

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**

**Факультет психології**

**Кафедра психології розвитку**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА**

**ВПЛИВ СТРЕСУ ВІЙНИ НА ХАРЧОВУ ПОВЕДІНКУ ЖІНОК**

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу 6 групи

**Дар'ї БЛАЖЧУК**

**Науковий керівник:**

д. психол. н., професор

професор кафедри психодіагностики

та клінічної психології,

**Тетяна ЯБЛОНСЬКА**

Допустити до захисту в ЕК  
кафедра психології розвитку

Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри: д.психол.н., доц.

**Наталія ДЕМБИЦЬКА**

\_\_\_\_\_ (підпис)

Київ – 2024

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СТРЕСУ</b>	
1.1 Війна як чинник стресу.....	7
1.2 Вплив стресу та ПТСР на харчову поведінку .....	10
1.3 Концепція харчової поведінки та фактори впливу на неї .....	11
1.4 Емоційні переживання особистості у відповідь на стрес: вікові відмінності.....	15
1.5 Теоретична модель дослідження впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку.....	20
Висновки до першого розділу .....	23
<b>РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СТРЕСУ</b>	
2.1 Етапи дослідження та характеристика вибірки.....	25
2.2 Операціональна модель дослідження та обґрунтування методичного інструментарію .....	27
Висновки до другого розділу.....	36
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК В КОНТЕКСТІ СТРЕСУ ВІЙНИ</b>	
3.1. Результати емпіричного дослідження харчової поведінки в умовах стресу.....	38
3.2. Кореляційний аналіз предикторів порушень харчової поведінки.....	50
3.3 Рекомендації щодо подолання стресу, пов'язаного з війною.....	55
Висновки до третього розділу.....	63
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	64
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	68
<b>ДОДАТКИ</b> .....	76

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Харчування є невід’ємною частиною існування людини. Харчову поведінку досліджували на різних етапах розвитку психології такі спеціалісти, як К. Леві-Строс, Л. Февр, Д. Багалій, М. Маркевич та ін., сучасні українські дослідники також присвячують увагу вивченню цієї проблеми (М. Душар, О. Брайченко, О. Сокирко та ін.).

Сьогодні активно відбувається реформування освіти в Україні. Одним з напрямків даного процесу є реформування системи харчування у закладах освіти. Проєкт «CultFood. Нове шкільне харчування», автором якого є Євген Клопотенко, направлений на збереження здоров’я дітей та формування у підростаючого покоління навичок здорового харчування і культури їжі. Проєкт реалізується під патронатом Олени Зеленської за активної участі Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров’я України, Міністерства економіки України, Державної служби України з питань безпеки харчових продуктів і захисту споживачів.

Розлади харчової поведінки (РХП) – це серйозні психічні розлади, які впливають на харчові звички та загальний стан здоров’я людини. Вони включають нервову анорексію, нервову булімію та розлади переїдання. Розлади харчової поведінки пов’язані з серйозними негативними медичними та соціальними наслідками, включаючи недоїдання, фізичні та психологічні ускладнення та смерть. Рівень смертності, пов’язаний з розладами харчування, вважається найвищим серед усіх психічних захворювань. Розлади харчової поведінки виступають у людей різного віку, статі, етнічної приналежності і на них можуть впливати численні фактори ризику, включаючи генетичну схильність, особистісні характеристики та соціальні фактори.

Це складна та актуальна проблема, яка потребує комплексного втручання та підтримки. Судячи з даних досліджень останніх років [22], стрес війни може мати значний вплив на харчову поведінку людини, оскільки

може призвести до зниження апетиту через стрес і тривогу, призвести до погіршення харчування та фізичної сили, а також загального самопочуття. Особи, які перебувають у стресовому стані або переживають травми, також схильні використовувати їжу як копінг-стратегію, механізм досягнення комфорту, що також може призвести до розладів харчової поведінки пов'язаної або неупорядкованої харчової поведінки, як-от переїдання, тому особам, які перебувають у стресовому стані або зазнали травми, важливо навчитися здоровим механізмам подолання та шукати підтримки та лікування, якщо це необхідно.

В сучасних вітчизняних дослідженнях досліджуються певні проблеми, пов'язані з впливом війни на психіку і життєдіяльність людини. С. Арефнія досліджує проблеми адаптації українців [28]; Т. Титаренко вивчає психологічні наслідки травматизації війни [29]. В. Панок фокусує увагу на проблемі надання першої психологічної допомоги потерпілим в період переживання війни, у тому числі дітям і дорослим, сім'ям і підліткам [30; 31]. Л. Карамушка вивчає основні стратегії збереження психічного здоров'я в період воєнного стану [32]. Водночас, незважаючи на наявність досить широких досліджень наслідків війни та їх впливу на ментальне здоров'я людини, питання впливу стресу, зумовленого війною, на зміну харчової поведінки людини залишається недостатньо вивченим і дуже актуальним на сьогоднішній день.

Війна в Україні має руйнівний вплив на громадян як фізично, так і морально. Широкомасштабні руйнування, загибель людей і переміщення спричинили значні травми, горе та невизначеність [1]. Багато людей вже понад два роки живуть із постійною загрозою насильства, невпевненістю у своєму майбутньому та переживаннями, спричиненими втратою близьких і майна. Можна стверджувати, що це специфічна форма травми, яка може викликати глибокі та тривалі психологічні наслідки. Важливо визнати та шукати розв'язань проблеми покращення ментального здоров'я громадян, які

перебувають в Україні, а також тих, хто був переміщений через війну та змушений був адаптуватися до нових умов життя.

**Об'єкт дослідження** – харчова поведінка.

**Предмет** – вплив стресу, пов'язаного з війною, на зміну харчової поведінки жінок.

**Мета** – здійснити теоретико-емпіричне дослідження впливу стресу війни на харчову поведінку жінок.

Досягнення мети передбачало виконання таких завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових досліджень щодо проблеми харчової поведінки та її змін внаслідок стресу в умовах війни.
2. Обґрунтувати психодіагностичний інструментарій дослідження.
3. Емпірично виявити психологічні особливості змін харчової поведінки жінок, а також описати початкові симптоми змін та порушень харчової поведінки.
4. Охарактеризувати схильності та звички осіб з проблемами харчової поведінки та сформулювати рекомендації щодо ефективних методів психотерапії та подолання негативних наслідків стресу.

У роботі було використано методи теоретичного й емпіричного дослідження:

а) *теоретичні методи* аналізу, порівняння, класифікації, систематизації, узагальненні інформації та можливість науково-теоретичного обґрунтувати отримані дані;

б) *емпіричні методи дослідження*: спостереження, тестові методики, спрямовані на виявлення причин та особливостей впливу стресу на людину та його тяжкість: Були використані різноманітні шкали та опитувальники, включаючи методику «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер), тест ЕАТ-26: тест ставлення до прийому їжі (діагностика анорексії та булімії) (D.M. Garner), опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013), методика діагностики рівня самооцінки (Ж.М. Казанцева),

Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997; в адаптації Т.Яблонської, О. Верніка, Г. Гайворонського, 2023).

**Характеристика вибірки.** У дослідженні взяли участь 229 опитаних жіночої статі, з них 145 осіб віком 18-25 років, 41 особа – 26-35 років, 31 осіб – 36-45 років та 12 осіб старше 45 років. З усіх досліджених жінок 132 особи перебували та перебувають в Україні, 31 особа знаходиться закордоном, 51 особа виїжджала, але повернулася додому, 15 осіб – мають статус вимушено переміщених осіб. Опитування проводилося шляхом використання Гугл-форми.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у виявленні нових результатів щодо чинників і специфіки розладів харчової поведінки жінок в умовах війни, узагальненні отриманих даних та їх порівнянні в різних вікових підгрупах; обґрунтуванні факторів, що спричиняють зміни харчової поведінки жінок, визначенні психотерапевтичних методів та рекомендацій з метою психологічної допомоги жінкам, які мають прояви розладів харчової поведінки.

**Практичне значення дослідження** полягає в можливості використання результатів, отриманих теоретичним та емпіричним шляхом, практичними психологами в якості змістовних орієнтирів у процесі вирішення завдань індивідуального консультування, у випадках надання психологічної допомоги. Дані дослідження можуть бути використані при складанні навчальних курсів і тренінгових програм для здобувачів вищої освіти зі спеціальності «Психологія».

**Структура роботи.** Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу та загальних висновків роботи, додатків, списку використаних джерел, що налічує 86 найменувань. Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках тексту, загальний обсяг складає 93 сторінки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СТРЕСУ

#### 1.1 Війна як чинник стресу

Стрес є природною відповіддю організму людини на психологічне та фізичне навантаження, яке може становити потенційну загрозу для здоров'я. адже при стресі активізуються взаємопов'язані нейроендокринні ланцюги, які приводять до певних змін на психофізіологічному рівні. Прояви стресу можуть бути індивідуальними, включаючи безсоння, апатію та панічні атаки. Навіть у спокійному середовищі розум може сприймати загрозу. Не зважаючи на переїзд людина за кордон, стрес може переживатися в інших формах, він нікуди не зникає.

Теорія загального адаптаційного синдрому (GAS) Ганса Сельє розглядає стрес як послідовну реакцію організму на стресори. Ця теорія визначає три основні стадії стресової відповіді: стадію тривоги, стадію опору та стадію виснаження. На першій стадії, стадії тривоги, організм мобілізує свої ресурси для боротьби зі стресором. Гормональна система, зокрема адреналін та норадреналін, активується, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень та підвищення кров'яного тиску. На стадії опору, яка настає після тривоги, організм намагається адаптуватися до стресору та відновити гомеостаз. Однак, якщо стресор залишається, організм може витратити свої ресурси, що може призвести до стадії виснаження. На цій стадії, організм втрачає здатність ефективно протистояти стресору, що може призвести до зниження функціональності органів та розвитку різних захворювань.

Теорія когнітивної оцінки Річарда Лазаруса, з іншого боку, підкреслює роль когнітивних процесів у сприйнятті та реакції на стрес. Згідно з цією

теорією, стрес виникає, коли людина оцінює ситуацію як загрозливу або таку, що вимагає багато зусиль, а її власні ресурси є недостатніми для подолання цієї ситуації. Оцінка індивідом ситуації як стресової може призвести до активації стресової відповіді.

Теорія соціального стресу, подібно до теорії когнітивної оцінки, розглядає роль соціальних факторів у виникненні стресу. Вона зосереджується на впливі соціальних чинників, таких як статус, роль у суспільстві та міжособистісні відносини, на стресову реакцію. Конфлікти у взаємодії з іншими людьми, недоліки у соціальному статусі або відчуття відмінності від інших можуть викликати стрес.

Стрес складається з двох складових: фізичної (об'єктивної) та психологічної (суб'єктивної). Друга, у свою чергу, залежить від сприйняття індивідом ситуації, рівня контролю та передбачуваності. Якщо можливо передбачити стресовий фактор і готуватися до нього, це допомагає керувати реакцією в подальшому.

Стрес, що спричинюється війною, відрізняється від звичайного стресу тим, що зазвичай перевищує здатність людини адаптуватися та змінюватися. Це складне явище, що запускає послідовні ланцюги реакцій у головному мозку та периферійній нервовій системі, таких як симпатико-адреналово-мозкова вісь та ендокринна система. Наприклад, адреналін та інші гормони можуть впливати на серцево-судинну та метаболічну функції, що може призводити до збільшення частоти серцевих скорочень та частоти дихання. Війна є тривалим та напруженим процесом, тривалість якої є невизначеною, а негативний вплив на психіку дуже значний. Хронічний стрес може викликати резистентність певних типів рецепторів, при цьому рівень медіаторів стресу залишається високим, що може призвести до ушкоджень органів та тканин.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психологічним станом, що розвивається у відповідь на пережиті індивідом травми. Це може бути результатом особистого досвіду або участі в якості свідка щодо

екстремальних подій, таких як військові конфлікти, природні катастрофи, важкі нещасні випадки, терористичні напади або сексуальне насильство.

Окрім гострого стресового розладу (ГСР) і хронічного стресу, пов'язаних з подіями війни, існує також вірогідність досить масштабного розвитку розладів адаптації (РА) і ПТСР, при цьому не тільки у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, але також у цивільних осіб. Особливий ризик розвитку таких розладів мають члени сімей військовослужбовців, біженці, волонтери тощо [22]. За даними різних авторів, від 12,5% до 44% ветеранів війни страждають на клінічно діагностований ПТСР, а часткові ознаки цього симптомокомплексу виявляються у віддалений період у 63%-85% випадків [6, с. 152].

Отже, слід очікувати, що досить багато осіб з розладами харчової поведінки мають ПТСР, проте значна частина осіб з розладами харчової поведінки переживають травматичні події і без його розвитку. Спостереження за пацієнтами свідчать, що існує також значне накладання симптомів ПТСР та інших розладів (наприклад, спогади людей з посттравматичним стресовим розладом схожі на спогади людей з депресією) (див. Додаток Б).

Як було з'ясовано, ПТСР найчастіше йде пліч-о-пліч з РХП, являє собою один з найвиразніших наслідків психічної травматизації і часто є найбільш вагомим чинником його появи або йому дуже сприяє.

Особи, які переживають стрес від війни, часто мають проблеми з апетитом, на відміну від людей, які перебувають у меншому стресовому стані. Сильні негативні переживання в результаті стресу порушують харчову поведінку людини, що призводить до різних розладів, збільшення гормонів стресу збільшення шлункової кислоти, що призводить до ризику печії або кислотного рефлексу, відповідно, і може повністю порушити роботу травної системи.

## 1.2. Вплив стресу та ПТСР на харчову поведінку

Виражений стрес може знижувати бажання їсти. Коли організм отримує сигнал про стрес, він виробляє адреналін, що сприяє кращому кровообігу, підвищенню кров'яного тиску та прискоренню серцебиття. У цей час діяльність травлення сповільнюється, оскільки вона може перешкоджати швидкій реакції організму. Апетит при цьому зазвичай зменшується. Коли загроза минула і людина відчуває себе в безпеці, її організм потребує відновлення енергії. У цей момент виробляється кортизол, який стимулює апетит. Зазвичай, після зникнення стресу, рівень кортизолу повертається до норми. Проте, при тривалому стресі, як це часто буває, рівень кортизолу в організмі залишається підвищеним. Це може призвести до постійно збільшеного апетиту.

Дані сучасних психологічних досліджень вказують на наступне:

- Відсоток осіб із булімією, які також мають ПТСР, коливається між 37% та 40%.
- Близько чверті (26%) жінок з розладом харчової поведінки, зокрема з переїданням, відповідають критеріям ПТСР.
- Майже чверть (23%) осіб з анорексією відповідають критеріям ПТСР.
- 11,8% жінок, які мають інші форми розладів харчової поведінки, виявляють симптоми ПТСР.
- Серед тих, хто отримував стаціонарне лікування розладів харчової поведінки, до 52% мають симптоми ПТСР [49].

Травматичний досвід може призвести до формування негативного сприйняття особою власного тіла та самооцінки. Часто людина може звинувачувати власну зовнішність за неприємні події, що сталися з нею. У таких випадках особи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)

можуть вдаватися до контролю над їжею як до способу зміни свого тіла, як захисту або для зменшення ненависті до самих себе.

У деяких випадках порушення харчової поведінки можуть бути реакцією індивіда на травматичні переживання. Як ПТСР, так і розлади харчової поведінки часто супроводжуються дисоціацією – відчуттям відчуженості від власного “Я”. Особи, які страждають на обидва ці розлади, можуть використовувати харчову поведінку як спосіб відключення від травматичних спогадів та емоцій.

ПТСР та розлади харчової поведінки часто пов’язані, але можуть також розвиватися окремо. Для деяких людей, розлади харчової поведінки можуть стати способом боротьби з ПТСР, спробою відновити контроль або відчуття відокремленості від власного тіла, або навіть як спосіб самопокарання.

### **1.3 Концепція харчової поведінки та фактори впливу на неї**

При розладах харчової поведінки індивід часто має спотворене або аномальне ставлення до їжі. Це може включати уникання їжі або певних видів їжі чи переїдання. Крім того, за певних обставин особи можуть ігнорувати або уникати фізичних сигналів голоду та ситості, наприклад, обмежуючи споживання або вдаючись до очищення. Це може призвести до ненормального харчового статусу, що може ще більше посилити розлад харчової поведінки та загострити симптоми.

Зміни в харчовій поведінці можуть варіюватися від «не лізе їжа до рота» до «хочеться їсти весь час» (навіть якщо немає розладу харчової поведінки). Вважається, що реакція організму на гострий стрес може тривати до шести тижнів. Згодом інтенсивність цих проявів зменшується, а потім у більшості осіб вони зникнуть самі собою.

Реакція «Я не відчуваю голоду і зовсім не хочу їсти». Коли це відбувається в гострій фазі стресу (до трьох днів) – це нормально. У цей час

відбувається активне вироблення гормонів стресу і природною є реакція людини на стрес «бийся або біжи», що приводить до активізації всіх відповідних систем організму. У цей момент не варто змушувати себе їсти як зазвичай, відсутність голоду є нормальним явищем, але в такий період тілу необхідно забезпечити достатню кількість рідини шляхом пиття. За кілька днів такого «годування» нічого страшного для організму здорової людини не станеться, але після завершення цього етапу варто подбати про те, щоб такий спосіб харчування не увійшов у звичку.

Зрештою, така харчова поведінка пов'язана з ризиком розвитку таких симптомів, як втрата ваги, остеопороз, випадіння волосся, втрата свідомості тощо, а також серйозних харчових розладів, таких як анорексія. Коли через кілька днів період гострої реакції на стрес проходить, а почуття голоду не з'являється – людина, щоб не провокувати ризики для здоров'я, може допомогти собі і своєму організму отримати необхідні для життя енергетичні ресурси, тобто споживати достатню для функціонування кількість їжі.

Якщо ж індивід постійно їсть і це відбувається в період часу, який припадає на фазу гострої стресової реакції, тобто у період кількох днів після того, як стресовий фактор вплинув на організм людини, – це нормально. Так людська психіка захищається від можливого руйнування, це своєрідний захист від «більших втрат». Навіть коли цей період минув, а бажання їсти більше їжі залишилося – цьому теж є більш-менш логічне пояснення. Широко вживані та легкодоступні продукти, такі як хліб (або будь-яка випічка), шоколадні батончики або навіть (особливо гаряча) картопля, мають високий глікемічний індекс. Тобто їх вживання швидко підвищує рівень цукру в крові. На рівні відчуттів це відображається в «миттєвому задоволенні». Уся висококалорійна, жирна їжа, яку хочеться їсти частіше та в більшій кількості, ніж зазвичай, також стимулює систему задоволення (систему дофаміну). З одного боку, вживання їжі відволікає від впливу стресових факторів, а з іншого боку, вживання такої їжі є джерелом енергії, яку людський мозок вважає цінним ресурсом для виживання [32].

Про компенсаторну харчову поведінку добре написано в книзі «Психологія концтабору», де В.Франкл описує свій досвід у концтаборі. Психолог пише про жахливі умови виживання в'язнів, про надзвичайно мізерну калорійність раціону та повне недоїдання, якого вони зазнавали протягом усього перебування там. І коли він опинився серед небагатьох, кому пощастило вижити, він написав у своїй книзі про власний досвід «звільнення від харчових обмежень» так: *«Тіло звільнилося швидше, ніж мозок. Воно скористалося свободою в повній мірі з першої миті та почало переїдати протягом годин і днів, навіть посеред ночі. Дивовижно, яку кількість їжі можна з'їсти»* [33]. Так, як це не парадоксально, але найчастіше переїдання є результатом досвіду недоїдання [33].

Як зазначається у сучасних дослідженнях, з початком повномасштабного вторгнення можна виокремити кілька загальних тенденцій харчової поведінки [22]:

- Оцінка продовольчих запасів.
- Втрата апетиту в перший період війни.
- Вживання енергетичних напоїв для збудження.
- Харчування фастфудом, перекусами.
- Нерегулярне харчування.
- Економія їжі.
- Потреба/бажання роздавати їжу.
- Зменшення обсягу/переорієнтація/виключення певних продуктів з раціону через фізичну відсутність або підвищення на неї вартості.
- Зміна практики приготування їжі, прийому їжі та харчових звичок.
- Повсякденні/традиційні ритуали приготування/вживання їжі для захисту психіки та «довоєнного» відчуття (наприклад, відвідування закладів громадського харчування).
- Почуття провини за вживання певних видів їжі або їжі загалом.

- Поступова нормалізація харчування та адаптація до нових військових умов.
- Максимальне повернення до звичного раціону.

Також можна підкреслити наступні загальні зміни у звичках та поведінці більшості українців з приходом війни до України [22]:

- Вживання кофеїновмісних/енергетичних напоїв (кави, міцного чаю) з метою, щоб не спати якомога довше (пов'язано зі страхом заснути та отримати травму від пізніх нічних пострілів або пропустити важливі повідомлення, сигнали тривоги тощо; керуючись почуттям того, що необхідно бути завжди готовим).
- Знецінення значення їжі, ненадання їй належної уваги на початку війни (забувати про своє харчування в перші дні війни; виснаження пам'яті).
- Поганий апетит/втрата апетиту особливо у перший період війни або, навпаки, підвищення апетиту.
- Надмірне вживання або, навпаки, різке зменшення кількості солодкого.
- Вплив повітряної тривоги на апетит (як у бік відмови від їжі, так і в бік збільшення обсягу споживання).
- Їсти та пити «за примусом» (примус, незважаючи на втрату апетиту через усвідомлення необхідності їсти та пити).
- Підвищення цінності «простих, звичайних» продуктів (переорієнтація на економність і переоцінка харчової цінності продуктів).
- Почуття провини за споживання певної їжі чи їжі загалом (прояв «синдрому вижилого» – усвідомлення несправедливості та нерівномірного розподілу їжі під час кризи, почуття провини вижилого).
- Задоволення від споживання знайомої/домашньої їжі (щоб відволіктися від навколишніх подій, відчути смак, аромат і задоволення від споживання їжі) [22].

#### **1.4. Емоційні переживання особистості у відповідь на стрес: вікові відмінності**

Зрозуміло, що стресові реакції, спричинені війною, виникають в осіб різного віку, статі, соціального статусу. Однак ми зосередимо свою увагу на вікових і статевих особливостях емоційних переживань жінок, оскільки саме ця категорія досліджуваних є найбільш чутливою і має більший ризик розвитку розладів харчової поведінки. Зупинимось на вікових особливостях емоційних переживань.

В період підліткового та юнацького віку відбуваються значні зміни в організмі, які можуть викликати психічну нестабільність, невизначеність та роздуми про майбутнє, часто призводячи до стресу. У цей час у старшокласників можуть спостерігатися значні відмінності у швидкості та рівнях розвитку, що може викликати тривогу та побоювання. Цей етап життя характеризується завершенням дитинства та переходом до дорослішання, що може супроводжуватися інтенсивними емоційними переживаннями та страхами щодо власного місця в суспільстві. Відносини з дорослими та однолітками змінюються, а прагнення до незалежності та дорослих форм поведінки можуть призвести до конфліктів. Всі ці фактори можуть стати причиною стресових станів.

За дослідженнями Н. Єфремової, О. Тушиної, О. Макаренка та М. Голубева, виокремлено декілька факторів, які можуть спричинити психічні негаразди у підлітків [80]:

- Неправильний підхід до виховання в сім'ї, що може включати відсутність прийняття дитини батьками або надмірну концентрацію матері на соціалізації дитини.

- Присутність компенсаторних рис характеру та негативних особистісних рис, таких як самоцентрованість, емоційна нестабільність, неправдивість, імітація поведінки, тенденція до демонстрації.
- Негативне ставлення вчителя, якого дитина вважає авторитетом.
- Неприятливі відносини з ровесниками.

Також стрес у підлітковому віці може бути зумовлений різними чинниками, включаючи [80]:

- Підвищене навантаження на організм (фізичне, фізіологічне, емоційне);
- Рутинність у повсякденному житті;
- Постійні подразники в оточенні;
- Перехідні періоди в житті;
- Соціальні та соціально-психологічні впливи;
- Невизначеність щодо майбутнього;
- Дисгармонія особистості, включаючи емоційні розлади;
- Вплив зовнішнього середовища.

У науковому співтоваристві існує розбіжність думок стосовно впливу гендеру на стресостійкість. Деякі вчені, як-от Ш. Берн [77], заперечують значущість гендерних розходжень у емоційній відповіді. Проте, інші науковці, вважають, що стресостійкість залежить від гендеру, враховуючи гендерно-специфічну вразливість та стратегії протидії стресу. З іншого боку, вчені стверджують, що хоча юнаки та дівчата не різняться за загальним показником емоційності, вони мають відмінності в особистісних характеристиках. У дівчат вищі рівні емоційного інтелекту, тоді як юнаки краще виявляють здібності до самовираження, керування емоціями та адаптації до стресових умов.

Інші дослідження, показують, що дівчата можуть бути менш стресостійкими порівняно з чоловіками через відмінності у реакції нервової системи на сильні подразники. Під час високого стресу юнаки краще

справляються з прийняттям рішень. Пов'язують меншу стресостійкість дівчат з біологічними процесами, такими як повільне відновлення фізіологічних показників після стресу, наприклад, рівня кортизолу, а також з більш швидкою активацією регуляторних систем під час емоційного стресу, що призводить до більш інтенсивного збудження, але швидшої емоційної реакції у дівчат [79].

Дослідження вказують на те, що юнаки можуть бути більш вразливими до стресу та схильні до психосоматичних проблем у порівнянні з дівчатами, які, в свою чергу, виявляють вищу стресостійкість та кращі адаптивні здібності. Це можливо через те, що чоловіки часто придушують свої емоції, що відповідає соціальним нормам та очікуванням [79; 80]. Згідно з дослідженнями С. Хазової, дівчата використовують більш гнучкі підходи до стресу, застосовуючи різноманітні стратегії в залежності від обставин. На відміну від цього, юнаки показують меншу гнучкість у відповідях на стрес. С. Хазова також зазначає, що дівчата прагнуть до особистісного розвитку та творчості, намагаються знаходити позитив у складних ситуаціях та шукають різні форми підтримки [80].

У зрілому віці людина має більшу стійкість, оскільки вона вже має певний досвід подолання різних стресових ситуацій, набула багатьох особистісних рис певної стійкості, які ще продовжують формуватися. Водночас соціальні умови життя провокують набагато більше стресових ситуацій. Наприклад, окрім того, що доросла людина несе повну відповідальність за свої вчинки, після народження дітей вона також відповідає за них. Професійне життя різною мірою також часто викликає стрес, а тому вимагає від людини високого рівня стресостійкості та вольових зусиль у той час, як молоді люди можуть бути більш відкритими для вивчення нових соціальних мереж і ситуацій, дорослі люди похилого віку часто прагнуть зберегти існуючі соціальні зв'язки, які забезпечують підтримку і комфорт у важкі або невизначені часи. Ця різниця в підходах до управління стресом через соціальні зв'язки може бути пов'язана з

різноманітним життєвим досвідом і рівнем зрілості молодих і дорослих вікових груп. Важливо усвідомлювати цю різницю та брати до уваги різноманітні потреби людей, коли вони долають унікальні виклики, пов'язані з керуванням стресом на різних етапах життя [12; 13].

Дорослі, які пережили різноманітний життєвий досвід, часто краще здатні самостійно регулювати власні емоції та реакції на стресові впливи, оскільки вони розвинули для цього когнітивні здібності та психологічну зрілість. Ця підвищена зрілість і самосвідомість можуть зробити людей більш стійкими до стресу і травматичних подій. Важливо, щоб молоді люди усвідомлювали та розуміли ці відмінності у стресостійкості та механізмах подолання, щоб вони могли розвинути здоровий емоційний інтелект, який дозволить їм також справлятися зі стресовими ситуаціями та керувати ними [14].

Дослідження О. Полякової свідчить про те, що дорослі зазвичай є найбільш стресостійкою віковою групою, оскільки зростаюча зрілість і самосвідомість, які характеризують особистість у періоді дорослості, допомагають їй ефективно долати зовнішні життєві стресори. Однак є й інші дослідники, які не згодні з цією позицією і стверджують, що в осіб старше 36 років дійсно знижено рівень стресостійкості, особливо у тих, хто працює у небезпечних професіях. Це підкреслює складності та нюанси вікових та індивідуальних особливостей стійкості особистості до стресу, а також необхідність подальших досліджень, задля кращого розуміння та психологічної допомоги людям ефективно справлятися зі стресом та керувати ним протягом усього життя.

Окрім вікових особливостей розвитку стресостійкості, М. Хаджіолова та Дж. Віткін виявили деякі гендерні відмінності у розвитку цієї особистісної риси. Головна відмінність полягає в тому, що жінки витрачають в ситуації стресу більше емоційної енергії, але фізіологічно вони більш економні і мають вищий поріг стресочутливості. У чоловіків симпатична реакція

адреналіну більш виражена, що вказує на ймовірний нижчий рівень стресостійкості і більший стресовий ефект [34].

Дослідження показали, що дорослі люди часто мають більшу стресостійкість, ніж молоді люди, зокрема в результаті розвитку певних особистих якостей, які вони розвинули з часом, таких як доброта, емоційна стабільність і сміливість. Частково це пов'язано зі збільшенням життєвого досвіду та зрілості, що може привести до більшої стійкості перед лицем труднощів. Однак також слід враховувати індивідуальні відмінності, оскільки не всі дорослі можуть володіти цими якостями однаковою мірою. Важливо, щоб підлітки та молодь усвідомлювали ці якості та прагнули розвивати їх у міру можливостей, щоб покращити власну стресостійкість та емоційне благополуччя.

Аналіз праць зарубіжних та українських дослідників підтверджує, що, порівняно з іншими віковими групами, дорослість вважається найбільш стресостійким періодом вікового розвитку. Сьогодні в науці існує багато варіантів переліку психологічних властивостей людини, які визначають її стійкість до стресу. Умовно їх можна поділити на індивідуально-психологічні якості, особливості особистого стилю спілкування, специфіку міжособистісної взаємодії. Однією з перших спроб виявити риси особистості, які істотно впливають на її стресостійкість і здатність змінювати ставлення до стресових подій, було дослідження Дж. Ормела, Р. Сандермана і Р. Стюарта [51], котрі виокремили три основні особистісні змінні, від яких залежить стресостійкість:

- невротизм;
- самооцінка;
- локус контролю.

На думку дослідників, ці змінні також здатні змінювати протилежність реакції людини на ту чи іншу особистість, але цей факт не заперечує існування індивідуальних винятків у дорослих [16]. Хоча в цілому доросла

людина завдяки аналізу власного досвіду краще розвиває певні особистісні якості, які сприяють розвитку її стресостійкості.

С. Мадді стверджував, що визнання таких понять, як стресостійкість залежить від відсутності негативних і деструктивних уявлень про себе, нищівної самокритичності, здатності протистояти горю і долати різні психологічні перешкоди. Розвиток психологічної гнучкості чи стресостійкості залежить не лише від зовнішньої ситуації («Я маю») та стану людини на теперішній час («Я є»), але і від соціально надбаних якостей, вмінь та навичок («Я можу») [21].

### **1.5. Теоретична модель дослідження впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку жінок**

Війна створює екстремальні умови, які викликають значний стрес та можуть призводити до різних психічних і фізичних проблем. Харчова поведінка є одним з аспектів, який може змінюватись під впливом стресу, спричиненого війною. Наша теоретична модель дослідження спрямована на вивчення взаємозв'язку між стресом, спричиненим війною, та змінами у харчовій поведінці, включаючи розвиток розладів харчової поведінки (РХП).

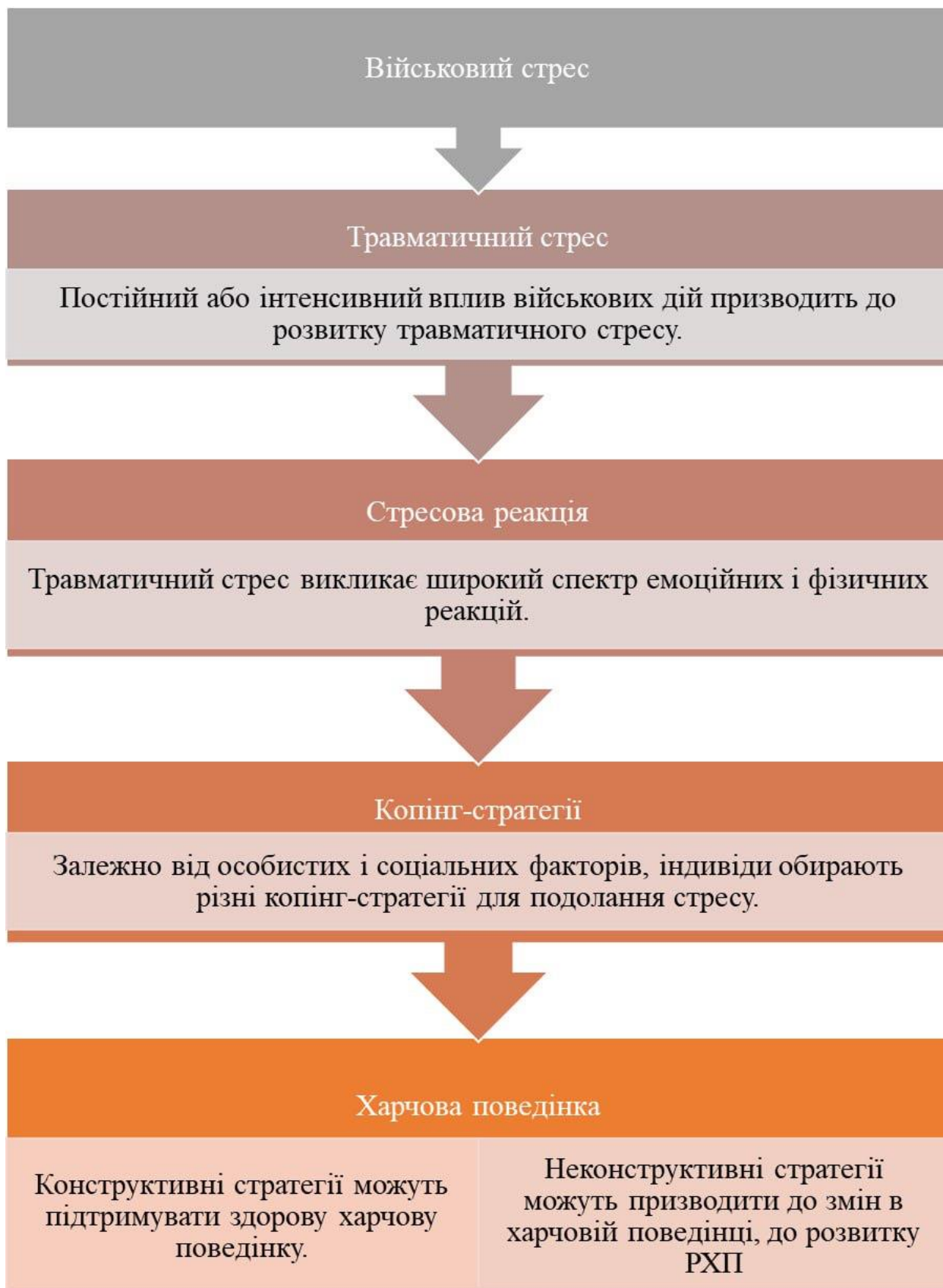
Основні компоненти моделі:

1. Військовий стрес – вплив бойових дій, бомбардувань, втрати близьких, вимушеної міграції, невизначеності та інших факторів, пов'язаних з війною.
2. Травматичний стрес – психологічна та фізіологічна реакція на військові події, яка включає гострий стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу, депресію.
3. Стресова реакція – конкретні емоційні, когнітивні та поведінкові відповіді на травматичний стрес (підвищена тривожність, безсоння, депресивні стани, фізичні симптоми (головний біль, втома)).

4. Копінг-стратегії – способи, які люди використовують для управління стресом, серед них виокремлюють:
  - конструктивні копінг-стратегії: здоровий спосіб життя, соціальна підтримка, психологічна допомога;
  - неконструктивні копінг-стратегії: вживання алкоголю чи наркотиків, переїдання або голодування, ізоляція.
5. Харчова поведінка: зміни ставлення до їжі і відповідні поведінкові зміни під впливом стресу. Розлади харчової поведінки (РХП): Анорексія, булімія, компульсивне переїдання.

Розроблена нами теоретична модель дослідження (Рис. 1.5) демонструє послідовність розвитку змін у харчовій поведінці під впливом стресу війни, з акцентом на ролі копінг-стратегій особистості у цьому процесі. Відповідно до моделі, ситуація гострого або хронічного стресу викликають широкий спектр емоційних і фізичних реакцій, які залежать від індивідуальних психологічних особливостей. Обираючи свідомо чи несвідомо певні копінг-стратегії, котрі можуть мати як диспозиційний характер, так і ситуативний, індивід намагається адаптуватися до стресової ситуації за допомогою певних механізмів. Вибір більш конструктивних стратегій подолання сприяє досить продуктивній адаптації особистості на основі віднайдення нових внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що сприяє запобіганню розвитку РХП і підтримці здорової харчової поведінки, а неконструктивні стратегії якраз можуть спричиняти розлади харчової поведінки.

Емпіричне дослідження, побудоване на основі цієї моделі, допоможе зрозуміти, як війна впливає на психічне здоров'я та харчову поведінку людини, з тим, щоб розробити ефективні інтервенції для підтримки постраждалих від війни.



**Рис.1.5. Теоретична модель дослідження впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку.**

## Висновки до розділу 1

На основі узагальнення психологічних досліджень визначено, що стрес – це фізіологічна та психологічна реакція організму на внутрішні або зовнішні подразники, які порушують його гомеостаз, тобто стабільний стан. Стрес може бути викликаний як позитивними, так і негативними подіями, що потребують адаптації або відповіді з боку організму. До видів стресу відносять гострий (короткотривала реакція на негайний стресор) та хронічний (тривалий або постійний стрес, що може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я) стрес. В ситуації стресу мозок сприймає загрозу і сигналізує наднирникам виділяти гормони стресу, такі як адреналін і кортизол. Внутрішні резерви організму активуються, що призводить до підвищення м'язової сили, швидкості реакції, витривалості та больового порогу. Ці реакції допомагають організму боротися з джерелами небезпеки або втікати від них.

На основі теоретичного аналізу наукових досліджень виявлено, що вплив війни зумовлює необхідність подолання екстремальних обставин і викликів та/або адаптації до них, а також фіксацію на травматичному досвіді, горі та інших негативних емоціях, пов'язаних з війною. Виявлено, що особи, які страждають на розлади харчової поведінки, часто мають спотворене або ненормальне ставлення до їжі, що може призвести до проблемної харчової поведінки, наприклад переїдання або обмеження споживання їжі, і часто супроводжуватися негативним ставленням та емоціями навколо їжі.

Підтверджено, що низька самооцінка та депресія відіграють важливу роль у розвитку розладів харчової поведінки, бо низька самооцінка може сприяти виникненню розладів харчової поведінки як засобу отримання відчуття контролю над ситуацією, що спричиняє почуття безпорадності та поганий настрій.

Обґрунтовано теоретичну модель дослідження впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку. Ця теоретична модель надає

системний підхід до вивчення впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку. Вона враховує різні етапи та механізми впливу, що дозволяє дослідникам детально аналізувати кожен компонент і розробляти цілеспрямовані інтервенції для зниження негативних наслідків війни на психічне та фізичне здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СТРЕСУ

#### 2.1. Етапи дослідження та характеристика вибірки

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань дослідження було проведене емпіричне вивчення впливу війни на харчову поведінку жінок.

Етапами дослідження стали:

1. Організація та проведення психологічної діагностики впливу війни на харчову поведінку жінок за допомогою блоку психодіагностичних методик.
2. Опрацювання даних емпіричного дослідження, обрахування описових статистик та показників за кожною методикою, інтерпретація та презентація отриманих даних у вигляді таблиць та діаграм.
3. Встановлення специфіки впливу війни на харчову поведінку за допомогою методів математичної статистики.
4. Розроблення рекомендації щодо подолання стресу, пов'язаного з війною, а також психологічних заходів профілактики розладів харчової поведінки.

Вибірка досліджуваних складалася з 229 жінок. У віковому розрізі з опитаних 145 осіб були віком 18-25 років, 41 особа – 26-35 років, 31 осіб – 36-45 років та 12 осіб старше 45 років. З усіх досліджених жінок 132 особи перебували та перебувають в Україні, 31 особа знаходиться закордоном, 51 особа виїжджала, але повернулася додому, 15 осіб – мають статус вимушено переміщених осіб.

Дослідження проводилося за допомогою Гугл-форми, яка включала 9 підрозділів: опис мети і принципів дослідження (інформаційна згода), загальні питання про респондентів, «Життя до війни» та «Що змінилося після

24 лютого?», підрозділ з окремими опитувальниками. Участь у дослідженні була добровільною і конфіденційною, учасникам повідомлялася мета дослідження і те, що його результати будуть використовуватися виключно з науковою метою. Критеріями для включення були жіноча стать, вік більше 18 років.

До Гугл-форми також було включено підрозділи з окремими психодіагностичними методиками, до виконання яких була прописана інструкція: Діагностика стану стресу (К. Шрайнер), ЕАТ-26: тест відношення до прийому їжі (діагностика анорексії та булімії) (D.M. Garner), Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), Методика PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013), Методика діагностики рівня самооцінки (Ж. Казанцева), Brief COPE inventory (Carver, 1997) (адаптація Т.Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023).

## **2.2. Операціональна модель дослідження та обґрунтування методичного інструментарію**

На основі теоретичної моделі дослідження впливу стресу, пов'язаного з війною, на харчову поведінку жінок було побудовано операціональну модель емпіричного дослідження, яка включала основні компоненти теоретичної моделі і відповідні показники, які вивчалися на етапі емпіричного дослідження (Табл.2.1)

**Операціональна модель дослідження стресу війни  
на харчову поведінку жінок**

<b>Компоненти моделі</b>	<b>Показники</b>	<b>Психодіагностичні методи</b>
Стрес та стресові реакції	Вираженість симптомів стресу особливості переживання стресу, ступінь контролю та емоційної лабільності людини в стресових ситуаціях	Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)
	Вираженість ознак ПТСР	Методика PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013)
Самооцінка	Рівень самооцінки особистості	Методика діагностики рівня самооцінки (автор Ж.М. Казанцева)
Стратегії подолання	Копінг-стратегії Типи копіngu	Brief COPE inventory (Carver, 1997) (адаптація Т.Яблонської, О. Верніка, Г. Гайворонського, 2023)
Особливості харчової поведінки	Ризик розвитку РХП	Тест на вірогідність розладів харчової поведінки – EAT-26 (D.M. Garner)
Біографічні дані	Вікові відмінності Суб'єктивна оцінка ситуації	Авторська анкета

З метою вивчення впливу війни на харчову поведінку жінок використовується низка опитувальників, які виявляють окремі симптоми та особливості харчової поведінки, дають можливість оцінити вираженість стресу, а також наявність посттравматичного стресового розладу. Крім цього, використовуються методика діагностики рівня самооцінки, методика для діагностики ситуативних копінг-стратегій. Обґрунтуємо використання психодіагностичних методик у нашому дослідженні.

**Тест на вірогідність розладів харчової поведінки – EAT-26 (D.M. Garner)** (див. Додаток Г). Розлади харчової поведінки є справжньою проблемою людства, особливо, розвинених країн, оскільки вони мають високий ризик негативних наслідків для життя і здоров'я людини. На жаль, існують суспільні стереотипи, які змушують осіб, які мають розлади харчової поведінки, тривалий час приховувати свій стан і не отримувати своєчасної допомоги.

До симптомів РХП відносять:

- масу тіла, яка значно нижча від прийнятих стандартів;
- сильний страх набрати вагу;
- порушення сприйняття людиною власної ваги або форм (дисморфофобія / дисморфофобія);
- низька самооцінка особистості через відсутність прийняття тіла;
- дотримання суворих дієт;
- застосування надмірних і виснажливих фізичних навантажень;
- застосування проносних і сечогінних засобів, провокування блювання після прийому їжі;
- зв'язок між емоційним станом особи і споживанням їжі;
- порушення менструального циклу у дівчат / жінок;
- неконтрольовані напади переїдання та колапсу;
- протягом останніх трьох місяців неконтрольовані напади апетиту присутні частіше двох разів на тиждень;

– почуття провини, огиди та сорому під час чи після прийому їжі.

Тест ставлення до прийому їжі (англ. Eating Attitudes Test; EAT) (див. Додаток Г) – це скринінгова тестова методика, розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році.

Шкала, як і більшість подібних, включає симптоми, що розцінюються як абнормальні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфер, але підшкали у тесті не виокремлюються.

Тест EAT-26 є скринінговим, тобто на його основі неможливо поставити діагноз, навіть попередній, але високий бал по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки – імовірно, анорексії або булімії (тест створювався для виявлення саме цих розладів). Тим часом, ряд пунктів є специфічним для деяких інших розладів харчової поведінки – наприклад, обмежувального, компульсивного тощо. Таким чином, тест дозволяє виявити «групу ризику», яка потребує консультації фахівця в галузі психічного здоров'я, хоча і не охоплює всі розглянуті на сьогоднішній день розлади харчової поведінки.

Тест був створений на основі початкової анкети, яка включала велику кількість пунктів і була складною для самостійної інтерпретації. Модифікований EAT-26 містить лише 26 питань і набув широкого поширення завдяки своїй простоті та зрозумілості. Респондент повинен вибрати одну із запропонованих відповідей, а саме: «завжди» («постійно»), «як правило», «досить часто», «іноді», «рідко» або «ніколи».

Інструкція: «Прочитайте твердження, наведені нижче, і в кожному рядку позначте відповідь, що найбільше відповідає Вашій думці. Щоб пройти тест, позначте відповідь. Після закінчення здійснюється підрахунок суми відповідних балів за таким принципом: усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються так: «завжди» – 3; «як правило» – 2; «досить часто» – 1; «іноді» – 0; «рідко» – 0; «ніколи» – 0. Питання 26 оцінюється наступним чином:

«завжди» – 0; «як правило» – 0; «досить часто» – 0; «іноді» – 1; «рідко» – 2; «ніколи» – 3.

Надалі проводиться підрахунок балів та їх інтерпретація за такими критеріями:

0–15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

16–30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.

31–45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

46–60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

61–75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

**Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)** (див. Додаток В). Стрес є реакцією на негативні впливи, що впливає на поведінку людини, її працездатність та взаємини в соціумі. При довготривалому стресі здоров'я людини може погіршуватись, що може призвести до розвитку психічних та соматичних захворювань. Однак ступінь впливу несприятливих обставин на індивіда залежить від його характерологічних особливостей, попереднього життєвого досвіду, впевненості в собі, наявності соціальних зв'язків, сімейної та дружньої підтримки тощо, а не тільки від ситуації.

Війна є одним із факторів, що впливає на рівень стресу людини, тому важливо дослідити стан стресу на даний момент життя досліджуваного. Методика «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер) дозволяє розвинути спостережливість до стресових ознак, здійснити самооцінку частоти їх прояву і ступінь схильності до негативних наслідків стресу. К. Шрайнер розробив тест для визначення здатності людини протистояти стресу, який використовується з 1993 року. Цей тест дозволяє виявити особистісні особливості переживання стресу, ступінь контролю та емоційної лабільності людини в стресових ситуаціях. Опитувальник складається з дев'яти тверджень і може використовуватись при самодіагностиці.

Інструкція: «Вам пропонується 9 тверджень. Ознайомтеся з ними та дайте відповідь «так» чи «ні». Підраховується кількість позитивних

відповідей з усіх питань. Кожній відповіді «так» надається 1 бал (відповідь «ні» оцінюється в 0 балів).

Результати діагностики стану стресу. Підраховується кількість позитивних відповідей. Кожній відповіді «так» присвоюється 1 бал.

Оцінка в межах 0-4 балів свідчить про те, що досліджуваний схильний поводитися в стресовій ситуації стримано і вміє регулювати власні емоції.

Кількість балів в межах 5-7 балів свідчить про те, що опитаний досить має досить добре самовладання у стресовій ситуації. Іноді він вміє зберігати самовладання, але бувають такі випадки, коли він заводиться через дрібниці і потім про це шкодує. Це свідчить про необхідність зайнятися виробленням власних індивідуальних прийомів самоконтролю у стресі.

Отриманий результат в межах 8-9 балів свідчить про те, що досліджуваний перевтомлений та виснажений. Він часто втрачає самоконтроль у стресовій ситуації та не вміє володіти собою. Тож розвиток умінь саморегуляції у стресі є одним з основних життєвих завдань людини.

**Методика PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013)** (див. Додаток Д). Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент самозвіту про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5. PCL-5 – це інструмент самооцінки, який можна заповнити приблизно за 5-10 хвилин. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США (National Center for PTSD). PCL-5 не слід використовувати як самостійний діагностичний інструмент. Він являє собою шкалу з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР за DSM-5.

Інструкція: «Нижче вказані реакції, які іноді бувають після пережитого стресу. Уважно прочитайте кожен пункт та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця. Відповіді оцінюються так: «Зовсім ні» – 0; «Трохи» – 1; «Помірно» – 2; «Відчутно» – 3; «Дуже» – 4».

Підрахунок результатів: кожна відповідь має свою кількість балів: «Зовсім ні» – 0 б.; «Трохи» – 1 б.; «Помірно» – 2 б.; «Відчутно» – 3 б.; «Дуже» – 4 б. Потрібно підрахувати суму балів усіх відповідей:

- Від 0 -35 балів – посттравматичний розлад малоімовірний.
- Понад 36 балів – є імовірність посттравматичного розладу.

**Методика діагностики рівня самооцінки (автор Ж.М. Казанцева)** (див. Додаток Е). Самооцінка – оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Самооцінка, будучи компонентом самосвідомості, включає поряд із знанням людини про себе оцінку людиною самої себе, своїх здібностей, моральних якостей та вчинків. Самооцінка є важливим регулятором поведінки людини. Вона може бути адекватною та неадекватною. Адекватна самооцінка дозволяє суб'єкту ставитись до себе критично, правильно співвідносити свої сили із завданнями різної складності і з вимогами оточуючих. Неадекватна самооцінка може бути завищеною (тобто переоцінка себе суб'єктом) і заниженою (недооцінка себе).

Методика діагностики рівня самооцінки пропонує певну кількість тверджень (20 тверджень), навпроти яких ставиться один з трьох варіантів відповідей: «так» (+), «ні» (-), які відповідають власній поведінці в аналогічній ситуації.

Інструкція: «Вам будуть зачитані деякі твердження. Вам потрібно записати номер твердження і напроти нього – один з трьох варіантів відповіді: «так» (+) , «ні» (-), вибравши ту відповідь , яка найбільшою мірою відповідає Вашій власній поведінці в аналогічній ситуації. Відповідати потрібно швидко, не замислюючись».

Обробка результатів. Підраховується кількість позитивних відповідей до тверджень під непарними номерами , потім – кількість згод з твердженнями під парними номерами. Надалі від першого результату необхідно відняти другий. Кінцевий результат може знаходитися в інтервалі від - 10 до +10 .

Результат від -10 до -4 свідчить про низьку самооцінку. (При заниженій самооцінці у людини існує комплекс неповноцінності. Вона невпевнена в собі, несмілива, пасивна. Такі люди відрізняються надмірною вимогливістю до себе і ще більшою вимогливістю до інших. Вони нудні, у себе та інших бачать тільки недоліки. Такі люди конфліктні. Причини конфліктів часто виникають через їх нетерплячість до інших людей.)

Результат від +4 до +10 свідчить про високу самооцінку. (При завищеній самооцінці у людини виникає неправильна уява про себе, ідеалізований образ своєї особистості. Вона переоцінює свої можливості, орієнтована на успіх, ігнорує невдачі. Сприйняття реальності у неї часто емоційне, невдачу або неуспіх вона розцінює як наслідок чийось помилок або обставин, які склались несприятливо. Справедливу критику на свою адресу сприймає як причепливість. Така людина конфліктна, схильна до завищення образу конфліктної ситуації, в конфлікті поводить себе активно, роблячи ставку на перемогу).

**Brief COPE inventory (Carver, 1997) (адаптація Т.Яблонської, О. Верніка, Г. Гайворонського, 2023) (див. Додаток Ж).**

Brief-COPE – це скорочена версія опитувальника COPE (Орієнтація на подолання пережитих проблем), опитувальника для самозвіту, розробленого для оцінки широкого спектру способів подолання проблем.

Brief COPE inventory (Carver, 1997), який включає 28 запитань, що передбачають відповіді за 4-бальною шкалою Лайкерта. Brief COPE також можна застосовувати у різних варіантах – для діагностики як диспозиційних копінг-стратегій, так і ситуативних. Так, варіанти відповідей для диспозиційної версії – від “1” (“я взагалі цього не роблю”) до “4” (“саме це я роблю”); для ситуаційної версії – від “1” (“я зазвичай цього не робив”) до “4” (“це саме те, що я зазвичай робив”) (Carver, 1997).

Brief COPE включає 14 підшкал: активне подолання, планування, позитивний рефреймінг, прийняття, гумор, звернення до релігії, використання емоційної підтримки, використання інструментальної

підтримки, самовідволікання, заперечення, вираження емоцій, вживання психоактивних речовин, поведінкове розмежування та самозвинувачення. Ці підшкали можна класифікувати за трьома вимірами вищого порядку: подолання, орієнтоване на проблему; подолання, орієнтоване на емоції; уникання подолання. Методика є апробованою та валідною, активно використовуваною в сучасних дослідженнях [50]. Внутрішня надійність для підшкал коливається від  $\alpha = 0,57$  до  $\alpha = 0,90$  (Carver, 1997).

Інструкція: «Наступні пункти стосуються того, як ви справлялися зі стресом у вашому житті. Проблема стресу – це "він" у деяких пунктах! Існує багато способів спробувати впоратися з проблемами. У цих пунктах запитується, що ви робили, щоб впоратися з теперішнім стресів. У кожному пункті йдеться про певний спосіб подолання стресу, і, будь ласка, уникайте відповідей, виходячи з того, чи здається вам, що ваш спосіб справлятися зі стресом працює, чи ні – лише з того, робите ви це чи ні. Використовуйте ці варіанти відповідей і спробуйте оцінити кожен пункт окремо від інших. Намагайтеся, щоб ваші відповіді були максимально правдивими для вас».

Обробка результатів. Шкали методики:

- Активне подолання: пп. 2 і 7 (копінг, фокусований на проблемі)
- Використання інформаційної підтримки: пп. 10 і 23 (Копінг, фокусований на проблемі)
- Позитивний рефреймінг: пп. 12 і 17 (копінг, фокусований на проблемі)
- Планування: пп. 14 і 25 (копінг, фокусований на проблемі)
- Емоційна підтримка: пп. 5 і 15 (копінг, фокусований на емоціях)
- Вираження емоцій: пп. 9 і 21 (копінг, фокусований на емоціях)
- Гумор: пп. 18 і 28 (копінг, фокусований на емоціях)
- Прийняття: пп. 20 і 24 (копінг, фокусований на емоціях)
- Релігія: пп. 22 і 27 (копінг, фокусований на емоціях)
- Самозвинувачення: пп. 13 і 26 (копінг, фокусований на емоціях)
- Самовідволікання: пп. 1 і 19 (унікаючий копінг)

- Відмова: пп. 3 і 8 (уникаючий копінг)
- Вживання психоактивних речовин: пп. 4 і 11 (уникаючий копінг)
- Поведінкове розмежування: пп. 6 і 16 (уникаючий копінг)

**Копінг, фокусований на проблемі** (пункти 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25).

Характеризується активним подоланням, використанням інформаційної підтримки, плануванням та позитивним рефреймінгом. Високий бал свідчить про копінг-стратегії, які спрямовані на зміну стресової ситуації. Високі бали свідчать про психологічну силу, стійкість, практичний підхід до вирішення проблем і передбачають позитивні результати.

**Копінг, фокусований на емоціях** (пункти 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28). Характеризується вираженням емоцій, використанням емоційної підтримки, гумору, проявами прийняття, самозвинувачення, стратегіями, основаними на вірі. Високий бал вказує на стратегії подолання, які спрямовані на регуляцію емоцій, пов'язаних зі стресовою ситуацією. Високі або низькі бали не пов'язані однозначно з психічним здоров'ям та психологічним благополуччям, але можуть бути використані для ширшого формулювання стилів подолання респондента.

**Уникаючий копінг** (пункти 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19). Характеризується такими аспектами, як самовідволікання, заперечення, вживання психоактивних речовин і уникнення. Високий бал вказує на фізичні чи когнітивні зусилля, спрямовані на відсторонення від стресора. Низькі оцінки зазвичай свідчать про адаптивне подолання.

Крім представлених психодіагностичних методик, в опитуванні використовувався також перелік запитань, які були спрямовані на отримання загальної інформації, а саме: місцезнаходження досліджуваних жінок, у тому числі: за кордоном чи в Україні, вік, стать. Порівняльні питання про харчування щодо того, як було до початку повномасштабного вторгнення і як є зараз. Отримані результати важливі для розробки ефективних клінічних

втручань і політики, які враховують унікальні обставини, з якими стикаються люди під час війни та пов'язаної з нею кризи.

Також опитуваним було запропоновано анкету із запитаннями щодо віку осіб, місця проживання (зміни) з моменту повномасштабного вторгнення, зміну раціону харчування та способу реагування на стрес (голодування, переїдання).

## Висновки до розділу 2

Завданням емпіричного дослідження було вивчення впливу війни на харчову поведінку жінок. Задля отримання точних результатів було заплановано дослідити принаймні декілька груп: жінок різних вікових категорій задля порівняння впливу стресу, пов'язаного з війною, на осіб юнацького, дорослого та зрілого віку.

Обґрунтовано операціональну модель та психодіагностичний інструментарій дослідження. До комплексу психодіагностичних методик увійшли: методика «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер), ЕАТ-26: тест відношення до прийому їжі (діагностика анорексії та булімії) (D.M. Garner), Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), методика PCL-5 (F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, P.A. Palmieri, B.P. Marx, P.P. Schnurr, 2013), методика діагностики рівня самооцінки (Ж.М. Казанцева), Brief COPE inventory (Carver, 1997, в адаптації Т.Яблонської, О. Верніка, Г. Гайворонського, 2023).

Тест ЕАТ-26 (D.M. Garner), є скринінговим тестом, який може виявити «групи ризику» (анорексії або булімії), яким необхідно буде проконсультуватися з фахівцем у сфері психічного здоров'я.

«Діагностика стресових станів» (К. Шрайнер). Ця методика дає змогу дізнатися про симптоми стресу, самооцінити, як часто вони проявляються та наскільки ви сприйнятливі до негативних наслідків стресу.

Анкета посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013). — це інструмент самооцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Методика діагностики рівня самооцінки (Ж.М. Казанцева) – виявлення рівня самооцінки (занижений, адекватний, завищений).

Brief COPE inventory (Carver, 1997) (адаптація Т.Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023) – оцінка широкого спектру способів подолання проблем, виявлення копінг-стратегій.

### РОЗДІЛ 3

## РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК В КОНТЕКСТІ СТРЕСУ ВІЙНИ

### 3.1. Результати емпіричного дослідження харчової поведінки в умовах стресу, пов'язаного з війною

У дослідженні взяли участь 229 жінок, з них 145 осіб віком 18-25 років, 41 особа – 26-35 років, 31 особа – віком 36-45 років та 12 осіб віком від 45 років (Рис. 3.1). З досліджуваних жінок 132 особи перебували та перебувають в Україні, 31 особа знаходиться закордоном, 51 особа виїжджала, але повернулася додому, 15 осіб – вимушено переміщені особи. У 174 жінок немає дітей, у 53 – є, двоє – вагітні. Основні характеристики вибірки жінок подано на Рис. 3.1 - Рис. 3.3).

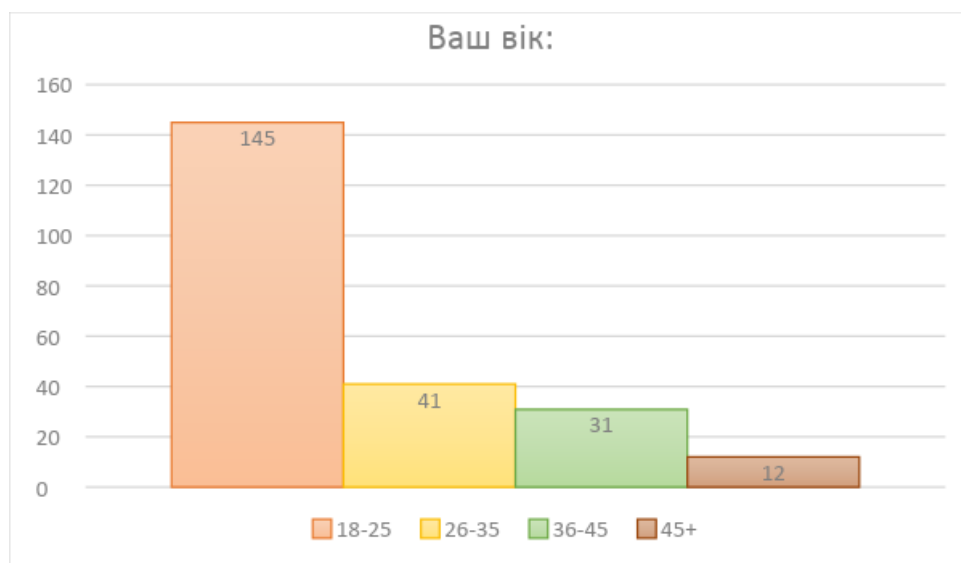
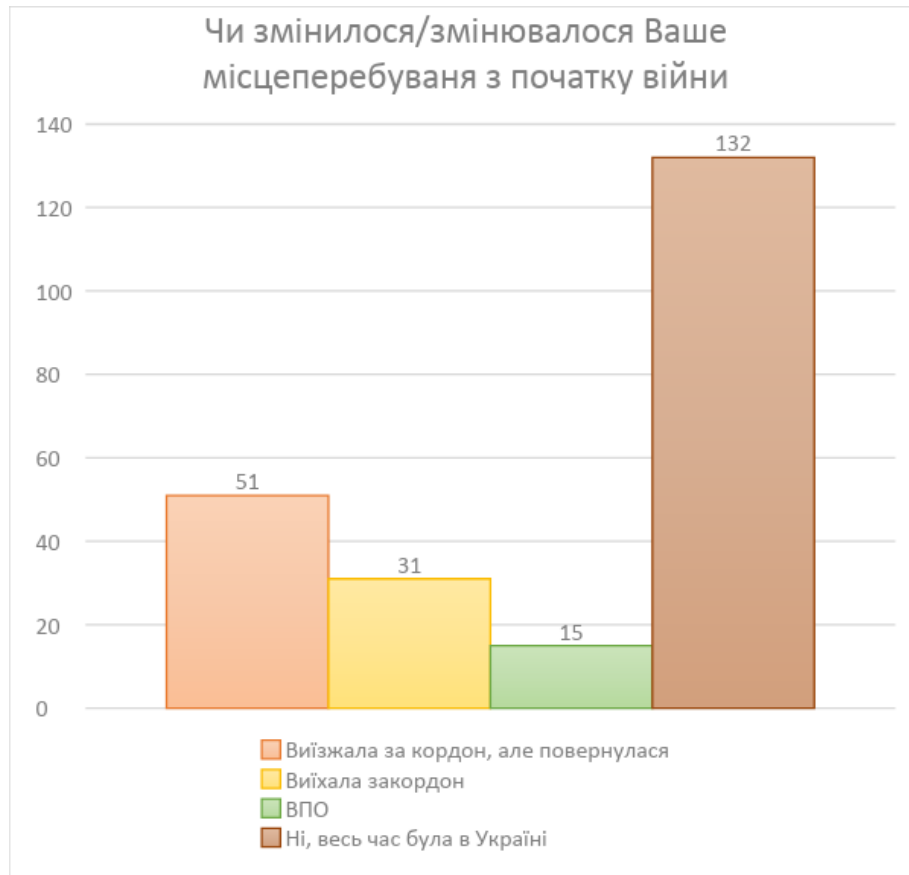


Рис. 3.1. Віковий розподіл досліджуваних.



**Рис.3.2. Зміна місцеперебування опитуваних.**

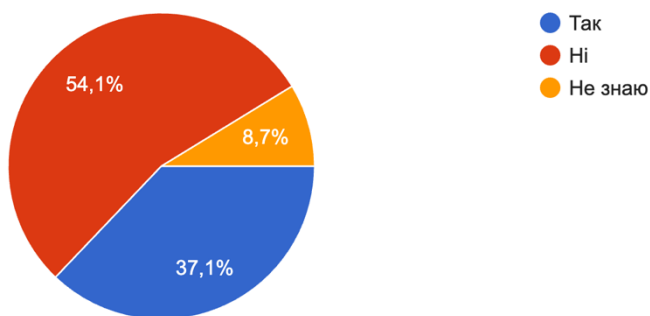


**Рис.3.3.Наявність дітей в досліджуваних жінок.**

Досліджуваним були задані запитання, які стосувалися особливостей їх харчування за мирних часів та на момент опитування. У більшості респонденток раціон харчування з початком повномасштабного вторгнення

не змінився (Рис. 3.4); водночас 37,1% відзначили зміни харчування. Певні зміни раціону харчування можна побачити при порівнянні Рис. 3.5 та Рис. 3.6, з яких видно, що після початку військових дій вживання шкідливої їжі у відсотковому співвідношенні дещо зросло. На нашу думку, це пов'язане з наявністю стресу від військових дій в країні та їх наслідків.

Чи змінився Ваш раціон харчування з початком повномасштабного вторгнення?  
229 ответов



**Рис. 3.4. Зміна раціону харчування.**

Як ви оцінюєте своє харчування до початку повномасштабного вторгнення?  
229 ответов



**Рис. 3.5. Раціон харчування опитуваних до війни.**

Як ви оцінюєте своє харчування після початку повномасштабного вторгнення?

229 ответов



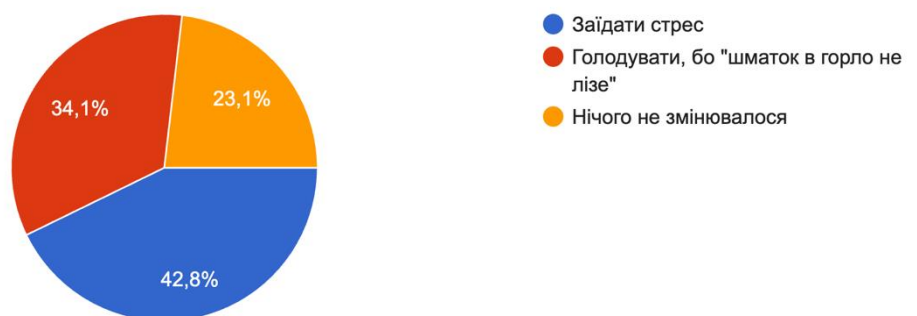
**Рис. 3.6. Раціон харчування опитуваних після початку війни.**

При цьому жінки, які харчувалися правильно та не мали обмежень, пов'язаних зі здоров'ям, так і продовжують застосовувати звичний для них спосіб харчування.

Також варто зазначити, що харчова поведінка опитуваних в стресових ситуаціях майже не змінилася, якщо порівнювати їхнє актуальне харчування та ретроспективну оцінку з харчовою поведінкою до війни (Рис. 3.7 та Рис. 3.8).

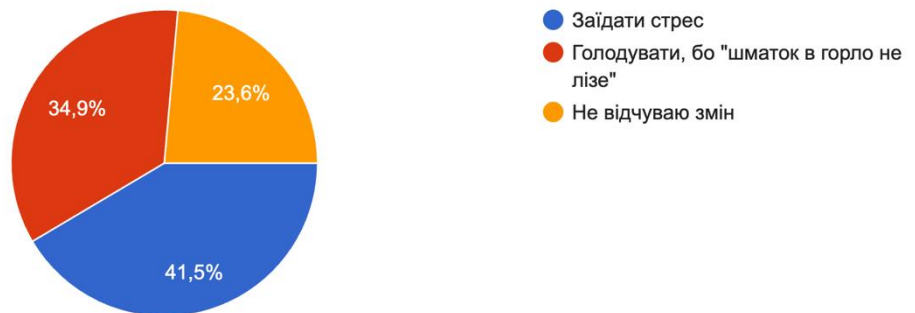
В момент хвилювання Вам було властиво:

229 ответов



**Рис. 3.7. Харчова поведінка опитуваних в стресовій ситуації до війни.**

В момент хвилювання Вам властиво:  
229 ответов



**Рис.3.8. Харчова поведінка опитуваних в стресовій ситуації зараз.**

Таким чином, за даними анкетування, зафіксовано незначні зміни поведінки респонденток, що стосуються стилю харчування і раціону, тож можна зробити попередній висновок, що стратегія «заїдання стресу» швидше є диспозиційною ознакою особистості і мало залежить від ситуації.

Проведемо більш детальний аналіз отриманих даних:

В емпіричному дослідженні взяли участь 229 осіб жіночої статі. З них 63,3% вибірки склали особи віком 18-25 років, 17,9% – особи віком 26-35, 13,5% – опитані віком 36-45 та 5,2% – особи старші 45 років. Як можна побачити, вік 18-25 років найбільше представлений у вибірці. Досвід переміщення внаслідок військових дій, який міг бути пов'язаний з додатковим стресом, наявний у частини досліджуваних: 22,3% опитаних жінок виїжджали, але повернулися; 13,5% виїхали закордон і знаходилися там на момент опитування; 6,6% опитаних зазначили, що вони є внутрішньо переміщеними особами; решта, 57,7% осіб, зазначили, що весь час знаходилися в Україні і не змінювали місця проживання.

Як свідчать дані опитування, після початку повномасштабного вторгнення раціон змінився у 37,1% опитуваних. До початку повномасштабної війни лише 13,5% опитаних жінок зловживали шкідливою їжею, 55,5% осіб їли все, що хотілося (без обмежень), 13,1% осіб їли лише корисне (обмежував(-ла) себе в певних продуктах) та 17,9% респонденток

правильно харчувалися. Після початку повномасштабної агресії у харчовій поведінці значної кількості досліджуваних з'явилися певні зміни, а саме: 19,2% осіб почали зловживати шкідливою їжею, 56,8% осіб їдять все, що хочуть (без обмежень), 7,9% осіб їдять лише корисне (обмежують себе в певних продуктах), 16,2% правильно харчуються. Досліджувані жінки зазначили, що в момент хвилювання, переживання стресових ситуацій їм було властива наступна поведінка: заїдати стрес (42,8% осіб); голодувати, бо "шматок в горло не лізе" (34,1% осіб); решта респонденток (23,1%) не спостерігали змін харчової поведінки в стресовій ситуації. В момент хвилювання в актуальній ситуації опитаним властиво: заїдати стрес (41,5% осіб); голодувати, бо "шматок в горло не лізе" (34,9% осіб); решта 23,6% не спостерігають змін.

Можна побачити, що у меншості опитаних осіб жіночої статі (37,1%) змінився раціон харчування, але збільшилася кількість осіб, які почали зловживати шкідливою їжею, одночасно зменшилася кількість осіб, які вживали лише корисну їжу (обмежували себе в певних продуктах). Як видно з результатів опитування, зменшилася у незначному обсязі кількість осіб, які почали заїдати стрес, та відповідно збільшилася кількість осіб, що голодували, бо "шматок в горло не лізе".

Розглянемо результати діагностики стану стресу в досліджуваних жінок, які представлені в Таблиці 3.1. Підрахунок балів за методикою «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер) показав, що результати знаходяться в межах норми, що може означати, що більшість опитуваних поводяться в стресовій ситуації стримано і спроможні регулювати свої власні емоції. Можна побачити тенденцію до зниження балів у людей зрілого віку від 45 років, що означає збільшення самоконтролю в стресових ситуаціях. А також тенденцію нижчого рівня стресу у віковій групі 18-25 років, що може свідчити про швидшу адаптацію до стресових умов. У віковій групі жінок від 26 до 45 років можна побачити тенденцію до збільшення балів, що може свідчити про наявність більшою відповідальності (наприклад, за сім'ю, дітей

та самих себе), що може давати додаткову напругу на емоційній стан та збільшувати відчуття стресу в цілому.

Таблиця 3.1

**Середні значення за методикою «Діагностика стану стресу»  
залежно від віку респонденток (К. Шрайнер)**

Група	Середні значення	Стандартне відхилення
Вік респонденток	4,1	
18-25	3,9	0,14
26-35	4,2	0,07
36-45	4,4	0,21
45+	3,8	0,21

Відповідно до методики, сума балів усіх відповідей інтерпретується так: підраховується кількість позитивних відповідей. Кожній відповіді так присвоюється 1 бал.

0-4 бали. Ви поводитесь в стресовій ситуації стримано і вмієте регулювати свої власні емоції.

5-7 балів. Ви завжди правильно поводитесь у стресовій ситуації. Іноді ви вмієте зберігати самовладання, але бувають такі випадки, коли ви заводитеся через дрібниці і потім про це шкодуєте. Вам необхідно зайнятися виробленням своїх індивідуальних прийомів самоконтролю у стресі.

8-9 балів. Ви перевтомлені та виснажені. Ви часто втрачаєте самоконтроль у стресовій ситуації та не вмієте володіти собою. Наслідок – страждаєте і ви, і люди, що вас оточують. Розвиток у себе умінь саморегуляції у стресі 34,9% осіб зараз ваше головне життєве завдання.

Результати дослідження за тестом відношення до прийому їжі ЕАТ-26 (діагностика анорексії та булімії) представлено в Таблиці 3.2. Відповідно до інтерпретації методики, якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20,

то є висока ймовірність розладу харчової поведінки. Проте тест ЕАТ-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а використовується для скринінгу та попередньої оцінки.

*Таблиця 3.2*

**Середні значення опитуваних за методикою ЕАТ-26**

Група	Середні значення	Стандартне відхилення
Вік респонденток	17,31	
18-25	16,52	0,4
26-35	19,02	0,86
36-45	15,52	0,9
45+	25,58	4,13

З Таблиці 3.2 можна побачити, що вікова категорія старше 45 років відзначається найвищим показником, що можна інтерпретувати як ризик розладів харчової поведінки. Для жінок цієї вікової категорії високий результат може бути особливо значущим, оскільки в цьому віці зміни в харчовій поведінці можуть бути пов'язані з іншими проблемами, пов'язаними зі здоров'ям або змінами в способі життя. Для всіх інших вікових груп не виявлено імовірності наявності розладів харчової поведінки.

Результати опитування за Шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (Методика PCL-5, F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013) показали наступне (Табл. 3.3):

Таблиця 3.3

**Середні значення опитуваних за методикою PCL-5**

<b>Група</b>	<b>Середні значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Загальне середнє значення	28,31	
18-25	29,43	0,56
26-35	26,93	0,56
36-45	27,19	0,69
45+	22,25	3,03

Відповідно до опису методики, сума балів усіх відповідей інтерпретується так: 0-35 балів – посттравматичний розлад малоїмовірний; понад 36 балів – є імовірність посттравматичного розладу. Тож з Таблиці 3.3 можна побачити, що наявність ПТСР в опитуваних малоїмовірна.

Результати за Методикою діагностики рівня самооцінки (автор Ж.М. Казанцева) подано в Таблиці 3.4. Відповідно до інтерпретації, сума балів від – 10 до – 4 свідчить про занижену самооцінку; від -3 до +3 – про адекватну; від ід +4 до +10 – про завищену самооцінку.

Таблиця 3.4

**Середні значення за Методикою діагностики рівня самооцінки**

<b>Група</b>	<b>Середні значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Загальне середнє значення	2,04	
18-25	1,74	0,15
26-35	2,29	0,13
36-45	2,77	0,36
45+	3	0,48

З Таблиці 3.4 видно, що у досліджуваних різних вікових груп адекватна самооцінка. В контексті вікової динаміки самооцінки жінок помітно, що в наймолодшій групі досліджуваних (18-25 років) показник самооцінки найнижчий порівняно з іншими групами, проте ці відмінності не досягають рівня статистичної значущості. Це підтверджує дані про те, що група молодих жінок є найбільш чутливою і має найбільший ризик розвитку розладів харчової поведінки через низьку самооцінку. Жінки середнього віку (від 26 до 45 років) часто стикаються з викликами, пов'язаними зі змінами в житті, такими як кар'єрні зрушення, виховання дітей та інші сімейні обов'язки. Цей період може супроводжуватися зниженням самооцінки через відчуття перевантаженості та нестачі часу для догляду за собою. Однак, цей вік також може бути часом переоцінки цінностей і пріоритетів, що може сприяти особистісному зростанню та зміцненню самооцінки. А от найстарша група має найвищі показники, що свідчить про адекватність самооцінки, яка сформована віком та повним прийняттям як переваг, так і недоліків. Вони зазвичай мають більше життєвого досвіду, що допомагає їм краще розуміти та приймати себе такими, якими вони є. Це сприяє стабільному психологічному здоров'ю та зниженню рівня тривожності щодо власної зовнішності та суспільних очікувань. Тому ця група є найменш вразливою та має найменший ризик розвитку розладів харчової поведінки через низьку самооцінку.

Аналіз емпіричних даних щодо копінг-стратегій, які використовують досліджувані для подолання стресу за методикою Brief COPE inventory (Carver, 1997) (адаптація Т.Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023), показав наступне.

**Копінг, фокусований на проблемі** характеризується активним подоланням, використанням інформаційної підтримки, плануванням та позитивним рефреймінгом. Високий бал свідчить про копінг-стратегії, які спрямовані на зміну стресової ситуації. Високі бали свідчать про

психологічну силу, стійкість, практичний підхід до вирішення проблем і передбачають позитивні результати.

**Копінг, фокусований на емоціях** характеризується вираженням емоцій, використанням емоційної підтримки, гумору, проявами прийняття, самозвинувачення, стратегіями, основаними на вірі. Високий бал вказує на стратегії подолання, які спрямовані на регуляцію емоцій, пов'язаних зі стресовою ситуацією. Високі або низькі бали не пов'язані однозначно з психічним здоров'ям та психологічним благополуччям, але можуть бути використані для ширшого формулювання стилів подолання респондента.

**Уникаючий копінг** характеризується такими аспектами, як самовідволікання, заперечення, вживання психоактивних речовин і уникнення. Високий бал вказує на фізичні чи когнітивні зусилля, спрямовані на відсторонення від стресора. Низькі оцінки зазвичай свідчать про адаптивне подолання.

*Таблиця 3.5*

**Середні значення опитуваних за Brief COPE inventory (Carver, 1997)  
(адаптація Т.Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023).**

Група	Середні значення «подолання, орієнтоване на проблему»	Стандартне відхилення	Середні значення «подолання, орієнтоване на емоції»	Стандартне відхилення	Середні значення «уникання подолання»	Стандартне відхилення
Заг. серед. значення	3		2,5		1,75	
18-25	2,88	0,06	2,67	0,09	1,63	0,06
26-35	3,13	0,06	2,25	0,13	1,63	0,06
36-45	2,88	0,06	2,08	0,21	1,88	0,06

45+	3,38	0,19	2,25	0,13	1,5	0,13
-----	------	------	------	------	-----	------

З Таблиці 3.5 видно, що в опитуваних жінок переважають копінг-стратегії, фокусовані на проблемі, які характеризуються активним подоланням, використанням інформаційної підтримки, плануванням та позитивним рефреймінгом. Це може свідчити про копінг-стратегії, які спрямовані на зміну стресової ситуації, що також може свідчити про психологічну силу, стійкість, практичний підхід до вирішення проблем. Цю копінг-стратегію можна пов'язати з сьогоденням українців. Люди адаптуються до життя в умовах війни та ефективно впораються зі стресом, що виникає в цих умовах. Саме тому цей копінг може бути набутий в умовах війни, а саме – люди стежать за подіями на передовій, оцінюючи поточну ситуацію і ризики, щоб зрозуміти, як краще реагувати на загрози. Вони розробляють стратегії для захисту себе та своїх близьких, шукаючи безпечні місця або шляхи евакуації в разі необхідності.

### **3.2. Кореляційний аналіз предикторів порушень харчової поведінки**

Було здійснено пошук кореляційних зв'язків між змінними «рівень стресу», PCL-5, EAT-26, «самооцінка» та різними варіантами реагування на стрес («Голодування», «Заїдання», «Нічого не змінилося»). Результати кореляційного аналізу представлено у Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

## Кореляційна матриця

	Рівень стресу	EAT-26	PCL-5	Самооцінка	Реагування на стрес
Рівень стресу	—				
EAT-26	0.372***	—			
PCL-5	0.624***	0.432***	—		
Самооцінка	-0.535***	-0.227***	-0.527***	—	-0.142*
Реагування на стрес	0.117	0.179**	0.083		—

Примітка. \*\*\* $p < ,001$ , \*\* $p < ,01$ , \* $p < ,05$ .

Як видно з Таблиці 3.6, коефіцієнт кореляції між змінними «рівень стресу» та EAT-26 дорівнює 0,372, що свідчить про наявність слабкої позитивної лінійної залежності між двома змінними. Це означає, що коли значення однієї змінної зростає, значення іншої змінної також зазвичай зростає. Іншими словами, зі зростанням рівня стресу спостерігається тенденція до підвищення ризику розладів харчової поведінки, хоча ця залежність не є дуже сильною. Особи, які відчувають підвищений рівень стресу, можуть звертатися до їжі як способу зняття стресу або регулювання емоцій, що може призводити до розладів харчової поведінки. А стрес, у свою чергу, може впливати на апетит, як підвищуючи, так і знижуючи його, що може призвести до нездорових харчових звичок або розладів харчування.

Коефіцієнт кореляції 0,624 між змінними «рівень стресу» та PCL-5 вказує на наявність помірної позитивної лінійної залежності між двома змінними. Це означає, що коли значення однієї змінної зростає, значення іншої змінної, як правило, також зростає, і навпаки, коли значення однієї змінної зменшується, значення іншої змінної зазвичай також зменшується.

Значення кореляційного коефіцієнта від 0,5 до 0,7 вважається помірним, що свідчить про наявність зв'язку, але не дуже сильного. Це означає, що зі зростанням рівня стресу спостерігається тенденція до збільшення інтенсивності симптомів ПТСР, і навпаки. Підвищений рівень стресу може загострювати симптоми ПТСР, такі як флешбеки, нічні кошмари, гіпервигильність та емоційна дисрегуляція. ПТСР та стрес можуть взаємно підсилювати один одного. Стрес може активувати травматичні спогади та викликати симптоми ПТСР, що пояснює помірну кореляцію між цими змінними. Тож особи з ПТСР мають підвищену чутливість до стресу, що призводить до більш інтенсивної реакції на стресори.

Коефіцієнт кореляції 0,432 між змінними EAT-26 та PCL-5 вказує на наявність слабкої позитивної лінійної залежності між двома змінними. Це означає, що коли значення однієї змінної зростає, значення іншої змінної, як правило, також зростає, але залежність не є дуже сильною. Значення кореляційного коефіцієнта від 0,3 до 0,5 вважається слабким, що свідчить про наявність зв'язку, але цей зв'язок не є дуже вираженим. Особи з ПТСР можуть використовувати харчову поведінку як спосіб регулювання своїх емоцій. Підвищена тривога, депресія або дисфорія, що супроводжують ПТСР, можуть сприяти розвитку нездорових харчових звичок або розладів харчової поведінки. Симптоми ПТСР можуть збільшувати психологічний дистрес, що, в свою чергу, може сприяти нездоровому харчуванню або навіть розвитку розладів харчової поведінки. Люди з ПТСР часто мають негативну самоперцепцію та низьку самооцінку, що може впливати на їх харчову поведінку та образ тіла. Травматичний досвід може призвести до викривлених думок про себе та своє тіло, що може сприяти розвитку розладів харчової поведінки. Слабка позитивна кореляція між показниками EAT-26 і PCL-5 свідчить про наявність певного зв'язку між рівнем розладів харчової поведінки та симптомами ПТСР. Хоча цей зв'язок не є сильним, він все ж вказує на те, що люди з більш високими показниками за однією з цих змінних, ймовірно, матимуть вищі показники і за іншою.

Коефіцієнт кореляції  $-0,535$  між змінними «рівень стресу» та самооцінкою вказує на наявність помірно негативної лінійної залежності між двома змінними. Це означає, що коли значення однієї змінної зростає, значення іншої змінної, як правило, зменшується, і навпаки: коли значення однієї змінної зменшується, значення іншої змінної зазвичай зростає. Тобто рівень стресу і самооцінка особистості пов'язані оберненим зв'язком: коли зростає стрес, самооцінка знижується, і навпаки. Значення кореляційного коефіцієнта від  $-0,5$  до  $-0,3$  також вважається помірним, що свідчить про наявність зв'язку, але не дуже сильного. Це означає, що зі зростанням рівня стресу самооцінка, як правило, знижується, і навпаки: зменшення стресу асоціюється зі збільшенням самооцінки. Високий рівень стресу часто супроводжується негативними емоціями, такими як тривога, депресія та роздратування, які можуть негативно впливати на самооцінку. Люди під впливом високого стресу можуть більш критично оцінювати себе, свої здібності та досягнення, що призводить до зниження самооцінки. Стрес може спричиняти когнітивні викривлення, такі як катастрофізація або негативне мислення, що негативно впливає на самооцінку. Високий рівень стресу може виснажувати психологічні ресурси, що робить людину менш стійкою до труднощів та більш вразливою до низької самооцінки.

Коефіцієнт кореляції  $-0,227$  між змінними «Самооцінка» та ЕАТ-26 вказує на наявність дуже слабкої негативної лінійної залежності між двома змінними. Тобто низька самооцінка пов'язана з вищим ризиком розвитку розладів харчової поведінки. Це означає, що хоча є певний зв'язок між змінними, він є дуже слабким і може бути незначним з практичної точки зору. Значення кореляційного коефіцієнта менше  $0,3$  вважається дуже слабким. Це може означати, що низька самооцінка пов'язана з вищим ризиком розвитку розладів харчової поведінки, хоча цей зв'язок є дуже слабким. Люди з низькою самооцінкою можуть мати негативне самосприйняття та невпевненість у собі, що може робити їх більш вразливими до розладів харчової поведінки, таких як анорексія чи булімія.

Особи з низькою самооцінкою можуть сильніше залежати від зовнішніх оцінок та стандартів краси, що сприяє незадоволенню своїм тілом і, як наслідок, нездоровій харчовій поведінці. Люди з низькою самооцінкою можуть частіше піддаватися когнітивним викривленням, таким як перфекціонізм або дихотомічне мислення ("все або нічого"), що впливає на їх харчову поведінку. Низька самооцінка може бути пов'язана з труднощами у емоційній регуляції, що може призводити до використання їжі як засобу боротьби зі стресом, тривогою або депресією. Люди з низькою самооцінкою можуть вдаватися до екстремальних дієт або інших нездорових практик харчової поведінки як спроби підвищити самооцінку або відповідати соціальним стандартам краси.

Коефіцієнт кореляції  $-0,527$  між змінними «Самооцінка» та PCL-5 вказує на наявність помірної негативної лінійної залежності між двома змінними. Це означає, що коли значення однієї змінної зростає, значення іншої змінної, як правило, зменшується, і навпаки: коли значення однієї змінної зменшується, значення іншої змінної зазвичай зростає. Значення кореляційного коефіцієнта від  $-0,5$  до  $-0,3$  вважається помірним, що свідчить про наявність зв'язку, але не дуже сильного. Це означає, що зі збільшенням рівня симптомів ПТСР самооцінка, як правило, знижується, і навпаки: зі зниженням рівня симптомів ПТСР самооцінка зазвичай підвищується. Травматичні події, що призводять до ПТСР, можуть сильно впливати на самооцінку. Відчуття безсилля, сорому, вини або приниження, які часто супроводжують травматичний досвід, можуть знижувати самооцінку. Симптоми ПТСР, такі як флешбеки, гіпервигильність, уникання та негативні зміни у настрої, можуть впливати на здатність людини позитивно оцінювати себе і свої можливості. Особи з ПТСР часто мають когнітивні викривлення, такі як негативні уявлення про себе і світ, що можуть знижувати самооцінку. Вони можуть вважати себе винними за те, що сталося, або неадекватними у подоланні наслідків травми. Наявність ПТСР може виснажувати психологічні ресурси, що робить людину менш здатною справлятися зі стресом та

підтримувати позитивну самооцінку. Симптоми ПТСР можуть впливати на функціонування у повсякденному житті, знижуючи продуктивність у роботі чи навчанні, що, в свою чергу, може впливати на самооцінку.

Коефіцієнт кореляції  $-0,142$  між змінними «Самооцінка» та «Реагування на стрес» вказує на дуже слабку негативну лінійну залежність між двома змінними. Це означає, що зміна значень однієї змінної майже не впливає на зміну значень іншої змінної. Значення кореляційного коефіцієнта менше  $0,3$  вважається дуже слабким. Це означає, що зміна самооцінки майже не впливає на зміни в поведінці реагування на стрес через харчову поведінку. Дуже слабкий зв'язок між самооцінкою та харчовою поведінкою при стресі може вказувати на те, що самооцінка не є значущим фактором, який визначає, чи буде людина використовувати голодування або переїдання як спосіб реагування на стрес. Особи можуть використовувати різні стратегії для подолання стресу, і харчова поведінка є лише однією з них. Ті, хто має низьку самооцінку, можуть вибирати інші способи справлятися зі стресом, наприклад, соціальну ізоляцію, пасивність або агресію. Вплив самооцінки на харчову поведінку може бути опосередкований іншими механізмами емоційної регуляції, які також мають вплив на те, як людина реагує на стрес.

Коефіцієнт кореляції  $0,117$  між змінними «Реагування на стрес» та «Рівень стресу» вказує на дуже слабку позитивну лінійну залежність між двома змінними. Це означає, що зміна значень однієї змінної майже не впливає на зміну значень іншої змінної. Значення кореляційного коефіцієнта менше  $0,3$  вважається дуже слабким. Це означає, що зміна рівня стресу майже не впливає на зміну поведінки при реагуванні на стрес, як наприклад, переїдання або голодування. Дуже слабкий зв'язок між рівнем стресу та харчовою поведінкою при стресі може свідчити про те, що інтенсивність стресу не є ключовим фактором, який визначає, як саме людина буде реагувати на стрес через харчову поведінку.

Коефіцієнт кореляції  $0,179$  між змінними «Реагування на стрес» та ЕАТ-26 вказує на дуже слабку позитивну лінійну залежність між двома

змінними. Це означає, що зміна значень однієї змінної майже не впливає на зміну значень іншої змінної. Значення кореляційного коефіцієнта менше 0,3 вважається дуже слабким. Це означає, що зміна рівня стресу майже не впливає на зміни у харчовій поведінці, оцінювані за шкалою ЕАТ-26. Дуже слабкий зв'язок між реагуванням на стрес та результатами ЕАТ-26 може свідчити про те, що реакція на стрес не є значущим фактором, який визначає симптоми розладів харчової поведінки.

Коефіцієнт кореляції 0,083 між змінними «Реагування на стрес» та PCL-5 вказує на дуже слабку позитивну лінійну залежність між двома змінними. Це означає, що зміна значень однієї змінної майже не впливає на зміну значень іншої змінної. Значення кореляційного коефіцієнта менше 0,3 вважається дуже слабким. Це означає, що зміна реагування на стрес майже не впливає на зміни в показниках посттравматичного стресового розладу. Слабка кореляція може вказувати на те, що спосіб, як людина реагує на стрес, майже не впливає на його ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. Реакція на стрес може бути індивідуальною та залежати від різних факторів, таких як особистісні особливості, досвід травми та доступність підтримки.

### **3.3. Рекомендації щодо подолання стресу, пов'язаного з війною**

Для запобігання виснаження та деструктивних порушень психіки в умовах війни, важливо зменшити рівень адреналіну та кортизолу. Для досягнення цього, рекомендується дотримуватися порад фахівців. Такі поради допоможуть прискорити вихід на плато з дистресу та запобігти розвитку ПТСР чи інших порушень психіки.

На основі проведеного емпіричного дослідження розроблено наступні рекомендації:

- Необхідно ставити перед собою лише реалістичні цілі та поділяти великі завдання на менші етапи. Важливо робити все можливе, навіть якщо не має бажання.
- Також варто стежити за рутинними справами по дому та уникати самотності, шукаючи співрозмовника, яким можна ділитися своїми проблемами та переживаннями, навіть якщо це будуть тварини або рослини.
- Крім того, приєднання до волонтерського руху може стати допомогою в забезпеченні позитивного впливу на психічний стан.
- Бажано знайти безпечне місце та час, де можна висловити свої негативні емоції та енергію, відпочити від них, можливо, поплакати або покричати. Рекомендується вести щоденник своїх емоцій, настрою та сновидінь. При відчутті люті або злості, можна скористатися високоінтенсивним фізичним навантаженням.
- Необхідно контролювати своє споживання води та запобігати втраті рідини в організмі. Недостатнє забезпечення водою може знизити опір організму до стресу. При адаптації до нових умов та перебуванні на високій рівні досягнення плато, бажано обмежувати споживання алкоголю, тоніків, енергетичних напоїв та добавок, які містять кофеїн, гуарану, амфетаміни та будь-які легкі наркотики. Замість цього, краще випити зелений чи чорний чай, який надає переваги в залежності від ваших потреб. Також можна спробувати ромашковий чай з мелісою, який підійде для всіх. Завжди пам'ятати про забезпечення свого організму достатньою кількістю води.
- Уникати експериментів зі своїм харчуванням та не намагатися схуднути. Замість цього, прагнути до того, щоб ваш раціон був повноцінним, різноманітним та включав в собі пробіотики, вітаміни та Омега-3 жирні кислоти.

- Рекомендується займатися легкою або помірною фізичною активністю, яка не потребує значних зусиль і сили волі. Аеробні та анаеробні навантаження можуть допомогти зменшити тривожність та стрес, під час яких відбувається "спалювання" надлишку стресових гормонів, а після заняття відбувається викид задоволення та щастя гормонів, таких як ендорфіни, енкефаліни, дофамін і серотонін. Проте, не слід досягати виснаження від тренувань, оскільки це може викликати негативний психотропний ефект, під час якого відбувається потужний викид кортизолу. Найкращі види фізичної активності для боротьби зі стресом включають плавання, аквааеробіку, динамічну йогу та скандинавську ходьбу.
- Рекомендується регулярно використовувати техніки, які допоможуть зняти стрес, такі як аутотренінг, дихальні вправи з фокусом на подовжений видих, майндфулнес, медитація та статична йога. Для зняття м'язової напруги рекомендується використовувати дихання зі затримкою та сильним напруженням м'язів на 2-3 секунди. Також ефективні для розслаблення нервової системи пасивний релакс під музику, масаж спини та комірної зони, ароматерапія (див. додаток I). Не забувати, що обійми з близькою людиною або домашньою твариною можуть збільшити вироблення гормону кохання - окситоцину, який знижує рівень кортизолу.
- Необхідно починати свій день з чогось іншого, а не перегляду новин. Зберігати час з 12:00 до 16:00 для ознайомлення з достовірними джерелами інформації, та критично оцінювати всю інформацію. Не намагатися контролювати те, на що неможливо вплинути.
- Докладати максимум зусиль для того, щоб забезпечити собі нормальний сон. Увечері слід уникати новин та фільмів, які можуть збуджувати. Не варто читати в ліжку, дивитись телевізор, використовувати ноутбук та телефон. Перед сном не слід їсти, але й не

засинати голодними. Лягати і прокидатися в один і той же час. Варто вмикати режими «Не турбувати» або «Сон», щоб ніякі повідомлення не відволікали вас. Якщо потрібно, користуватися ліками, що допомагають нормалізувати сон, обов'язково за призначенням лікарям. Перед сном варто прогулятися на свіжому повітрі.

- Не забувати, що посмішки та сміх – це також важливі емоції, які допомагають зменшувати рівень гормонів стресу. Крім того, спів, читання віршів, розв'язування головоломок і завдань, гра в комп'ютерні ігри – все це може допомогти знизити стресову напругу та запобігти перевтомі.

З огляду на дані проведеного емпіричного дослідження, можна сформулювати певні рекомендації для кожної з досліджених вікових груп жінок:

**Для молодшої вікової групи (18-25 років):**

1. Бажано розвивати позитивне мислення та самопідтримку, для цього можна:
  - Вести щоденник успіхів, записуючи свої досягнення та позитивні моменти дня.
  - Використовувати афірмації та позитивні твердження про себе.
2. Практикувати техніки релаксації, такі як глибоке дихання, медитація, йога.
3. Встановлювати здорові межі у відносинах і навчіться говорити "ні", коли це необхідно.
4. Дотримуватися регулярного режиму сну та харчування.
5. Займатися фізичною активністю, яка приносить вам задоволення (прогулянки, спорт, танці).
6. Знайти коло підтримки серед друзів, родини або однодумців.
7. Розвивати комунікативні навички для побудови здорових та підтримуючих відносин.

**Для жінок віком 26-35 років (рання дорослість):**

1. Визначити свої сильні сторони та якості, за які ви себе цінуєте.
2. Створити баланс між особистим життям та професійними обов'язками.
3. Планувати час для відпочинку та релаксації.
4. Використовувати тайм-менеджмент для ефективного розподілу часу між роботою та особистим життям.
5. Забезпечувати себе збалансованим харчуванням і достатньою фізичною активністю.
6. Дотримуватися регулярного режиму дня, включаючи час для себе та своїх хобі.
7. Шукати підтримку серед близьких людей або професійних консультантів.
8. Розвивати комунікативні навички для вирішення конфліктів та підтримки здорових відносин.

#### **Для жінок віком 36-45 років:**

1. Визначити пріоритети і встановити реалістичні цілі.
2. Знайти способи релаксації, які вам підходять, такі як медитація, спорт або хобі.
3. Встановити чіткі межі між роботою та особистим часом.
4. Залучати членів сім'ї до спільного вирішення побутових питань, щоб розподілити навантаження.
5. Дотримуватися регулярного режиму дня, включаючи час для себе.
6. Забезпечувати собі здорове харчування та регулярну фізичну активність.
7. Підтримувати тісні стосунки з друзями та родиною.
8. Розглядати можливість участі в групах підтримки або консультацій з психологом для емоційної підтримки.

#### **Для жінок віком старше 45 років:**

1. Приділяти увагу своїм емоціям та почуттям, не соромитися звертатися за допомогою до психолога при необхідності.

2. Працювати над самоприйняттям, зосереджуючи увагу на своїх досягненнях та позитивних якостях.
3. Продовжувати підтримувати фізичну активність, вибираючи заняття, які приносять вам задоволення.
4. Дотримуватися здорового харчування, адаптуючи його до потреб свого організму.
5. Займатися та відкривати нові хобі або навчанням, які можуть приносити радість та відчуття самореалізації.
6. Ставити перед собою нові цілі та виклики, що допомагають залишатися активними та зацікавленими у житті.
7. Розвивати відносини з друзями, родиною та спільнотою, які можуть надавати емоційну підтримку.
8. Брати участь у соціальних або волонтерських проектах, що можуть надати відчуття значущості та взаємодії з суспільством.

Досвід осіб із розладами харчової поведінки може бути дуже складним і важким для розуміння та підтримки. Як для терапевтів, так і для клієнтів важливо усвідомлювати чинники та механізми, що лежать в основі цих розладів, а також конкретні проблеми та потреби, які вони можуть мати у своїх зусиллях досягти та підтримувати хороше фізичне та психічне здоров'я. Надання інформації та порад може допомогти клієнтам краще зрозуміти свій особистий досвід і потреби, а також приймати обґрунтовані рішення щодо харчової поведінки та харчування.

У випадку виявлення в особи розладів харчової поведінки або їх високого ризику психологу доцільно співпрацювати з дієтологом. Нижче наведено приклад розрахунку кількості енергії, необхідної для зупинки втрати ваги. Замість підрахунку калорій, терапевт повинен використовувати стандартну дієту харчування, що дозволить виявити прогалини в раціоні пацієнта (наприклад, «Я бачу, що вчора ввечері ви їли курку з овочами, але вам потрібні крохмалисті вуглеводи, як картопля в мундирі. Мабуть, це трапляється досить часто, і про це потрібно говорити і думати»). Ця дієта

включає порції різного розміру, але багатьом клієнтам потрібно більш конкретні рекомендації (часто це особи з малою вагою); вона може бути важливою частиною шляху зцілення клієнта/пацієнта та одужання від розладу харчової поведінки. Інші клієнти (часто більш імпульсивні) можуть їсти більше, ніж їм потрібно (наприклад, вживаючи їжу великими порціями, коли слід вживати маленькими), в цьому випадку їм можуть знадобитися більш конкретні рекомендації. Тому ми включили інформацію про стандартні розміри порцій (див. Додаток 3), які можна використовувати в роботі з особами, які мають розлади харчової поведінки. Кожна дієта відповідає діапазону енергії (див. табл. 2).

Ця інформація є керівництвом для терапевта, хоча середній вміст енергії можна використовувати і як керівництво для клієнта/пацієнта, що допоможе з'ясувати, скільки конкретних продуктів їм необхідно з'їсти, при цьому пацієнт може уникнути нав'язливої поведінки, намагаючись точно вираховувати спожиті калорії. Клієнтам / пацієнтам слід нагадати, що запорукою здорового харчування є різноманітність продуктів харчування. Якщо пацієнт завжди вживає продукти відповідно до нижньої межі енергетичного діапазону, тоді йому потрібно споживати більше їжі (як додатковий перекус) для підтримки ваги. Якщо особа використовує верхню межу діапазону енергоспоживання, імовірно він буде важити більше, ніж необхідно.

Базовою річчю у роботі фахівця в галузі психології, яку необхідно знати, є фактори порушення харчової поведінки. Ці знання є важливою складовою в роботі з пацієнтами, які мають складні та багатогранні проблеми і може допомогти пацієнту побачити, як різні форми поведінки, такі як переїдання, зловживання алкоголем і самоушкодження, можуть бути пов'язані із загальною причиною, такою як сильні негативні емоції це розуміння може призвести до більш ефективного лікування та кращих результатів. Важливо пристосувати психологічну допомогу або психотерапію

до індивідуальних потреб клієнта/пацієнта та коригувати її відповідно до його розуміння та потреб (див. додаток А).

### Висновки до розділу 3

Аналіз даних емпіричного дослідження показав, що стрес, пов'язаний з військовими діями, вплинув на раціон харчування та реакції на стрес серед жінок, хоча більшість з них не зазначили кардинальних змін у харчових звичках. Так, опитування показало, що раціон харчування змінився у меншості (37,1%) опитаних, але помітно збільшилася кількість тих, хто зловживає шкідливим харчуванням. Зменшилася кількість осіб, котрі їли лише корисні продукти (обмежували себе в певних продуктах). Незначно зменшилася кількість тих, хто заїдає стрес, та відповідно збільшилася кількість тих, хто голодує через стрес.

Аналіз кореляційних зв'язків між рівнем стресу, самооцінкою, реагуванням на стрес, показниками EAT-26 та PCL-5 показав, що ці змінні взаємопов'язані між собою різною мірою. Найбільш виражений зв'язок виявлено між рівнем стресу та симптомами ПТСР, а також між самооцінкою та симптомами ПТСР. Більшість інших кореляцій виявилися слабкими.

На основі аналізу і порівняння відмінностей виокремлених вікових груп жінок стосовно емоційних переживань у відповідь на стрес було визначено, що саме у віці від 26 до 45 років людина має нижчу стресостійкість. Особам, які відчують ці труднощі, важливо звернутися за професійною допомогою, щоб зрозуміти основні причини та виробити більш здорові механізми подолання. Завдяки ефективній підтримці люди можуть змінити своє ставлення до їжі і образ свого тіла та покращити загальний стан здоров'я та самопочуття.

На основі результатів емпіричного дослідження розроблено психологічні рекомендації для жінок виокремлених вікових груп, в яких комплексно відображено заходи для зменшення рівня стресу, питання для психоедукації, рекомендації щодо здорового і збалансованого харчування.

## ВИСНОВКИ

Війна та зумовлені нею фактори, такі як відсутність безпеки та хронічний стрес, пов'язані з погіршенням психічного здоров'я та психологічними труднощами. Коли люди стикаються з травматичною або дуже стресовою подією, їх психічне здоров'я та благополуччя можуть серйозно постраждати. Стрес та зумовлені ним реакції можуть призводити до нездорових механізмів подолання, таких як неупорядкована харчова поведінка, що може значно збільшити ризик подальших психічних і фізичних ускладнень. Психологічні та фізичні наслідки війни є складними та далекосяжними, тому важливо підвищувати обізнаність щодо цих проблем, щоб ідентифікувати осіб, які можуть бути в зоні ризику, та допомогти їм отримати необхідну підтримку, щоб допомогти впоратися з цим стресом та запобігти негативним наслідкам для здоров'я.

В даній роботі було здійснено теоретичний аналіз наукових досліджень, де було визначено природу стресу як типову відповідь організму на психологічне та фізичне навантаження. Активізація нейроендокринних ланцюгів під впливом стресу призводить до різних змін на психофізіологічному рівні, що може проявлятися індивідуально у вигляді різних симптомів, таких як безсоння, апатія та панічні атаки. Теорії стресу, такі як загальний адаптаційний синдром Ганса Сельє, когнітивна оцінка Річарда Лазаруса та теорія соціального стресу, розглянуті в даному аналізі, дозволяють краще зрозуміти різні аспекти цього процесу та його вплив на організм.

Було досліджено, що стрес війни є серйозною проблемою, що виникає внаслідок участі людини у воєнних конфліктах або переживання воєнних подій. Він може мати значний вплив на фізичне та психічне здоров'я, спричиняючи різноманітні симптоми, такі як тривога, депресія, ПТСР, безсоння та інші. Основні причини стресу війни включають небезпеку для життя, травматичні події, втрату близьких та стресові умови.

В даній роботі було розроблено теоретичну модель, що досліджує взаємозв'язок між стресом, спричиненим війною, і змінами в харчовій поведінці, включаючи можливий розвиток розладів харчової поведінки. Модель передбачає, що військовий і травматичний стрес викликають різні емоційні та фізичні реакції, які залежать від обраних копінг-стратегій. Конструктивні стратегії, такі як здоровий спосіб життя і соціальна підтримка, допомагають підтримувати здорову харчову поведінку. Неконструктивні стратегії, як-от вживання алкоголю або переїдання, можуть призводити до розладів харчової поведінки. Модель допомагає зрозуміти, як адаптація до стресу впливає на харчову поведінку, і може бути використана для розробки ефективних методів підтримки постраждалих від війни.

В результаті проведеного дослідження виявлено виражений зв'язок між рівнем стресу та симптомами ПТСР (зі зростанням рівня стресу спостерігається тенденція до збільшення інтенсивності симптомів ПТСР, і навпаки), а також між самооцінкою та симптомами ПТСР: зі збільшенням рівня симптомів ПТСР самооцінка, як правило, знижується, і навпаки: зі зниженням рівня симптомів ПТСР самооцінка зазвичай підвищується.

Результати емпіричного дослідження показали, що повномасштабне вторгнення певною мірою вплинуло на раціон харчування та реакції на стрес серед жінок. Хоча більшість опитаних не відзначили кардинальних змін у харчових звичках, але раціон харчування змінився в значній частини опитаних (37,1%). Помітно збільшилася кількість тих, хто зловживає шкідливою їжею (фастфуди, солодоші), а також зменшилася кількість осіб, які харчувалися лише корисними продуктами. Незначно зменшилася кількість тих, хто схильний заїдати стрес, та відповідно збільшилася кількість тих, хто голодує через стрес.

Більшість опитаних жінок демонструють помірний рівень стресу, що свідчить про їх здатність регулювати власні емоції у стресових ситуаціях. Жінки зрілого віку (старші 45 років) показують тенденцію до зниження рівня стресу, що може свідчити про збільшення самоконтролю. У віковій групі

досліджуваних 18-25 років також спостерігається зниження показників стресу, що вказує на їхню швидшу адаптацію до стресових умов. Жінки віком від 26 до 45 років демонструють тенденцію до збільшення рівня стресу, можливо, через більшу відповідальність за сім'ї, дітей та самих себе.

Найвищий показник харчових розладів виявлено у віковій категорії жінок, старших за 45 років, що може бути пов'язано зі змінами в способі життя та здоров'ї. В інших вікових групах не виявлено значної ймовірності наявності розладів харчової поведінки. При цьому, за результатами опитування, наявність посттравматичного розладу у досліджуваних мало ймовірна.

Дослідження виявило, що в досліджуваних жінок загалом адекватна самооцінка. При цьому, однак, наймолодша група опитаних (18-25 років) є найбільш чутливою та має найбільший ризик розвитку розладів харчової поведінки через нижчу самооцінку. Жінки середнього віку (26-45 років) можуть відчувати зниження самооцінки через життєві виклики, проте цей період також може сприяти особистісному зростанню. Найстарша група жінок має найвищі показники самооцінки, що свідчить про стабільне психологічне здоров'я та прийняття себе.

Виявлено, що в досліджуваних переважають копінг-стратегії, фокусовані на проблемі, що включають активне подолання, використання інформаційної підтримки, планування та позитивний рефреймінг. Це може свідчити про високу психологічну силу та стійкість, а також практичний підхід до вирішення проблем. Означена копінг-стратегія може бути набута в умовах війни, що свідчить про адаптацію українських жінок до життя в умовах війни та ефективного додання стресу. Отже, досліджувані жінки загалом демонструють здатність адаптуватися до стресових умов, підтримувати адекватну самооцінку та використовувати ефективні копінг-стратегії для подолання проблем. Проте, деякі вікові групи можуть бути більш вразливими до певних аспектів психологічного здоров'я, що вимагає додаткової уваги та підтримки.

На основі урахування вікової специфіки досліджуваних груп жінок розроблено психологічні рекомендації для оптимізації харчової поведінки, а саме: встановлювати реалістичні цілі, підтримувати соціальні зв'язки, займатися фізичною активністю та волонтерством, контролювати споживання води та харчування, використовувати техніки зняття стресу, обмежувати перегляд новин, і забезпечувати якісний сон.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Williams, M.B., Poyula, S. U36 PTSD: workbook. Effective techniques for overcoming the symptoms of traumatic stress / Mary Beth Williams, Soili Poyula; prov. from English A.V. Raven. Kyiv. : "Dialektika", 2021. 400 p.: illustrations. Parallel title
2. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації Київ: Україна, 2022. 52 с.
3. AmericanPsychiatricAssociation. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edn. Arlington [Electronic resource] / AmericanPsychiatricAssociation // VA: AmericanPsychiatricPublishing. – 2013. – Resource access mode: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Antonovsky, A. 1987. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco.
5. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association
6. Tedeschi R. G. Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun. Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15 (1). P. 1-18.
7. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. Проблеми політичної психології. 2017. Вип. 5. № 19. С. 3-10.
8. Positive Changes Following Adversity PTSD Research Quarterly / S. Joseph, L. Butler. 2010. Vol. 21 (3).
9. Migration crisis due to war: critical situation in Europe and risks for Ukraine. URL: <https://evacuation.city/articles/259591/migracijna-kriza-cherez-vijnu-kritichna-situaciya-v-yevropi-ta-riziki-dlya-ukraini>

10. Nederland V. G. Clinical observations of the "survivor syndrome". / International journal of psychoanalysis. 1968. No. 49. P. 313–315
11. Khadzhiolova I. Impact of stress factors on workers of different ages and sex. Psychosocial factors at work and health care. Geneva: World Health Organization. 1989. P. 132-142.
12. Hamburger A. Forced migration and social trauma: Interdisciplinary perspectives from psychoanalysis, psychology, sociology and politics. Routledge, 2018.
13. Nederland W.G. Clinical observations on the "survivor syndrome." The International Journal of Psychoanalysis. 1968. 49 C. 313–315.
14. Zoellner T. Posttraumatic Growth and Psychotherapy / T. Zoellner, A. Maercker / Calhoun, Lawrence G// Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. 2006. P. 334-354.
15. Carstensen L.L. Age-related changes in social activity. Handbook of clinical gerontology. Vol. 146. Pergamon general psychology series. New York: Pergamon Press. 1987, P. 222–237.
16. Carstensen L.L. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity / L.L. Carstensen, D.M. Isaacowitz, S. T Charles. American Psychologist, No. 54, 1999. P. 165–181.
17. Labouvie-Vief G., Devoe M. Emotional regulation in adulthood and later life: A developmental review. Annual review of gerontology and geriatrics / G. Labouvie-Vief, M. Devoe. New York: Springer, 1991. P. 172–194
18. Мозговий В. І. Особистісний симптомокомплекс стресостійкість/ стресоприйнятливість у військовослужбовців правопорядку: дис. канд. психол. наук. Харків, 2006. 178 с.
19. J. Ormel, R. Sanderman, R. Stewart Personality as a modifier of the life event – distress relationship: A longitudinal structural equation model. Person. Individual. Diff. 1988. V.9. №6. P. 973-982.

- 20.Тептюк Ю.О. Про результати формуючого експерименту з формування стресостійкості у соціальних працівників. Збірник наукових праць Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2019. № 4(16). С. 252-267.
- 21.Тептюк Ю.О. Психологічні особливості соціальної стресостійкості працівників за віковим критерієм / Ю.О. Тептюк // IV Всеукраїнська науково-практична конференція «Особистісні та ситуаційні детермінанти здоров'я». Вінниця : Донецький національний університет імені Василя Стуса. 2019. С. 199-203.
- 22.Психологія перед лицем російсько-української війни : збірник тез Українсько-польської наукової конференції, 19–20 травня 2023 р., онлайн. Львів, 2023. 92 с.
- 23.Затворнюк О.М. Теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців»: тези доповідей VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції, (м. Хмельницький, 9–10 квітня 2020 р.) / [редкол.: Є. М. Потапчук (гол. ред.), В.К. Гаврилкевич, Т.Л.Левицька, Л.О.Подкорітова]; М-во освіти і науки України, Хмельницький нац.ун-т, кафе психол.і викладач.[та ін.]. Хмельницький: ХНУ, 2020. С. 114-115.
- 24.Shebanova V., Yablonska T. The influence of the family on the formation of eating and weight disorders. *Current Problems of Psychiatry*, 2019, 20(4). <https://doi.org/10.2478/cpp-2019-0021>
- 25.Шебанова, В., Яблонська, Т. (2022). Особливості Інтернет-самопрезентації осіб із розладами харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць, (55), 150–172. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2022-55.150-172>
- 26.Яблонська Т.М., Каченюк А.Я. Роль когнітивних викривлень у сприйнятті образу тіла молодих жінок. Науковий вісник Мукачівського

- державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». Том 8, № 3, 2022, С. 33-42. [https://doi.org/10.52534/msu-pp.8\(4\).2022.33-42](https://doi.org/10.52534/msu-pp.8(4).2022.33-42)
27. Izydorczyk B., Głomb, K., Bętkowska-Korpała, B., Yablonska, T., Bulatevych, N., Opalka, R., Lizińczyk, S., Sitnik-Warchulsk, K., Radtke, B., Sajewicz-Radtke, U., & Lipowska, M. (2023). Internalization of athletic body ideal as a mediating variable between family influence and body image of young women. A cross-cultural study of Polish, Italian, and Ukrainian women. *Frontiers of Psychiatry*, 23 March 2023/Sec. Psychopathology. Volume 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136079>
28. Арефнія, С. (2022). Проблеми адаптації до умов війни українців, які стали героями телевізійної програми «Допомога психолога». *Організаційна психологія. Економічна психологія.* (2(26), 7-15. <https://doi.org/10.31108/2.2022.2.26.1>
29. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології.* 2017. Вип. 5. С. 3-10. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pppr\\_2017\\_5\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pppr_2017_5_3)
30. Панок В.Г. Психологічна служба: [навч.-метод. посіб. для студентів]. Кам'янець-Подільський : Друкарня Рута, 2013. 328 с.
31. Панок В.Г. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : [Монографія]. К. : Ніка-Центр, 2017. 188 с.
32. Карамушка, Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/730974/3>.
33. Frankl, Viktor. *Psychologist in the Concentration Camp.* 1946.
34. *Virtus.* Issue #8, October 2016. *Virtus*, 2016, <http://virtus.conference-ukraine.com.ua>.
35. Петренко-Лисак, А. *Соціально-антропологічний аналіз.* Звіт практики, 2022,

- [https://sociology.knu.ua/sites/default/files/newsfiles/zvit\\_praktyka\\_z\\_social\\_doslidzhen\\_2022.pdf](https://sociology.knu.ua/sites/default/files/newsfiles/zvit_praktyka_z_social_doslidzhen_2022.pdf).
36. Klas Backholm, Rasmus Isomaa & Andreas Birgegård (2013) The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients, *European Journal of Psychotraumatology*, 4:1, 22482, DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.22482
  37. Co-Occurring PTSD and Eating Disorders
  38. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health NIH Publication No. 23-MH-8124 Revised 2023  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
  39. American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and Stressor-Related Disorders. In [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#) (5th ed., text rev.).
  40. Bichitra Nanda Patra and Siddharth Sarkar. Adjustment Disorder: Current Diagnostic Status. *Indian J Psychol Med*. 2013 Jan-Mar; 35(1): 4–9.
  41. Harvard Medical School. (2007). [National Comorbidity Survey](#) (NCS). (2017, August 21). Data Table 2: 12-month prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.
  42. National Library of Medicine: MedlinePlus. [Adjustment Disorder](#).
  43. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for Families: [Attachment Disorders](#).
  44. Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Oct;49(10):980-9.>
  45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

46. Zohar J, Juven-Wetzler A, Sonnino R, Cwikel-Hamzany S, Balaban E, Cohen H. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):301-309
47. Cahill SP, Pontoski K. Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder I: their nature and assessment considerations. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005;2(4):14-25.
48. Agaibi, C.E., & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6, 195-216.
49. Current approach to eating disorders: a clinical update Phillipa Hay *Internal Medicine Journal* (2020 Jan; 50(1): 24–29) <https://doi.org/10.1111/imj.1469>
50. Baghoori et al., 2022; Rajesh et al., 2022; Van Gils, 2022; Weeratunga et al., 2022, Abdul Rahman et al., 2021, Mackay et al., 2021).
51. Ormel J. Personality as modifier of the life event – distress relationship: A longitudinal structure equation model / J. Ormel, R. Sanderman, R. Stewart // *Person. Individ. Diff*. 1988. V. 9. No 6. P. 973–982.
52. Сельє Р. Нариси про адаптаційний синдром, М., 1960.
53. Сельє Г. Стрес без дистресу. Київ, Прогрес, 1982.
54. Сельє Г. Від мрії до відкриття: Як стати вченим. М., Прогрес, 1987.
55. Роменець В.О. Маноха І.П. Історія психології ХХ століття. Київ, Либідь, 2003.
56. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
57. Соціальна робота: навч. посіб, за ред. К. М. Левківського, В. Л. Кулініченко, В. Є. Слушаєва та ін. К. : НТУУ «КПІ», 2014. 372 с.
58. Selye, H. Stress and disease. *Science*. 122 p.
59. Даниляк О., Маринець С.-А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень URL: <https://mspsss.org.ua/index.php/journal/article/download/121/102/>.
60. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping / NY: Springer publishing, 1984. – 218 p

61. Juth, V., Dickerson, S. (2013). Social Stress. In: Gellman, M. D. Turner, J. R. (eds). Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_283](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_283)
62. Festinger L. Conflict, Decision and Dissonance. Stanford University Press, 1964. 163 p.
63. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львів. держ. ун-т внутр. справ, 2015. 324 с.
64. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ: Кондор, 2005. 278 с.
65. Christin Gerhardt, Norbert K. Semmer, Sabine Sauter et al. How are social stressors at work related to well-being and health? A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2021. № 21. P. 890. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10894-7>
66. Kugelman R. The Nature and History of Engineered Grief. Westport. Praeger, 1992, 224 p.
67. Mulhall A. Cultural discourse and the myth of stress in nursing medicine. International Journal of Nursing Studies. October 1996. 33 (5). Pp. 455–468.
68. Selye H. The stress of life. New-York: Mc Craw-Hill, 1956. 237 p.
69. Smith W. The stress analogy. Schizophrenia Bulletin. 1987. Pp. 215–220.
70. Social Stress: What is It and How to Tackle It Head-On. URL:<https://www.endominance.com/social-stress-what-is-it-and-how-to-tackle-it-head-on/#:~:text=What%20is%20social%20stress%3F,clubs%2C%20or%20stressful%20family%20situations> (28.05.2023).
71. Бауман З. Плинні часи. Життя в добу непевності / [пер. с англ. А. Марчинський]. Київ : Критика, 2013. 174 с.
72. Боярчук О. Д. Біохімія стресу : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. 177 с.

73. Дембіцький С. Вивчення психологічного дистресу в соціологічних дослідженнях: історія та методологія. Український соціум. 2018. № 1 (64). <https://www.researchgate.net/publication/326977724>
74. Крупа В. В., Мальцева К. С. Соціальний стрес та превалюючі стресори серед бакалаврату НаУКМА. Наукові записки НаУКМА. Соціологія. 2019. Том 2. С. 62–73.
75. Макінтайр Е. Після чесноти: Дослідження з теорії моралі. Київ : Дух і літера, 2002. 416 с.
76. Кундеревич О. В., Литвин А. В. Соціальний стрес: теоретичні підходи до розуміння поняття. Видавець КПП ім. Ігоря Сікорського, 2023. СС BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
77. Берн Ш. Гендерна психологія. М.: Прайм-Єврознак, 2016. 320 с.
78. Титаренко Т. М. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. К. : Міленіум, 2018. 272 с.
79. Меллер-Леймкюллер А.М. Стрес у суспільстві та розлади, пов'язані зі стресом, в аспекті гендерних відмінностей. Соц. та клин. психіатрія. 2016. № 4. С. 5-11.
80. Шилова Л.С. Трансформація жіночої моделі самозбережної поведінки. Соціологічне дослідження. 2018. № 11. С. 134-140.
81. Yablonska T.; Bulatevych T.; Sirokha L. Emotional Experiences and Their Connection With Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic: Gender Differences. *Annals of Psychology* Vol. 27 No. 1 (2024). <https://doi.org/10.18290/rpsych2024.0004>
82. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 2

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Таблиця 1. Вплив життєвих подій на розлади харчової поведінки

Низька самооцінка	Потреба у повноцінному контролю над деякими аспектами життя	Перфекціонізм
Пусковий механізм Смерть матері Переїхала до бабусі та дідуся, пішла до нової школи Наближаються іспити Зауважила, що друзі сидять на дієті	Переоцінка їжі, форми та ваги тіла Початок дієти Почувається добре (короткострокова перспектива) Відчуває контроль над харчуванням, формою та вагою тіла (короткострокова перспектива)	Знижується можливість контролювати ситуацію
Уникнення важких почуттів та інших проблем (наприклад, спогадів про матір, екзаменів)	Вплив низької ваги тіла більше думає про харчування, формі та вазі тіла, і менше зацікавлена у «життя»	Зростання обмежень (з подальшою втратою ваги)

Десять питань для перевірки точності формулювання (Butler, 1998) [3]

1. Чи має це формулювання теоретичний зміст?
2. Чи відповідають вона наявним ознакам (симптоми пацієнта, проблеми, реакції на те, що відбулося)?
3. Чи враховує вона сприятливі, провокуючі та підтримуючі фактори
2. (Наприклад, ранній досвід, основні переконання, конкретні пускові ситуації)?
1. Чи підходить вона, на думку інших (пацієнта, спостерігача, колеги)?
2. Чи можна використовувати її для формування прогнозів (наприклад, про труднощі, про аспекти терапевтичних відносин)?
3. Чи може вона допомогти вам зрозуміти, як перевірити ці прогнози (тобто вибрати втручання, очікувати реакції пацієнта та реакції на експерименти)?
4. Чи відповідає вона анамнезу пацієнта (сильні та слабкі сторони)?
5. Чи прогресує терапія, заснована на формулюванні, як цього можна було б очікувати теорії?
6. Чи можна це використовувати для виявлення майбутніх джерел ризику або труднощів цієї людини?
7. Чи залишилися якісь важливі аспекти проблем пацієнта, які не отримали пояснення при побудові формулювання?

Зрештою, що простіше формулювання, то легше пояснити її пацієнтові та іншим людям. Тому, ми використовуємо тут принцип простоти.

**Додаток Б**

Наступні психометричні інструменти корисні при оцінці депресії та самоповаги при розладах харчової поведінки, а також їх базових когніцій:

- Шкала самоповаги Розенберга (Rosenberg, 1965)
- Шкала депресії Бека (Beck та Steer, 1993a)
- Шкала безнадійності Бека (Beck та Steer, 1988)
- Схематична анкета Янга (коротка форма) (Young, 1998).

Однак існує безліч інших заходів оцінки самоповаги та депресії, які також є досить корисними у клінічному відношенні.

### Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)

При щирих відповідях методика дозволяє визначити рівні стресового стану та може бути використана при аутодіагностиці.

Інструкція: обведіть кружком номери запитань, на які ви відповідаєте позитивно.

1. Я завжди прагну виконати роботу до кінця, але часто не встигаю і змушений надолужувати згаяне.

2. Коли я дивлюся на себе в дзеркало, я помічаю на своєму обличчі ознаки втоми та перевтоми.

3. На роботі і вдома - суцільні неприємності

4. Я вперто борюся зі своїми шкідливими звичками, але мені це не вдається.

5. Мене хвилює майбутнє.

6. Мені часто потрібен алкоголь, сигарети чи снодійне, щоб розслабитися після напруженого дня.

7. Навколо відбуваються такі зміни, що голова йде обертом.

8. Я люблю свою сім'ю і друзів, але часто з ними мені стає нудно і порожньо.

9. Я нічого не досяг у своєму житті і часто відчуваю розчарування в собі.

Підраховується кількість позитивних відповідей. Кожній відповіді так присвоюється 1 бал.

0-4 бали. Ви поведетесь в стресовій ситуації стримано і вмієте регулювати свої власні емоції.

5-7 балів. Ви завжди правильно поведетесь у стресовій ситуації. Іноді ви вмієте зберігати самовладання, але бувають такі випадки, коли ви заводитеся через дрібниці і потім про це шкодуєте. Вам необхідно зайнятися виробленням своїх індивідуальних прийомів самоконтролю у стресі.

8-9 балів. Ви перевтомлені та виснажені. Ви часто втрачаєте самоконтроль у стресовій ситуації та не вмієте володіти собою. Наслідок —

страждаєте і ви, і люди, що вас оточують. Розвиток у себе умінь саморегуляції у стресі – зараз ваше головне життєве завдання.

**ЕАТ-26: тест відношення до прийому їжі (діагностика анорексії та булімії)**

Усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються так: «завжди» – 3; "як правило" – 2; "досить часто" – 1; "іноді" – 0; "рідко" – 0; "ніколи" – 0. 26-е питання оцінюється наступним чином: "завжди" – 0; "як правило" – 0; "досить часто" – 0; "іноді" – 1; "рідко" – 2; "ніколи" – 3.

- 1) Мене лякає думка про те, що я розповнюю.
- 2) Я уникаю їсти, коли я голодна.
- 3) Я знаходжу, що стурбована думками про їжу.
- 4) У мене бувають напади безконтрольного споживання їжі, під час яких я не можу себе зупинити.
- 5) Я поділяю свою їжу на дрібні шматочки.
- 6) Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм.
- 7) Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля тощо).
- 8) Я відчуваю, що оточуючі вважали за краще, щоб я більше їла.
- 9) Мене рве після їди.
- 10) Я відчуваю загострене почуття провини після їжі.
- 11) Я стурбована бажанням схуднути.
- 12) Коли я займаюся спортом, думаю про зниклі калорії.
- 13) Навколишні вважають мене занадто худю.
- 14) Я стурбований думками про наявний у моєму тілі жир.
- 15) На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей.
- 16) Я утримуюсь від їжі, що містить цукор.
- 17) Я їм дієтичні продукти.
- 18) Я відчуваю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя.
- 19) У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних із їжею.
- 20) Я відчуваю, що оточуючі чинять на мене тиск, щоб я їв(ла)
- 21) Я витрачаю надто багато часу та думок на питання, пов'язані з їжею.

- 22) Я відчуваю дискомфорт після того, як співаємо солодощі.
- 23) Я дотримуюся дієти.
- 24) Мені подобається відчуття порожнього шлунка.
- 25) Після їжі у мене буває імпульсивне прагнення викликати блювоту.
- 26) Я отримую задоволення, коли пробує нові та смачні страви.

Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20 є висока ймовірність розладу харчової поведінки. Проте тест ЕАТ-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а використовується для скринінгу та попередньої оцінки.

## Додаток Д

**Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу  
(ПТСР). Методика PCL-5**

Нижче вказані реакції, які іноді бувають після пережитого стресу. Уважно прочитайте кожен пункт та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця.

1. Повторювані та тривожні думки та спогади або нав'язливі образи стресового досвіду з минулого?  
Зовсім ні – 0  
Трохи – 1  
Помірно – 2  
Відчутно – 3  
Дуже – 4
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?  
Зовсім ні – 0  
Трохи – 1  
Помірно – 2  
Відчутно – 3  
Дуже – 4
3. Раптове відчуття ніби стресовий досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)?  
Зовсім ні – 0  
Трохи – 1  
Помірно – 2  
Відчутно – 3  
Дуже – 4
4. Почуття пригніченості, смутку, коли щось нагадало про стресову ситуацію з минулого?  
Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

6. Уникання думок або розмов про стресову ситуацію у минулому або уникання почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

7. Уникання певних ситуацій, оскільки вони нагадують вам про стресову ситуацію з минулого?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

8. Важко згадати важливі моменти стресового досвіду з минулого?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

10.Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

11.Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

12.Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

13.Відчуття ізольованості від інших?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини)?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

16. Ризикова поведінка, яка може зашкодити?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

17. Перебування «на взводі» або «на сторожі» ?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

18. Відчуття постійної тривоги?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

19.Труднощі з концентрацією?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

20.Проблеми із засипанням або пробудженням вночі ?

Зовсім ні – 0

Трохи – 1

Помірно – 2

Відчутно – 3

Дуже – 4

**Підрахунок результатів.** Кожна відповідь має свою кількість балів:

Зовсім ні – 0 б. Трохи – 1 б. Помірно – 2 б. Відчутно – 3 б. Дуже – 4 б.

Вам потрібно отримати суму балів усіх відповідей.

**0 -35 балів** – посттравматичний розлад малоїмовірний.

**Понад 36 балів** – є імовірність присутності посттравматичного розладу.

Важливо розуміти, що цей тест є доволі корисним у виявленні симптомів ПТСР, однак він не дає можливості діагностувати його. Це може зробити винятково спеціаліст з психічного здоров'я.

**Методика діагностики рівня самооцінки****(Автор Ж.М. Казанцева)**

Інструкція: В анкеті наведено деякі твердження, номер кожного з них потрібно прописати у відповідній формі: якщо згоден – «+», якщо не згоден – «-». Виберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашій поведінці в аналогічній ситуації. Треба відповідати швидко, довго не думаючи».

1. Зазвичай я розраховую на успіх у своїх справах
2. Я перебуваю в депресії більшу частину часу.
3. Більшість колег консультуються зі мною.
4. Мені не вистачає впевненості в собі.
5. Я приблизно такий же здібний і чудернацький, як і більшість людей навколо мене.
6. Іноді я почуваюся непотрібним.
7. Я все роблю добре.
8. Мені здається, що я нічого не досягну в майбутньому.
9. Я вважаю себе правим у всьому.
10. Я роблю багато речей, про які потім шкодую.
11. Коли я дізнаюся про успіх своїх друзів, я сприймаю цю новину як особисту поразку.
12. Мені здається, що оточуючі дивляться на мене з осудом.
13. Мене не дуже хвилюють можливі невдачі.
14. Мені здається, що існують різні перешкоди, які заважають мені успішно виконати мої завдання, які я не можу подолати.
15. Я рідко шкодую про те, що вже зробив.
16. Люди навколо мене набагато привабливіші, ніж я.
17. Я думаю, що я постійно комусь потрібен.
18. Мені здається, що я пізнаю нове гірше за інших.
19. Мені частіше щастить, ніж не щастить.
20. Я завжди чогось боюся.

## Додаток Ж

### Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997) (адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023)

Інструкція: Наступні пункти стосуються того, як Ви справлялися зі стресом у своєму житті відтоді, як дізналися, що почалося повномасштабне вторгнення. Оцініть наведені нижче твердження відносно того, наскільки вони стосувалися саме Вас.

Відповіді:

- Я зазвичай цього не робив/не робила
  - Я рідко це робив/ робила
  - Я робив/ робила це час від часу
  - Це саме те, що я зазвичай робив/ робила
1. Я звертав(ла)ся до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок.
  2. Я зосереджував(ла) свої зусилля на тому, щоб щось зробити щодо ситуації, в якій я опинив (ла)ся.
  3. Я говорив(ла) собі: "Це нереально".
  4. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб почуватися краще.
  5. Я отримував(ла) емоційну підтримку від інших.
  6. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися з цим.
  7. Я вживав(ла) заходів, намагаючись покращити ситуацію.
  8. Я відмовляв (лася вірити, що це сталося.
  9. Я говорив(ла) щось, щоб позбутися своїх неприємних почуттів.
  10. Я отримував(ла) допомогу та поради від інших людей.
  11. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб допомогти собі пройти через це.
  12. Я намагав (ла)ся побачити це в іншому світлі, зробити це більш позитивним.
  13. Я критикував(ла) себе.

14. Я намагав(ла)ся продумати стратегію своїх подальших дій.
15. Я отримував(ла) почуття розуміння та комфорту від когось.
16. Я відмовляв (ла)ся від спроб впоратися.
17. Я шукав (ла) щось хороше в тому, що відбувається.
18. Я жартував(ла) з цього приводу.
19. Я робив (ла) щось, щоб менше про це думати, наприклад дивив(лася) телевізор, читав(ла), мріяв(ла), спав (ла) чи робив (ла) покупки.
20. Я приймав(ла) реальність того, що це сталося.
21. Я виражав(ла) свої негативні почуття.
22. Я намагав(ла)ся знайти втіху у своїй релігії чи духовних переконаннях.
23. Я намагав(ла)ся отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.
24. Я вчив (ла)ся жити з цим.
25. Я довго розмірковував(ла) над тим, які кроки робити для подолання ситуації.
26. Я звинувачував(ла) себе в тому, що сталося.
27. Я молив (ла)ся або медитував (ла).
28. Я сміяв(ла)ся над ситуацією.

Примітка. Інструкцію і варіанти відповіді на запитання сформульовано в ситуаційній версії від "1" ("я зазвичай цього не робив") до "4" ("це саме те, що я зазвичай робив"); для диспозиційної версії варіанти відповідей від "1" ("я взагалі цього не роблю") до "4" ("саме це я роблю").

## Додаток 3

Середній вміст енергії Діапазон для зберігання енергії в групі	Калорії
Зерновий сніданок 110-220	140
Порція крохмалевмісних вуглеводів 120-260	170
Білки 75 (75 г тунця) – 240 (2 сосиски)	180
Жири 70-100	90
Овочі/салат (крім картоплі) 15-95	25
Фрукти 25-90	60
Легкі десерти/закуски 100-230	160
Традиційний десерт 200-400 (можливо більше)	300

*Таблиця 2. Діапазон вмісту енергії/калорій у різних групах продуктів*

У загальному випадку зміни, які вносяться відповідно до встановленої та контрольованої частотою, швидше за все, стануть постійними, тоді як раптові зміни досить складно підтримувати протягом тривалого часу.

Також важливо звернути увагу на те, що відбувається з вагою пацієнта, коли ви надаєте свій вплив на його раціон.

Якщо вага пацієнта не змінюється через переїдання/компульсивної харчової поведінки в інші періоди часу (або через те, що він споживає їжі більше, ніж пише), немає жодної гострої необхідності (щодо контролю над

фізичним ризиком) вносити зміни до його раціону. Однак у тому випадку, якщо його вага послідовно знижується (особливо в тому випадку, якщо вона знижується швидше, ніж на 0.5 кг тиждень), то слід вжити екстрених заходів щодо його харчування та покращити структуру його раціону.

---

**Додаток I**

Прийоми, щоб допомогти собі позбутися флешбеків і повернутися в справжнє:

- Часто та посилено поморгайте.
- Змініть положення тіла.
- Використовуйте глибоке дихання.
- Задіяйте образи, щоб знайти безпечне місце у своїй уяві.
- Вирушайте у своє безпечне місце.
- Активно рухайтесь в навколишньому просторі.
- Назвіть предмети у вашому оточенні вголос.
- Потримайтеся за безпечний предмет.
- Послухайте заспокійливий аудіозапис, наприклад зроблений для вас терапевтом, якщо ви перебуваєте на психологічній консультації.
- Поплескайте в долоні.
- Поставте ноги на підлогу.
- Вмийтеся холодною водою.
- Повторіть позитивні твердження (афірмації).
- У своїй уяві обприскуйте флешбек із пляшки з миючим засобом, поки він не зникне.
- Сформуйте флешбек на дошку, а потім зітріть його; рухайте гумкою вперед та назад рукою.
- Зобразіть флешбеки на папері, потім знищіть або позбавтеся паперу (розірвіть його, спалить, закопати).
- Помістіть флешбек у якийсь сховище або контейнер (справжній, намальований або символічний).