frankl, Harold S. Kushner (Foreword), William J. Winslade (Afterword), Isle Lasch (Translator) Man's Search For Meaning: The classic tribute to hope from the Holocaust, June 1st 2006. 200 с.
27. Christopher G. Fairburn Overcoming binge eating Second edition. The Guilford Press 2013, 263 с.
28. Yvonne H. C. Yau, Marc N. Potenza Stress and Eating Behaviors. Minerva Endocrinol. 2013 Sep; 38(3): 255–267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214609/>
29. Jessica L. Sieber Stress and Eating Behaviors: A Systematic Review. Master's Thesis, University of Tennessee, 12-2007, 69 с. https://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/244/
30. Yvonne H C Yau, Marc Potenza Stress and Eating Behaviors. September Article in Minerva Endocrinologica, September 2013. 38(3):255-267 https://www.researchgate.net/publication/257814323_Stress_and_Eating_Behaviors
31. Taaike Debeuf, Sandra Verbeken, Marie-Lotte Van Beveren, Nathalie Michels, Caroline Braet Stress and Eating Behavior: A Daily Diary Study in Youngsters. Front. Psychol., 21 December 2018 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02657/full>
32. Deborah Hill, Mark Conner, Faye Clancy, Rachael Moss, Sarah Wilding, Matt Bristow, Daryl B. O'Connor Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. School of Psychology, University of Leeds, Leeds, Department of Psychology, Anglia Ruskin University, Cambridge. In press, 2022 Jun 91 с.

33. Електронне джерело "Опитувальний щодо розладів харчової поведінки (2008 Fairburn) УІКПТ 2012 <https://i-cbt.org.ua/>
34. Крюкова Т. Л., Куфтяк Є. В., Гончарова С. С., Леонтьєв Д. А., Ільченко А. Н., Підручники для студентів онлайн (info{at}stud.com.ua) Діагностика психологічних захистів і копінг-стратегій Опитувальник "СПКС" 2006 "https://stud.com.ua/37649/psihologiya/diagnostika_psihologichnih_zahistiv_koping_strategiy"
35. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Методичний посібник К.: НДЦ ГП ЗСУ., Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців - Коротка шкала тривоги, дересії та ПТСР, Київ 2016. 234 с
<https://lib.iitta.gov.ua/>
36. Rogers P., Blundell J. Psychobiological bases of food choice. The British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin. 1990. No 15. P. 31–40
37. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. №1 (122), 2021
38. Nemiah J., Freiburger H., Sifneos P. Alexithymia A view of the psychosomatic process. Modern trends in psychosomatic medicine Butterworths, 1976. P. 430-440.
39. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. .No1 С. 53–66.
40. Van Strien, T., Herman C. P., & Verheijden M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? Appetite. 2008. 52 (2). P. 380-387.

41. Lauren Muhlheim When Your Teen Has an Eating Disorder. Published by New Harbinger Publications 2018, 188 c.
42. Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. Cognitive behavioural therapy for the eating disorders: a comprehensive treatment guide. Cambridge University Press. (2007). DOI 10.1017/CBO9781139644204
43. Alsaker F. & Flammer A. Pubertal maturation. In Jackson, S. & Goosens, L. Handbook of adolescent development. Hove: Psychology Press Ltd. 2006.
44. Golden, N. H., Schneider, M., Wood, C. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. Pediatrics, 2016. 138 (3). DOI 10.1542/peds.2016-1649.

Додатки

Додаток А

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior
Questionnaire, DEBQ)

Перед Вами ряд питань, що стосуються поведінки, пов'язаного з прийомом їжі. Дайте відповідь на них одним з п'яти можливих відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», поставивши галочку на відповідному стовпці на бланку тесту.

№	питання	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
1.	Якщо Ваша вага починає наростати, їсте Ви менше звичайного?					
2.	Чи намагаєтеся Ви є менше, ніж Вам хотілося б, під час звичайного прийому їжі (сніданок, обід, вечеря)?					
3.	Чи часто Ви відмовляєтеся від їжі і пиття через те, що турбуєтеся про Ваш вазі?					
4.	Акуратно Ви контролюєте кількість з'їденого?					
5.	Вибираєте Ви їжу навмисно, щоб схуднути?					
6.	Якщо Ви переїли, чи будете Ви на наступний день їсти менше?					
7.	Чи намагаєтеся Ви є менше, щоб не погладшати?					
8.	Чи часто Ви намагаєтеся не є між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?					
9.	Чи часто Ви намагаєтеся не є вечорами, тому що стежите за своєю вагою?					

10.	Чи має значення Ваш вага, коли Ви що-небудь їсте?					
11.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви роздратовані?					
12.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Вам нічого робити?					
13.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви пригнічені або збентежені?					
14.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Вам самотньо?					
15.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Вас хтось підвів?					
16.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Вам що-небудь перешкоджає, встає на Вашому шляху, або порушуються Ваші плани, або щось не вдається?					
17.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви передчуваєте якусь неприємність?					
18.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви стривожені, стурбовані або напружені?					
19.	Чи виникає у Вас бажання є, коли «все не так», «все валиться з рук»?					
20.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви перелякані?					
21.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви розчаровані, коли зруйновані Ваші надії?					

22.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви схвильовані, засмучені?					
23.	Чи виникає у Вас бажання є, коли Ви сумуєте, стомлені, неспокійні?					
24.	Їдете Ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?					
25.	Якщо їжа добре виглядає і добре пахне, коли їсте Ви більше звичайного?					
26.	Якщо Ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, з'являється у Вас бажання є?					
27.	Якщо у Вас є щось смачненьке, з'їсте ви це негайно?					
28.	Якщо ви проходите мимо булочній (кондитерської), чи хочеться Вам купити щось смачне?					
29.	Якщо Ви проходите повз закусочну або кафе чи хочеться Вам купити щось смачне?					
30.	Коли Ви бачите як їдять інші, з'являється у Вас бажання є?					
31.	Чи можете Ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?					
32.	Їдете більше, ніж зазвичай, в компанії (коли їдять інші)?					
33.	Коли Ви готуєте їжу, часто пробуєте її?					

Додаток В

Опитувальник "Способи подолання критичних ситуацій" (СПКС)

Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Позначте кружечок, який відповідає Вам найбільше підходить.

А. Когнітивні копінг-стратегії:

«Кажу собі: в даний момент є щось важливіше, ніж труднощі»

«Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»

«Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»

«Я не втрачаю самовладання і контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся нікому не показувати свого стану»

«Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж сталося»

«Я кажу собі: порівняно з проблемами Інших людей мої – це дрібниця»

«Якщо щось сталося, то так завгодно Богу»

«Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»

«Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалююсь сам»

«У даний час я не можу впоратися з цими труднощами, але з часом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б. Емоційні копінг-стратегії:

«Я завжди глибоко обурений несправедливістю долі до мене і протестую»

«Я впадаю у відчай, я ридаю і плачу»

«Я придушую емоції в собі»

«Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»

«Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»

«Я впадаю в стан безнадійності»

«Я вважаю себе винуватим і отримую по заслугах»

«Я впадаю в сказ, стаю агресивним»

С. Поведінкові копінг-стратегії:

«Я поринаю в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»

«Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»

«Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосереджуватися на своїх неприємностях»

«Намагаюся відволіктися і розслабитися (за допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі і т. п.)»

«Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (їду подорожувати, поступаю на курси іноземної мови тощо).

«Я ізолююся, намагаюся залишитися наодинці з собою»

«Я використовую співпраця зі значимими мені людьми для подолання труднощів»

«Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Додаток С

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі

стани? Оберіть лише один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”.

№	питання	так	ні
1.	Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
2.	Роздратування та поганий настрій		
3.	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4.	Неуважність, погана зосередженість уваги		
5.	Сильний смуток, печаль		
6.	Сильна втома, нестача енергії		
7.	Потрясіння або паніка		
8.	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9.	Труднощі із засинанням, погіршення сну		
10.	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		