

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І.

МЕЧНИКОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кафедра диференціальної та спеціальної психології

**Дипломна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «**Особистісні особливості харчової поведінки українців в**

**умовах війни»**

**«Personal peculiarities of eating behavior of Ukrainians in the  
conditions of war»**

Виконала: студентка заочної форми навчання

Спеціальність: 053 «Психологія»

Сисуєва Е.П.

Керівник: к.психол.н.,ст.викладач кафедри  
диференціальної та спеціальної психології Бабій О.І.

\_\_\_\_\_ (підпис)

Рецензент: Національний університет «Одеська морська академія», к. психол. наук, доцент Кернас А.В.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2024 р. р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

Н.В.

(підпис)

Родіна

(ППП)

Захищено на засіданні ЕК №

протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2024

Оцінка

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(за національною шкалою,  
шкалою ECTS, бали) Голова ДЕК

(підпис)

(ППП)

Одеса - 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ	9
1.1 Поняття харчової поведінки та основні види розладів харчової поведінки	9
1.2. ПТСР та зв'язок з харчовими розладами у поведінці	11
1.3. Емоційний тип харчової поведінки, та зв'язок ставлення до їжі та відношення до себе.	14
Висновки до I розділу	29
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	32
2.1. Опис методики дослідження	32
2.2. Аналіз методів дослідження	34
Висновки до II розділу	36
РОЗДІЛ III. ХІД ВИКОНАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ	38
3.1. Організація емпіричного дослідження	38
3.2. Результати емпіричного дослідження	45
Висновки до III розділу	60
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРОСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70

## ВСТУП

Актуальність роботи. Згідно із вищеданою науковою літературою, щонайменше 30 мільйонів людей, незалежно від віку та статі, страждають від розладів ожерченої поведінки. Причинами їх виникнення можуть бути як генетичні фактори, так і риси особистості та інші фактори. Крім того, їх наслідки негативно відбиваються на фізичному здоров'ї, а також можуть впливати на життя людини і вцілі. Щогодини одна людина помирає в результаті розладів харчової поведінки. Ці розлади мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань, і останнім часом їх кількість зросла в кілька разів. Кожної 62 хвилини в результаті подібних захворювань помирає одна людина. За статистикою: · близько 1% жінок страждають нервовою анорексією протягом усього життя, а 1,5% – булімією; · найвищий рівень смертності серед усіх психічних розладів пов'язаний з анорексією. Кожна п'ята смерть від анорексії є самогубством; · від 33 до 50% пацієнтів з нервовою анорексією та булімією мають супутні депресивні та тривожні розлади; · кожен десятий пацієнт з булімією страждає супутнім захворюванням, найчастіше алкогольною залежністю. Також особам з проблемами наявності булімії важливо знати, що явище наслідують активним дисбалансом електролітів у сироватці крові, який може впливати на перистальтику та всі основні системи органів, такі як шлунок і кишковник, нирки, серце та мозок. Порушення електролітного балансу в організмі може спричинитися не лише від блювоти, спортивного надміру, п'яності, раптового прийому діуретичних та проносних засобів. Зі статистики можна судити, що смертність від харчових розладів доволі велика і тільки переплітається з психічними розладами і вимагає глибокого спостереження. Іншими словами, харчова поведінка містить у собі установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини. Харчова поведінка оцінюється як гармонічна (адекватна, нормальна) або порушена (неадекватна, така, яка відхиляється від норми) залежно від безлічі

параметрів, зокрема – від місця, яке займає процес прийом їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних та якісних показників харчування. Розлади харчування — це патологічні стани, обумовлені нестачею або надлишком необхідних для життєдіяльності харчових речовин, а також недостатністю або надлишковою енергетичною цінністю їжі. Статистика допомагає розуміти масштаб проблеми та її серйозність. Тож можна пропонувати наступну гіпотезу: високі стресові обставини можуть призводити до збільшення адиктивної харчової поведінки населення у зв'язку з воєнною діяльністю країни.

Розлади харчування (РХ), зокрема невротична анорексія (АН), невротична булімія (ВН) та напади із локою є важливими та актуальними проблемами, оскільки мають важливі наслідки для психічного та фізичного здоров'я та є серйозними причинами високої смертності серед ВІЛ diagnostic disorders. Ці становлення охоплюють ціле між понад оптимізмом суспільства через негативні наслідки для здоров'я населення, такі як проблеми з вагою. Дослідження аномальних психічних харчових стратегій має на меті протидіяти расповсюджуваним станам хвороби, пов'язаним із харчуванням (наперед переважно переїданням), ожирінням та іншими РХП. Це є глобальною епідемією, тому дослідження вимагає комплексного підходу, який би включав різні форми харчування, такі як медичні, психологічні, учбові, культурологічні, також валеологія, а також філософія. На сучасному етапі розвитку психологічної науки видучається особлива увага до вивчення життєдіяльності та здоров'я людини, тому аналіз харчової поведінки та розробка методів для підтримки здоров'я вважаються одним із пріоритетних завдань у психології. Таким чином можемо стверджувати, що за походженням харчова поведінка має не біологічну, а біосоціальну, власне, культурну природу. Багато вчених приділяли особливу увагу різним аспектам харчової поведінки (Т.І. Алексєєва, Л.Ф. Артюх, О.Ю. Барташук, О.В. Бацилєва, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, М.О. Бутінов, Ж.П. Вірна, С.О.

Кириленко, В.А. Косяк, Н.І. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А.І. Яблонський та ін.), особливості психології розладів цієї сфери (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А.Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та ін.). Особлива актуальність харчової поведінки виникла саме під час війни, коли слідкувати за нервовим станом стало ще важчим, а догляд за здоров'ям відійшов на задній план як і інші питання що не відповідають про виживання а лише (чи не лише) про якість життя. Незважаючи на певний відомий обсяг досліджень у напрямку, існують значні прогалини: за відсутністю конкретних даних про українців, за необхідності розробки інтегрованого підходу. Це обумовлено тим, що наявні дослідження здебільшого стосуються загальних груп населення або відповідних інших культур. Український контекст, який здебільшого інший, не досліджувався, ось реальний стан речей, особливо при умовах війни. Багато досліджень розглядають лише окремі аспекти харчової поведінки або стресу або взагалі не характеризують логічної їх взаємодії. слід намагатися якнайбільше інтегрувати гіпотези. проведення емпіричних досліджень серед українців в умовах війни. Але існують прогалини, які необхідно заповнити, наприклад це стосується відсутності конкретних даних про українців: Так як усі існуючі на даний момент часу дослідження здебільшого стосуються загальних груп населення або інших культур. Український контекст, особливо в умовах війни, майже не досліджений, або ще погано\недостатньо досліджений, також це відсутність інтегрованого підходу: Адже багато досліджень розглядають лише окремі аспекти харчової поведінки або стресу, не інтегруючи усі аспекти. Необхідно інтегрувати ці аспекти для більш повного розуміння проблеми, для ширшого розуміння. Також є необхідним розробки практичних рекомендацій, щодо розглядання лікування розладів харчової поведінки. Так як існує не аби яка потреба в розробці конкретних рекомендацій для психологів і фахівців з охорони здоров'я щодо підтримки населення в умовах війни, а також просто для населення що стикається з

проблемою, для батьків, для членів родин що вперше помічають щось таке в своїй родині. Необхідно збирати та аналізувати дані опитувань та спостережень або досліджень. Дуже важливим також є проведення емпіричних досліджень серед українців в умовах війни для збору конкретних даних про харчову поведінку та психологічний стан саме зараз на третьому році війни і дивитись в постійній динаміці. Розробити інтегрований підхід, де буде використовуватись досвід суміжних професіоналів задля вирішення спільної цілі. А сама майбутнього створення моделі, яка враховує вплив як психологічних, так і соціально-економічних факторів на харчову поведінку і стане можливим всі фактори які впливають чи можуть впливати. Вихідна з актуальності обраної теми та ступеню її фрагментарності в науковій літературі, мета дослідження – дослідження психологічних особливостей харчування людини в умовах військового стану.

**Мета дослідження:** теоретичне та емпіричне вивчення особливостей харчової поведінки серед населення України в умовах війни.

Виходячи з пункту мети, були сформульовані такі **завдання дослідження:**

З'ясувати особливості поведінки людини у споживанні їжі та дослідити харчування.

Обґрунтувати особливості харчування в умовах військового стану.

Застосувати розроблений методологічний підхід до емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки над розробку програми з лікування.

Проаналізувати вплив базисних переконань особистості харчової поведінки українців під час війни.

Встановити особливості впливу війни на харчову поведінку особистості..

**Об'єкт дослідження:** розлади харчової поведінки особистості

**Предмет дослідження:** особливості харчової поведінки особистості в умовах воєнного стану.

**Методи дослідження.** Теоретичні: аналіз, синтез, систематизація, узагальнення і т. д. Емпіричні: спостереження, бесіда, психодіагностичне обстеження.

**Опис вибірки:** Саме за темою “Особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни” емпіричне дослідження велось на базі Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київського гештальт-інституту, НАГТУ, ОНУ ім.І.І.Мечникова а також серед практикуючих психологів та психотерапевтів м. Києва, Одеси та Миколаєва. Вибірка дослідження складалася з 60 осіб, з яких 1 чоловік та 59 жінок. Учасниками дослідження стали студенти магістратури з психології, студенти гештальт-інституту, а також практикуючі психологи та психотерапевти. Склад групи респондентів та вибірка. Вибірка дослідження становила 60 осіб, один чоловік та 59 жінок. Респонденти є студентами магістратури з психології, студенти гештальт-інституту, прикладні психологи та психотерапевти. Таким чином, вибірка дослідження була черпана з представників фахівців психологічного середовища з урятування чи підтримки громадян.

**База проведення емпіричного дослідження:** Дослідження проводилося за допомогою розробленої Google Форми у період з 2023 по 2024 роки.

**Практична значущість дослідження:**

Проведення цього дослідження дозволить отримати нові наукові дані про характер харчової поведінки як реакції на стресові фактори, викликані воєнними діями. Головне завдання полягає в експериментальному виявленні кореляційних зв'язків між індивідуально-психологічними особливостями особистості та проявом різних типів розладів харчової поведінки спільнопроживаючих громадян України на території зони військового

конфлікту. Аналіз показників допоможе всебічно поглибити теоретичне розуміння механізмів формування розладів харчової поведінки в кризових ситуаціях. Знання, підтвержені отриманими даними, допоможуть розробити програми психологічної допомоги постраждалим, а також послугують теоретичним та методологічним основам для інших наукових досліджень у цій галузі. Окрім того, отримані нами емпіричні дані можуть бути як використані для розробки ефективних програм психологічної допомоги постраждалим та слугувати теоретико-методологічним підґрунтям так і для подальших наукових пошуків у цьому напрямку.

**Структура роботи:** Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел (78), з них 13 іноземною мовою. Загальний обсяг магістерської роботи 72 сторінок. Магістерська робота містить 13 таблиць і 1 рисунок.

## РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБОСТОСТІ

### 1.1 Поняття харчової поведінки та основні види розладів харчової поведінки

Давайте детально розглянемо поняття харчової поведінки та основні види розладів харчової поведінки для теми моєї магістерської роботи "Особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни".

Харчова поведінка – це сукупність психологічних, соціальних і біологічних реакцій, що визначають вибір, кількість та режим прийому їжі людиною. «Відновлення харчової поведінки виражає установки, емоції, когнітивні процеси функції, регулятори, фізіологічні реакції, спрямовані на харчування» [54. с, 174].

Це уособлює елемент харчової поведінки людини, який формується у результаті її типів, генетичних особливостей, сімейного виховання, соціокультурного середовища. «Основні види порушень харчової поведінки: анорексія – стан в якому виникає реакція обмеження кількості споживаної їжі й намагання за будь-яку ціну стати стрункішим; булімія – пристрасть переїдати під час компульсивних споживання, за яким надходить очищення організму; переїдання – надмірне споживання їжі, яке не супроводжується намаганням схуднути; ортороксія – патологічний страх бути низькою, меншою, вищою, ніж необхідно відтінком здоровення; харчова адикція – залежність від определенного продукту аномального загального потягу до нього; харчова депривація – обмеження споживання їжі внаслідок дії зовнішніх причин» [25. с, 213]. Порушення здебільшого задіяють “ жіноче обличчя.”

Нервова анорексія поряд із нервовою булімією та компульсивним переїданням є серйозним розладом харчової поведінки й може становити реальну загрозу життю людини через високу смертність. «Хворі на анорексію як правило надзвичайно худі, мають нездорове бажання і далі зменшувати

масу тіла й завжди бояться набрати вагу» [24. с,32]. Навіть смерть для них не така страшна, як кілька, на їхню думку, зайвих кілограмів. Спотворене сприйняття власної зовнішності — типовий симптом анорексії (див. «Перші ознаки анорексії»). «Починається все часто з дієт. Однак із часом думки про власну вагу визначають усе повсякдення. Навіть із критичною масою вони вважають себе занадто гладкими й худнуть далі. Зрештою, критична худоба — це лише зовнішній вияв глибокого психічного розладу. І щоб вилікувати хворобу, просто почати їсти недостатньо» [6].’

Однак і чоловіки не минають побічені. Вони теж стають жертвами намірів. Якщо жінки вистрибують з худорлявій дужині, те чоловіки виростили над бажання виглядати “як те в картосуси” — бути подібними всім вдано фітнес моделям. Бігорексія є найбільш розповсюдженим “чоловічим” захворюванням. Спортивна анорексія, мязова дисморфія, комплекс Адоніса ), означає маніакальну зжимання на вигляду та бажанняжури. Це досягається різними способами жити в спортивном залі і за допомогою білкової дієти, чи навіть за допомогою анаболічних аргументів. «Ці та інші порушення харчової поведінки можуть бути зумовлені як психологічними, так і соціальними чинниками, в тому числі особистісними характеристиками індивіда» [26. с, 968]. Саме ці аспекти будуть центральним предметом дослідження моєї магістерської роботи.

Першим значущим кроком у психотерапії розладів харчування можна вважати книгу Хільди Брух «Розлади харчування: ожиріння, нервова анорексія та людина всередині», видану у 1973 році. Вітчизняні дослідження цієї теми були проведені такими науковцями, як Б. В. Зейгарник, М. В. Коркіна та М. А. Карева, що відобразили свої висновки у виданні «Нервова Анорексія» у 1972 році.

На сьогоднішній день, Тетяну Назаренко та Ольгу Сушко можна вважати провідними експертами у сфері розладів харчування. У 2015 році під їх керівництвом було засновано в Україні Асоціацію лікарів і психологів

"Розлади харчової поведінки: терапія та профілактика". У межах цієї організації діє науковий комітет, який є колегіальним органом з питань наукових досліджень і технологій у цій галузі. Організація активно займається перекладом міжнародних протоколів та джерел з психотерапії розладів харчування, проте багато з них ще не є доступними для вітчизняних фахівців.

«Харчова поведінка охоплює різноманітні звички та способи реагування на їжу, стосунки з їжею, різні вподобання, такі як смакові вподобання, дієта і режим харчування. Ці звички можуть формуватися в людини під впливом різних факторів, таких як культурні, соціальні, сімейні та біологічні чинники, але можуть і під впливом стресових факторів» [65. с, 53]. Харчова поведінка починає формуватися в людей вже з дитинства, тому «важливо сприяти правильному ( здоровому) її формуванню та запобігти розвитку негативних звичок, таких як переїдання, недоїдання, обмежене або вибіркоче харчування, а також харчові страхи та інші розлади у дітей» [15. с, 256] щоб запобігти зростанню дітей вже з травмами, що виростуть в травмованих дорослих.

Розлади харчової поведінки - це складні багатосоставні психологічні проблеми, пов'язані з порушенням споживання їжі, але не тільки з цим. Особи, які стикаються з цими розладами, можуть обмежувати себе в їжі або, навпаки, споживати надмірні кількості їжі, що може викликати блювання або виснаження через велике фізичне навантаження, обмежувально обирати їжу, або ще іншим чином обходитись з цим. «Порушення харчування часто супроводжуються тривогою та депресією і можуть мати в подальшому серйозні наслідки для здоров'я, а в широкому розумінні якість життя або навіть загрозу для життя» [27. с,174].

Це дуже серйозна проблема, яка покладає людину під великий ризик негативних наслідків що стосовно якості його життя. На жаль, у суспільстві існує безліч безглуздох і навіть небезпечних стереотипів, які призводять до того,

що люди унеможливають собі отримання допомоги вчасно, та приховують свій стан. «Розлади харчової поведінки — це не просто проблеми з їжею. Вони можуть бути справжньою боротьбою, яка охоплює не лише фізичний стан, але й душу» [13. с, 156]. Люди, які проходять через це, часто відчувають тривогу, страх і безнадійність, а також стикаються із суспільним нерозумінням. Кожна історія унікальна і переплетена з особистими переживаннями, тиском зовнішніх факторів і, на жаль, часто із стигматизацією.

У нашому суспільстві досі існують стереотипи, які заважають відкрито говорити про цю проблему. Неправильні уявлення можуть змушувати людей почувати себе ізольованими і стидатися власного стану. Це дуже ускладнює їх шлях до зцілення. Ми повинні змінювати цю ситуацію, ставши більш чуйними і підтримуючими.

## **1.2. ПТСР та зв'язок з харчовими розладами у поведінці**

«Розлади харчової поведінки можуть бути спричинені безліччю факторів, включаючи генетичні особливості, особисті травми і суспільний тиск. Кожна особа, яка стикається з цим, заслуговує на підтримку і розуміння. Дуже важливо, щоб близькі люди, медики, та суспільство в цілому були готові надати цю підтримку без осуду» [ 73. с, 127]. У часи війни українці переживають надзвичайно важкі моменти, які впливають на їхнє психічне і фізичне здоров'я. Проблеми, які виникають, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), можуть змінити не тільки внутрішній світ людини, але й її щоденну поведінку, зокрема харчову.

ПТСР з'являється, коли людина переживає події, що загрожують її життю або здоров'ю, і може викликати стійкі і глибокі емоційні рани. У теперішніх умовах українці постійно стикаються з травматичними переживаннями, що підвищує ймовірність розвитку ПТСР. Це, у свою чергу, впливає і на їхні харчові звички.

Багато людей намагаються впоратися з впливом ПТСР через їжу. Деякі знаходять тимчасове полегшення від напруженості та тривоги в емоційному переїданні, намагаючись заглушити негативні почуття і важкі спогади. «Інші, навпаки, намагаються контролювати свій раціон, обмежуючи себе в їжі, щоб повернути хоча б частину контролю у своє життя, яке здається хаотичним» [28. с, 185]. Декого може затягнути у цикли булімічної поведінки, де почуття провини змінюється черговим очищенням.

Такі стратегії, хоч і здаються способом боротьби з симптомами ПТСР, як-от нічні жахіття чи роздратування, насправді можуть лише погіршити стан. Вони не тільки ускладнюють психологічний стан, але й впливають на фізичне здоров'я людини. «Психічне здоров'я - це стан психічного благополуччя, який дає змогу людям справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реалізовувати свій потенціал, успішно навчатися і працювати, а також робити внесок у життя суспільства» [1. с, 5]. Це невід'ємний компонент здоров'я і благополуччя, який «лежить в основі наших індивідуальних і колективних здібностей ухвалювати рішення, будувати стосунки і формувати світ, у якому ми живемо» [29]. Психічне здоров'я - це одне з основних прав людини. Крім того, воно має вирішальне значення для особистого, суспільного та соціально-економічного розвитку.

Психічне здоров'я не зводиться до відсутності психічних розладів. «Воно являє собою індивідуальний для кожної людини безперервний континуум, у межах якого людина стикається з комплексом чинників різного ступеня складності та зазнає різного рівня стресу, що призводить до дуже різних для кожного індивіда потенційних соціальних і клінічних наслідків» [9. с,134]

У таких складних умовах важливо досліджувати, як саме війна та пов'язані з нею травми впливають на харчову поведінку українців. «Розуміння цих зв'язків може стати ключем до створення ефективних програм підтримки, які допоможуть людям відновити своє життя, надаючи їм

сили впоратися з викликами сьогодення з меншими втратами для здоров'я» [16, с. 15]. Забезпечення психологічної підтримки в таких випадках стає не просто важливим, а життєво необхідним етапом для відновлення та зцілення.

Посттравматичний стресовий синдром (ПТСС) може використовуватися і не тільки як гострий, але й як одужувальний розлад, що робить випадання впливаючим на різні сфери життя, включно з їжею та харчовою поведінкою. «Психічні симптоми, як-от дратівливість, надмірний страх і тривога, проблеми зі сном і подібний активований стан також може позначатися на апетиті та режимі харчування» [18. с, 506]. Це тому що деяким людям їжа може спрацьовувати як знеболювальне або засіб для того, щоб уникнути якихось неприємних відчуттів, що, своєю чергою, може спричиняти огидні залежні харчові стереотипи, наприклад, заїдання стресу або відмову від їжі.

Крім того, такі когнітивні та афективні розлади, як депресія або/або анестезія, травматичного генезу також можуть зачіпати харчування. «Негативна установка про те, що що-небудь у них або у світі погане, самозвинувачення та очікування одного лише поганого результату також можуть призвести до порушень харчової поведінки і допомогти змінити куратор харчових продуктів і режим харчування» [44. с, 307]. Робота з ПТСР і з розладами харчової поведінки вимагає поліваріантності психотерапії, фармакотерапії (в деяких випадках), а також побажання оточуючих і формування адекватного харчування та повсякденної активності. Такий підхід забезпечить зниження негативного впливу ПТСР на харчування та загальний стан пацієнта.

Травмованість та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) можуть справді бути тісно пов'язані з розладами їстівного поведінки, зокрема з симптомами булімії. «Надзвичайно високі рівні ПТСР протягом життя серед груп, які стикалися з розладами їстівного поведінки, є показником складної взаємодії між травмою, психічним станом та здоров'ям» [2. с, 110].

Підвищення рівнів збудження або тривоги, пов'язаних з травмою, може впливати на харчову поведінку, зокрема на переїдання або очищення кишечника. Ці практики можуть стати способом знеболення або уникнення неприємних відчуттів, що виникають внаслідок травматичного досвіду. Однак це тимчасове полегшення може сприяти розвитку нездорових звичок у харчуванні та впливати на психічне здоров'я загалом.

1.3. Емоційний тип харчової поведінки, та зв'язок ставлення до їжі та відношення до себе.

У розділі, присвяченому розладам харчування, в DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), опублікованому Американською психіатричною асоціацією (APA) в 2013 році, виділяють наступні порушення харчової поведінки:

- Нервова анорексія (Anorexia nervosa)
- Нервова булімія (Bulimia nervosa)
- Нападopodobне переїдання (Binge eating disorder)
- Розлад уникнення/обмеження прийому їжі (ARFID)
- Інші зазначені розлади харчування та споживання їжі (OSFED), також відомі як "Неуточнений розлад харчової поведінки" (UFED), що включає атипову нервову анорексію, підпорогову нервову булімію, розлад очищення, синдром нічного харчування, орторексію. Порушення харчування, що не відповідають повній версії DSM-IV-критеріїв для анорексії, булімії чи психогенного переїдання. «Приклади включають осіб з атиповою нервовою анорексією, які задовольняють всім критеріям, крім недостатньої ваги, незважаючи на значні втрати ваги; атипової нервової булімії, що відповідають всім критеріям, за винятком того, що булімічна поведінка зустрічається рідше або не триває досить довго; purging disorder; синдром нічної їжі» [60. с, 184].

Компульсивне переїдання (Compulsive overeating, COE) — звичне вживання великих кількостей їжі, а не інколи і для особливого задоволення,

що типово для психогенного переїдання. Пов'язане з обсесивно-компульсивним розладом і є компульсивним ритуалом в його рамках.

Прегорексія (pregorexia) — екстремальна дієта і вправи для контролю ваги під час вагітності. Розлад вивчений слабо, по ньому бракує даних і вони не систематизовані. Характерні: навмисна відмова від прийому їжі з метою збереження стрункости, прагнення приховувати живіт і не набирати вагу, виснажливі вправи. Недоїдання під час вагітності пов'язане з низькою вагою новонароджених, ішемічною хворобою серця, цукровим діабетом 2-го типу, інсультом, гіпертонією, ризиком серцево-судинних захворювань та депресією.

Орторексія — одержимість «чистотою» дієти, коли нездорова їжа уникається до ступеня, що заважає життю, нав'язливе бажання харчуватися "правильно", їсти тільки здорову їжу.

Розлад вибіркового харчування, також званий розбірливістю в їжі (picky eating) — крайня вимогливість до смаку їжі, що переростає у споживання обмеженого списку продуктів і небажання куштувати нові види їжі. «Принципи вибору продуктів можуть бути будь-якими: від кольору до видової приналежності» [3. с, 6]. Людина з розладом може мати або не мати особливо розвинену смакову чутливість (supertester).

Аллотриофагія (спотворення смаку) — поїдання неїстівних речовин, часто небезпечних і гострих предметів: скла, цвяхів тощо. В м'якшій формі спостерігається у вагітних як наслідок ендотоксикації. Поїдання неїстівного неорганічного походження у дорослих. Поїдання неїстівного (збочений апетит) у дорослих.

Дранкорексія (drunkorexia) — навмисне обмеження прийому їжі в цілях резерву алкогольних калорій; надмірні вправи для спалення калорій, спожитих з алкоголем; надмірне вживання алкоголю для того, щоб виблювати раніше спожиту їжу. Перехід на так звану алкогольну дієту, коли

прийом їжі замінюється вживанням алкоголю з метою навмисного зниження чи контролю ваги.

Діабулімія — умисне маніпулювання рівнем інсуліну при діабеті в прагненні контролювати вагу (введення доз, менших за необхідні, або припинення прийому).

Зберігання їжі — аномальна харчова поведінка дітей у прийомних сім'ях.

Психогенна втрата апетиту

Синдром гурмана (Gourmand syndrome) — рідкісний стан, що виникає після пошкодження лобних долей головного мозку, в результаті чого з'являється надмірна зосередженість на високоякісних продуктах.

Непоточнені розлади прийому їжі

«Ці порушення характеризуються серйозними аномаліями у харчуванні та контролі за вагою. Часто вони супроводжуються іншими психічними розладами, такими як депресія, тривожність та залежність від наркотиків» [58. с, 85].

Анорексія (AN) характеризується глибоким страхом перед набором ваги, спотвореним уявленням про своє тіло та обмеженим харчуванням.

Для дорослих пацієнтів, якщо їхній стан не вимагає госпіталізації в реанімаційне відділення, рекомендується один із трьох видів психологічного лікування:

- Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на лікування розладів харчової поведінки (CBT-ED) (Fairburn, 2008);
- Психотерапія Модслі для лікування нервової анорексії у дорослих (MANTRA);
- Підтримуюче клінічне лікування анорексії під керівництвом спеціалістів (SSCM).

«Булімія (BN) характеризується періодичними епізодами неконтрольованого переїдання, які супроводжуються спробами очищення

(наприклад, викликання блювоти, використання проносних або діуретиків, сувора дієта, голодування, інтенсивні фізичні навантаження), спрямованими на уникнення набору ваги.» [10, с.2174]

Орторексія, або нервова орторексія, є розладом харчової поведінки, що характеризується патологічним перебіром здорової їжі. «У відмінну від інших розладів харчування, орторексія зосереджена переважно на якості їжі, а не на її кількості. Люди, які страждають орторексією, рідко спрямовують свої зусилля на схуднення, що відрізняє цей розлад від анорексії чи булімії» [62. с, 296].

Для лікування нервової булімії у дорослих, Національний інститут клінічних вказівок (NICE) рекомендує спочатку використовувати керовану самодопомогу (GSH). У випадку, якщо самодопомога не є вдалим варіантом, не підходить пацієнту, не є ефективною протягом 4 тижнів, або не протипоказана, NICE рекомендує проведення повноцінної когнітивно-поведінкової терапії - СВТ-ED. «Концептуальне уявлення про розлади харчової поведінки за останні 10 років значно розширилося, і тепер включає приступоподібне переїдання (BED) і розлад уникнення/обмеження прийому їжі (ARFID) на додаток до нервової анорексії та нервової булімії. В даний час вони визнані чотирма добре концептуалізувати розладами, рекласифікованими як розлади харчування та прийому їжі (FED) в 5й редакції Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) Американської психіатричної асоціації, опублікованого в 2013 р, і в 11-й редакції Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (ICD – 11, МКБ-11), схваленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я і опублікованій в 2019 р» [7. с, 121] Ключові діагностичні ознаки основних розладів, загальні для обох схем, представлені в Додатку Б.

До так званих травматичних подій належать такі ситуації, які спричиняють людині психологічний, фізичний або ж емоційний стрес дистрес чи шкоду, або просто дуже сильну прив'язаність до події.

Доведено «що будь-який травматичний досвід, у тому числі пов'язаний з ще міжособистісним насильством, та має значний вплив на ризик розвитку низки психічних розладів, у тому числі пов'язаних з розладами харчової поведінки, зокрема булімічними симптомами, такими як пережовування їжі та викликана блювота» [30, с. 296].

Для людей із психогенним переїданням навіть намір обмежити себе в їжі та ментальна енергія, що йде на роздуми про їжу, вагу й статуру, створює умови для подальшого переїдання, до якого люди вдаються, щоб позбутися негативних почуттів і поганого настрою, що виникають унаслідок тиску, пов'язаного з їжею та образом тіла. [8, с. 128]

Стрес є природною частиною нашого життя, але іноді він може призвести до стресових реакцій, хворобі дисфункцій, якщо він перебільшений і перевантажує наші механізми подолання (наприклад, розмови з друзями, медитація, ведення щоденника). «Загалом, коли стрес досягає такого рівня, що спричиняє емоційні та/або фізичні проблеми, його іноді називають травмою» [17, с. 394].

Те, що є «травмою» для людини, найкраще розуміти в контексті «трьох Е» - подія, досвіді наслідок-і це є важливим Адміністрація з питань зловживання психоактивними речовинами та охорони психічного здоров'я (SAMHSA, 2014).

Стрес і його наслідки можуть бути особливо чутливі для людей, які страждають на розлади харчової поведінки. Це може бути пов'язано з кількома, зокрема біологічними, психологічними та соціальними факторами.

На думку Брюертонна (2015), особи з розладами харчування по відношенню до стресу можуть мати певні особливості. Наприклад, можуть з'явитися такі характеристики, як підвищена тривога, більша ймовірність

депресії, генетична схильність сваритися і потім уникати шкоди або діяти на імпульс. Тому «є певні фактори, які можуть перешкоджати їх успішності в стресостійкості ---- у всякому разі якщо вони прагнуть до уникнення --- власного негативного досвіду, як стресу, конфлікту, труднощів, що призводить до соматизації і навіть об'єктивно існуючих хвороб» [34. с, 56].

Отже, пацієнти з нервовою анорексією (АН) та/або булімією (БН) дійсно мають більшу ймовірність появи у себе надмірного тривожного розладу, ознаки якого можуть бути присутні ще до виникнення розладу харчової поведінки. Це вказує на те, що «тривога і розлади харчової поведінки абсолютно пов'язані в цій дуальності, адже одна з них є фактором ризику для розвитку іншої» [36. с, 285].

По-перше, «особи із розладами харчової поведінки можуть мати посилену чутливість до загрози чи ворожості з боку інших осіб. Це пов'язано із страхом втрати контролю, якості, що найчастіше спостерігається у людей із продовольчими розладами, зокрема у АНА і БНА» [31. с, 454]. По-друге вони часто також показують високу чутливість до тривоги, яка проявляється у страху виконання будь-яких дій чи переживання тривожних станів.

Зараз досліджується вплив тривожних розладів на розлади харчування і наоборот, а також розвиваються методи лікування, які враховують цю взаємодію. «Це включає в себе різні підходи до когнітивно-поведінкової терапії та інші стратегії, спрямовані на покращення самопочуття та подолання тривоги та стресу, що можуть допомогти пацієнтам з розладами харчування краще керувати своїм станом» [41. с, 213].

В даний час також вивчається «небезпека тривожних розладів для виникнення анорексії та навпаки, а також з'являються нові методи терапії, які беруть до уваги цю взаємозв'язок» [47. с, 968]. Сюди входять різні модифікації когнітивно-поведінкової терапії або інші прийоми, які сприяють нормалізації психоемоційного стану і купіруванню тривожності і стресу, які допомагають людям з розладами харчової поведінки контролювати свій стан.

У магістерській роботі на тему "Особові особливості харчової поведінки і українців в умовах війни" дослідження емоційного типу харчової поведінки є важливим з кількох причин: «Стрессова ситуація війни сильно впливає на емоційний стан людей, що, у свою чергу, позначається на їх харчовій поведінці» [42. с, 348]. Вивчення цього зв'язку допоможе глибше зрозуміти особливості харчування українців в умовах конфлікту.

Емоційний тип харчової поведінки характеризується вживанням їжі в якості способу подолання негативних емоцій або стресу. Це може бути особливо актуальним для українців, які випробовують психологічні травми в результаті війни. Дослідження емоційного компонента харчової поведінки дозволить виявити, які саме особові риси (тривожність, імпульсивність, схильність до емоційного переїдання і так далі) впливають на харчові звички в екстремальних умовах.

Отримані нами дані щодо емоційного типу харчової поведінки можуть стати основою, лягти в основу розробки психологічних рекомендацій та програм за для підтримки населення в умовах війни, спрямованих на формування здорових харчових стереотипів.

Саме тому комплексний аналіз емоційного типу харчової поведінки українців може розширити наукове розуміння проблеми, та дозволити виявити її глибинні психологічні аспекти.

Таким чином, вивчення емоційного компоненту харчової поведінки є важливим і актуальним напрямом дослідження в межах заявленої теми магістерської роботи.

Емоційний тип харчової поведінки :

Для досліджуваних з емоційним типом харчової поведінки їжа є засобом регуляції емоційного стану. «Вони схильні їсти в стресових ситуаціях, під впливом негативних емоцій, для поліпшення настрою. Їх відношення до їжі характеризується емоційною залежністю, прагненням отримати задоволення і комф

орт від споживання їжі» [63. с, 454].

Зв'язок відношення до їжі і самоотношення :

Дослідження показали, що емоційний тип харчової поведінки пов'язаний з низькою самооцінкою, невдоволенням своїм тілом і зовнішністю. «Люди з таким типом поведінки схильні використати їжу як спосіб компенсації негативного відношення до себе» [4. с, 160]. Споживання їжі допомагає їм тимчасово відволіктися від проблем і негативних переживань відносно себе.

Це може бути ще більш вираженим під час війни, коли тривога та стрес значно зростають. Їжа стає основним засобом емоційної саморегуляції, що може призвести до нездорових харчових звичок і труднощів у подоланні негативного самоствавлення.

Емоційна харчова поведінка характеризується тенденцією регулювати емоційні стани за допомогою їжі та тісно пов'язана з низькою самооцінкою та незадоволенням собою.

В умовах війни ця тенденція може значно посилюватися і потребує особливої уваги психологів. «Історія розладів харчової поведінки показує, що складний зв'язок між психічним здоров'ям і харчовими звичками спостерігається давно. Дослідження в цій галузі продовжують розкривати нові аспекти цієї проблеми та розробляти ефективні методи лікування, які враховують не лише фізіологічні, а й психологічні аспекти харчування» [68. с,509].

Цікаво відзначити, як змінювалося розуміння розладів харчової поведінки з часом і в різних школах психології та психіатрії.

Перші відомі спроби зрозуміти нервову анорексію були дещо заплутаними. «Спочатку вчені вважали, що причиною анорексії є різні психічні захворювання, включаючи неврози, шизофренію та розлади особистості» [64. с, 112].

Це показує, наскільки важко було зрозуміти та лікувати такі симптоми в минулому. Щодо дисморфофобії, це ще один цікавий аспект.

«Цей синдром часто пов'язаний із розладами харчової поведінки через такі загальні фактори, як занепокоєння зовнішнім виглядом і вагою» [75. с, 348]. Однак, хоча ці стани можуть виникати незалежно один від одного, вони однаково впливають на психічне та фізичне здоров'я.

«Досягнення сучасної психології та психіатрії дозволили нам краще зрозуміти розлади харчової поведінки, їх етіологію та підходи до лікування» [11. с, 208].

Медичні методи все ще можуть використовуватися, але в більшості випадків це комплексний підхід, який включає психотерапію, соціальну підтримку та розвиток звичок здорового харчування та способу життя в цілому.

Цікаво почитати історію лікування розладів харчової поведінки, особливо дисморфофобії, в різні епохи. «Радянська модель вирішувала ці проблеми зі своєю особливою перспективою, яка виражалася в стаціонарному лікуванні, раціональному харчуванні та акценті на відновленні ваги» [77. с, 307].

Однак сучасна дієтологія та психологія розглядають ці питання з іншої точки зору. Важливо підкреслити не тільки фізіологічні аспекти лікування, а й духовні та психологічні аспекти. «Підходи, засновані виключно на відновленні ваги, можуть бути недостатніми для вирішення проблеми, оскільки вони не впливають на глибокі мотиваційні та психологічні фактори, що лежать в основі розладу» [79. с, 455].

Сучасні підходи до лікування розладів харчування, включаючи дисморфофобію, наголошують на комплексному підході, який враховує як фізіологічні, так і психологічні аспекти. Це може включати психотерапію, психологічну підтримку, розвиток здорових звичок у харчуванні та підтримку соціального середовища .

Травматичні події, такі як Голодомор чи війна, можуть мати значний вплив на колективну пам'ять і несвідомі моделі поведінки. «Це може

призвести до тривоги з приводу їжі, що призведе до таких явищ, як надмірне накопичення їжі та розлади харчової поведінки. Ці фактори становлять унікальний ризик розвитку розладів харчової поведінки» [ 66. с, 56].

Особливості проявів харчової поведінки полягають в індивідуальносвоєрідних констеляціях психологічних складових харчової поведінки (мотивації, досвіду, когнітивних особливостей, емоції, саморегуляції, операціональних характеристик). Харчова поведінка – це сукупність звичок людини на споживання їжі. Вона формується під впливом сімейних цінностей, культурних нюансів, традицій. Також цей аспект залежить від біологічного етапу розвитку. «Вона виникає у процесі виховання та взаємодії зі суспільством, а так само може бути підпорядкована стандартам краси та змінюватися в залежності від історичного часу. Харчова поведінка зосереджується на усвідомленому ставленні до харчування, щоденні звички, виражені або реакції на стресові ситуації» [19. с, 119]. Вона заснована на уявленні про власне тіло і тепло, витрачене на його створення. Звички залежать від рівня здоров'я, культурних норм, сімей соціально встановлених цінностей та вихованням, однак буде передана дітям. У гігієні людини в історичній перспективі люди збирали їжу з природи спочатку, а потім кухні майстерство, щоб дати собі поживне для виживання. «Ситуації соціальних взаємодій та ситуації наявності великої кількості їжі також можуть становити значну проблему для ефективної зміни харчової поведінки людини. При цьому брак соціальних контактів та/або соціальної підтримки не розглядається респондентами як принципова та непереборна перешкода, однак зазначається як очевидний фактор зменшення шансів на ініціацію харчових змін індивіда» [20.с, 120]. Розлади харчової поведінкиє результатом сукупного впливу декількох чинників. Серед яких — генетична схильність, особистісні характеристики та чинники навколишнього середовища. Нині є дані наукових досліджень, які підтверджують наявність генів, асоційованих зі схильністю до виникнення РХП. До того ж підвищує ймовірність їх

розвитку наявність такого захворювання зазначеного спектра у близьких родичів. Відомо, що нервова анорексія розвивається у 12 разів частіше, якщо цей діагноз був установлений у матері чи сестри пацієнта. Зокрема, особистісні характеристики, такі як підвищена тривожність, низька самооцінка, перфекціонізм, притаманні людям із РХП. Щодо середовищних чинників, то підтримувати розвиток захворювань зазначеного спектра можуть ситуації, коли батьки надмірно контролюють своїх дітей, надають великого значення їхньому зовнішньому вигляду і критикують його; мають завищені вимоги та очікування; часто «сидять на дієтах», постійно згадують про харчування, вагу, фігуру. «Харчова поведінка оцінюється як гармонійна (адекватна) чи девіантна відповідно до кількох параметрів, частково – від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних та якісних показників харчування, від естетики» [21. с, 51].

Суттєвим є вплив етнокультурних чинників на формування стереотипів харчової поведінки, особливо у період стресу. Одвічним питанням про цінність харчування є проблема зв'язку харчування із життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»), врахування ролі харчової поведінки оточуючих для становлення деяких особистісних характеристик (наприклад, гостинність). «Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, національністю, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами медиків, модою, економічними та особистісними причинами» [ 22. с, 205].

Можна виокремити чотири основні середовищні механізми, через які розлади харчової поведінки батьків можуть впливати на виховання дитини та дитячий розвиток. По-перше, екстремальні установки щодо харчування, форми та маси тіла можуть мати прямий вплив на дитину. Наприклад, батьківський страх повноти може спричиняти недогодовування дитини, а хворобливе занепокоєння щодо ваги та форми тіла, а також обсягів спожитої їжі може «призводити до конфліктів з дітьми стосовно часу прийомів їжі та формування у батьків упереджено-критичного ставлення до зовнішності та

харчової поведінки власних дітей» [74. с, 213]. По-друге, розлади харчової поведінки можуть перешкоджати батьківству назагал. Наприклад, надмірне батьківське занепокоєння їжею, харчуванням, формою, розмірами та вагою тіла може вплинути на концентрацію їхньої уваги та зусиль у такий спосіб, що це перешкоджатиме необхідній чутливості до актуальних дитячих потреб, зацікавлень та запитів. По-третє, батьківські розлади харчової поведінки, зокрема прояви надмірної занепокоєності, можуть працювати як дієва рольова модель для дітей. По-четверте, розлади харчової поведінки батьків можуть бути пов'язані із неузгодженими шлюбними та родинними стосунками, які теж можуть впливати на розвиток та виховання дітей.

«Суспільна важливість розуміння проблем розладів харчової поведінки та їх психокорекції має кілька аспектів. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), швидке зростання ожиріння по всьому світу є погіршенням, а розлади харчування займають одне з провідних місць у списку причин смертності серед людей із психічними захворюваннями» [23. с, 16]. Наше здоров'я і якість життя безпосередньо залежать від того, що ми їмо. Розробка науково обґрунтованих стратегій для підтримання здоров'я є особливо актуальною в сучасному світі. Інтерес суспільства до психологічного здоров'я зростає, однак люди, які страждають на розлади харчової поведінки, залишаються майже непоміченими. Вони мовчать, тому що бояться не бути почутими: миряться з тавром людини, яка «просто надміру занепокоєна зовнішністю й тілом». Та це не зовсім так. Анорексія — захворювання розуму й тіла, минулого й сьогодення. Вона вражає організм, почуття, думки й поведінку людини, спричиняє апатію і небажання просити про допомогу. Особлива увага до харчової поведінки виникла під час війни, коли важкі умови життя змусили багатьох звернутися до своєї психічної стійкості на новому рівні, відволікаючись від здорового способу харчування. Проведене дослідження спрямоване на аналіз психологічних аспектів харчової поведінки в умовах військового конфлікту. «Вивчення цієї

проблеми стає надзвичайно важливим у сучасному світі, оскільки стреси та психоемоційне навантаження можуть викликати внутрішню напругу та дискомфорт, що впливає на харчову поведінку» [12. с, 295]. Порушення в харчуванні можуть мати серйозні наслідки для здоров'я і якості життя. Тому дослідження цього питання допомагає розуміти його індивідуальні та соціальні аспекти, що може мати важливе значення для різних сфер життя людини. Вибір теми про особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни є надзвичайно актуальним з кількох причин: Війна є потужним стресогенним фактором, що впливає на психічне здоров'я людей. Психологічний стрес та тривога можуть призводити до змін у харчовій поведінці. Дослідження психічного здоров'я населення в умовах війни є необхідним для розробки ефективних методів психологічної допомоги та підтримки. Війна дуже часто супроводжується змінами в доступності їжі та інших основних ресурсів. Це може також призводити до харчових розладів, таких як переїдання, голодування, або нераціональне харчування. Вивчення цих змін допоможе в розробці стратегій для забезпечення населення необхідними ресурсами. Вивчення впливу війни на харчову поведінку сприяє розвитку психологічної науки, зокрема в галузі психосоматики та поведінкових розладів. Це дозволяє більш глибоко розуміти як механізми впливу стресу на поведінку так і розробляти нові методи терапії та підтримки.

В історично травмованих суспільствах можуть виникати такі явища, як надмірне споживання їжі або уникання певних продуктів, які можуть бути пов'язані з минулими недоліками. «Така поведінка є специфічним захисним механізмом у відповідь на колективний страх перед голодом і позбавленням» [51. с, 211]. Розгляд цих факторів є важливим, оскільки він може сприяти не тільки поточному розумінню розладів харчової поведінки, але й розробці ефективних програм профілактики та лікування, які враховують історичні та культурні контексти.

Під час вивчення впливу психологічних та емоційних чинників на харчову поведінку важливо враховувати, як ці аспекти взаємодіють із нашими повсякденними звичками. «Люди з гіперчутливістю часто глибоко сприймають навколишній світ, що може вплинути на їхній емоційний стан і стати причиною змін у способах споживання їжі. Перфекціонізм і тривожність можуть підсилювати потребу в контролі, яка часто виражається через обмеження в їжі або інші харчові розлади» [59. с, 136]. Ефективне лікування розладів харчування потребує комплексного підходу, що включає психотерапію, формування здорових харчових звичок і соціальну підтримку. Психотерапія допомагає виявити й опрацювати глибинні емоційні та психологічні проблеми, у той час як розвиток здорових звичок і підтримка сприяють стабільності та відновленню. Іноді ситуації можуть здаватися емоційним переїданням, хоча це може бути природною реакцією організму на стрес. «У моменти сильного стресу, наприклад, під час війни, організму можуть знадобитися додаткові калорії для підтримки основних функцій та активності» [67. с, 1133]. Зменшення апетиту на початку і його повернення до нормального рівня чи навіть підвищення може бути природним процесом відновлення ресурсів. Деякі фізіологічні реакції, такі як підвищений апетит через недосипання або посилену активність, також є нормальними у стресових ситуаціях. Важливим показником відсутності емоційного переїдання є здатність припинити їсти, коли відчувається ситість, а не продовжувати через емоційні причини. Тому важливо відрізнити адаптаційні зміни у харчовій поведінці від тих, що можуть указувати на глибші психологічні проблеми, які потребують професійної уваги.

### Ритуали

Розлади харчової поведінки (РХП) є досить поширеним феноменом, коли людина організовує своє життя згідно з суворими правилами стосовно їжі. «Підлітки, які страждають анорексією, булімією, орторексією чи компульсивним переїданням, часто прагнуть дотримуватись жорсткого

розпорядку прийому їжі, контролювати вагу, калорій та типи їжі, які вважаються "безпечними"» [14.с, 40]. Такі ритуали і нав'язливі думки щодо їжі або вигляду відбирають багато часу та енергії. Вони намагаються організувати повсякденність так, аби не порушувалися ці встановлені звички.

### Ізоляція

Щоб оточуючі не впливали на їхнє спартанське ставлення до тіла, підлітки можуть дистанціюватися від тих, хто вважається загрозою. Якщо дитина 11-16 років надає перевагу компанії друзів замість батьків, це нормально. Проте підліток з РХП часто ізольований від усіх. Він уникає вечірок, зустрічей з друзями в кінотеатрах (адже там є попкорн) і не ділиться переживаннями з близькими. Основне – він майже не протестує. На перший погляд може здаватися ідеальною дитиною: не тринькає грошей, повертається додому вчасно, постійно навчається (адже люди з РХП прагнуть досконалості у всьому). Але не варто обманювати себе – така дитина страждає і не знає, як впоратися зі своєю ситуацією. Ви також можете помітити обережність у питаннях їжі. Це часто не справжня жадібність: коли вона ділиться їжею, вона втрачає контроль над калоріями або вагою. Можливо, це її єдина "дозволена" їжа на день, і вимога поділитися нею з сестрою викликає занепокоєння і роздратування.

### Компульсивна поведінка

Будь-яке порушення звичних ритуалів може викликати паніку, страх і сильне почуття провини. Багато хто намагається компенсувати цю провину через "очищення" за допомогою ліків або пальців, а також захоплюється нав'язливими фізичними вправами — виснажливими тренуваннями або довгими прогулянками. Визначити, що ваш підліток не просто захоплений спортом, досить просто: він нав'язливо намагається сховатися від навколишнього світу, наприклад, тренується ночами. Це може бути самопошкодженням або нав'язливою спробою нагодувати всіх навколо себе. Ви повинні ставитися до цих проявів з розумінням і співчуттям, оскільки ваш

підліток намагається впоратися зі значним стресом. Тому «замість ліків важливо зосередитися на пріоритетній терапії» [78. с, 14]. Як запуститься емоційне переїдання? Тригер — якась подія викликає відповідну емоцію. «Емоція спричиняє сильне, непереборне бажання їсти, незалежно від того, чи відчуваєте ви голод, їли нещодавно чи ні, або наскільки активним був ваш день» [76. с, 1048]. Це бажання нерідко призводить до споживання їжі у великих кількостях - часто солодкого, змішаного з жирним і солоним, все без розбору. Часто їжа вживається без відчуття смаку чи текстури та без усвідомлення того, що відбувається. Надмірне споживання їжі зрештою погіршує здоров'я і супроводжується сильним почуттям провини. Ви можете почати з маленького шматочка, думаючи про те, щоб зупинитися, проте в результаті можете з'їсти денну норму.

З характеристик і видів харчування можна зробити висновки, що існує багато видів розладу харчування і більшість з них пов'язана з психологічним фактором. При анорексії людина об'єктивно не може сприймати своє тіло.

Тому їй здається весь час ,що вона товста. Так як при булімії людинна може набирати вагу, але не відчуває насичення, при переїданні відчуває провини. Всі розлади можуть бути пов'язані з психологічним фактором який при стресі запустив його механізм.

### **Висновок до I розділу**

Ця тема є надзвичайно важливою у контексті впливу розладів харчування на загальний стан здоров'я. Більшість людей, які зіштовхуються з подібними проблемами, потребують підтримки та всебічного лікування. «Це лікування охоплює як фізичні, так і психологічні аспекти, оскільки розлади харчування часто супроводжуються психологічними труднощами та низькою самооцінкою» [55. с, 93]. Негативний вплив медіа на сприйняття власного тіла й уявлення про красу є також серйозною проблемою. Штучно створені ідеали можуть формувати нереалістичні очікування і призводити до розвитку нездорових харчових звичок. Це підкреслює важливість освіти про

різноманітність тіл і значення підтримки позитивного самовизначення та самооцінки. Усвідомлення цих питань та робота над зменшенням стигматизації розладів харчування, заохочення до позитивного сприйняття тіла та підтримка здорових харчових звичок є ключовими кроками у подоланні цих проблем. Дослідження показують, що проблеми з прийняттям власного тіла й харчуванням можуть починатися рано, особливо у дівчат. Соціокультурний вплив, зокрема з боку медіа та реклами, може суттєво впливати на формування негативного самовідчуття і сприйняття свого тіла. «Формування позитивного ставлення до власного тіла та розвиток здорових харчових звичок — важливі завдання для суспільства. Також варто пам'ятати про зв'язок між розладами харчування та іншими психічними захворюваннями» [46. с, 455]. Розлади можуть виступати як наслідком психічних проблем, так і способом, за допомогою якого люди намагаються контролювати свої емоції та стрес. Це може додатково ускладнювати стан психічного здоров'я.

Профілактика та лікування розладів харчової поведінки відіграють надзвичайно важливу роль у підтримці загального здоров'я нашого суспільства. Це аспекти, які не можна ігнорувати, адже розлади харчування, як і інші психічні розлади, можуть виникати у будь-якої людини незалежно від віку чи соціального статусу. Забезпечення доступності ефективного лікування та емоційної підтримки є критично важливим завданням, яке має бути пріоритетом для всього суспільства. «Поширення знань, підвищення рівня обізнаності про ці питання та розвиток позитивного ставлення до власного тіла є ключовими складовими у боротьбі з цими складними проблемами» [69. с, 285]. Важливим аспектом є також створення відкритого та підтримуючого середовища, де кожна людина може відчувати себе безпечно та комфортно, маючи можливість отримати кваліфіковану допомогу та підтримку. «Заохочення відкритих розмов, освітні програми та різноманітні форми підтримки можуть сприяти подоланню негативних

стереотипів і стигми, пов'язаних з розладами харчової поведінки» [56. с, 160]. В результаті, це дозволяє кожному покращити своє психічне здоров'я, а також підвищити якість свого життя. Формування подібного середовища є кроком до створення здоровішого та емоційно стійкого суспільства, де кожна особистість може відчувати свою значущість і усвідомлювати власну цінність.

## **РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ**

### **2.1. Опис методики дослідження**

У своєму дослідженні ми використовували наступні методи:

1. Емпіричні методи: для емпіричного дослідження було включено наступні методики.

1.1. Анкета. Анкета складалася з питань, націлених на з'ясування соціально-демографічних показників опитуваних. Соціально-демографічні питання включали вік, стать, освіту, рід занять та сімейне положення. Анкета містила закриті питання, які мали один варіант відповіді.

1.2. Тест на ставлення до прийому їжі (Eating Attitudes Test-26 або EAT)

1.3 Нідерландський Опитувальник Харчової Поведінки (DEBQ - The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)

1.4 Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона.

У теоретичній частині магістерської роботи нами було розглянуто сучасний стан вивченості проблеми впливу війни на особистісні особливості харчової поведінки українців. У процесі формування завдань виникла необхідність у проведенні експериментального дослідження. Метою дослідження стало теоретичне та емпіричне вивчення особливостей харчової поведінки серед населення України в умовах війни.

Для досягнення мети нашого дослідження ми поставили наступні завдання:

З'ясувати такі особливості поведінки людини у споживанні їжі та дослідити харчування.

Обґрунтувати особливості харчування в умовах військового стану.

Застосувати розроблений методологічний підхід до емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки над розробку програми з лікування.

Проаналізувати вплив базисних переконань особистості харчової поведінки українців під час війни.

Встановити особливості впливу війни на харчову поведінку особистості.

Розробивши методичний комплекс для визначення психологічних особливостей порушень харчової поведінки, я врахувала особливості предмету та завдань що до мого дослідження. У комплекс досліджень увійшли такі компоненти як: Тест на ставлення до прийому їжі (Eating Attitudes Test-26 або EAT) від D.M. Garner і Нідерландський Опитувальник Харчової Поведінки (DEBQ - The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона.

У дослідженні взяли участь 60 осіб, серед яких 1 чоловік і 59 жінок. Вони є студентами магістратури з психології, а також студентами гештальт-інституту, практикуючими психологами і психотерапевтами.

Емпіричне дослідження на тему "Особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни" було проведено на базі Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київського гештальт-інституту, НАГТУ, ОНУ ім. І.І. Мечникова, а також серед практикуючих психологів та психотерапевтів у Києві, Одесі та Миколаєві.

Вибірка становила 60 осіб: 1 чоловік та 59 жінок. У дослідженні брали участь студенти магістратури з психології, студенти гештальт-інституту, а також практикуючі психологи та психотерапевти. Таким чином, вибірка складалась з представників професійного психологічного середовища, які працюють у сферах психологічної допомоги та супроводу. Це дозволило отримати дані від респондентів із певними знаннями та досвідом у сфері особистісної та харчової поведінки.

У ході емпіричної роботи над магістерською дисертацією "Особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни" проведення

анкетування мало важливе значення для збору первинної інформації про харчову поведінку респондентів.

Анкета дозволяла отримати дані щодо конкретних харчових звичок, вподобань та обмежень учасників дослідження.

Виявлення особистісних характеристик респондентів, які можуть впливати на їхню харчову поведінку. Питання анкети можуть стосуватися рис характеру, ціннісних орієнтацій, психологічних станів тощо.

Встановлення зв'язку між особистісними особливостями та особливостями харчової поведінки. Порівняльний аналіз відповідей респондентів дозволить виявити, які саме риси та установки визначають харчові звички в умовах війни.

Збір емпіричних даних для подальшого статистичного аналізу та узагальнень. Отримані через анкетування кількісні та якісні показники стануть основою для глибокого дослідження теми. Формування репрезентативної вибірки для дослідження. Анкетування допоможе відібрати учасників, які відповідають критеріям, необхідним для повноцінного аналізу.

Таким чином, проведення анкетування є важливим інструментом збору первинних емпіричних даних, необхідних для реалізації мети та завдань магістерської роботи.

## **2.2. Аналіз методів дослідження**

У контексті дослідження психологічних особливостей харчової поведінки українців під час війни, поєднання тесту на ставлення до прийому їжі (EAT-26), опитувальника харчової поведінки (DEBQ) та методики оцінки суб'єктивного відчуття самотності (Рассел та Фергюсон) надає комплексну картину взаємозв'язків між психологічними та поведінковими аспектами. Кожен з цих інструментів по-своєму доповнює інші, дозволяючи виявити різні виміри проблеми.

Комплексне дослідження харчової поведінки та психологічного стану

1. Індикатори потенційних розладів харчової поведінки:

- EAT-26 дозволяє ідентифікувати осіб з ризиком розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія чи булімія. Це особливо важливо в умовах війни, коли психологічний тиск може підсилити ці прояви.

## 2. Види харчової поведінки в умовах стресу:

- DEBQ розкриває емоційно обумовлені зміни у харчових звичках (емоційне переїдання), що є типовою реакцією на стресові обставини. Зміни харчової поведінки можуть бути механізмом компенсації емоційного дискомфорту або відповіддю на зовнішні стимули, такі як доступність продуктів.

## 3. Вплив самотності на харчову поведінку:

- Використання методики Рассела та Фергюсона дозволяє виявити зв'язок між відчуттям самотності та харчовими паттернами. Підвищений рівень самотності може бути посередником у розвитку найбільш деструктивних форм харчової поведінки.

Дослідження таких комплексних явищ, як вплив війни на психосоціальну поведінку, вимагає мультидисциплінарного підходу. Поєднання психологічних, соціальних та поведінкових даних забезпечує повніший аналіз ситуації.

Знання, отримані завдяки цим методам, можуть стати основою для розробки цільових інтервенцій. Зокрема, можна розробити програми підтримки, які враховують специфічні потреби населення в умовах кризової ситуації. Це включає зміцнення соціальних зв'язків, надання психологічної підтримки та навчання адаптивним стратегіям подолання стресу.

Подальші наукові роботи можуть бути спрямовані на вдосконалення адаптаційних стратегій і виявлення нових змінних, що впливають на харчову поведінку під час екстремальних ситуацій. Вивчення механізмів регуляції харчової поведінки в умовах тривалих криз може стати важливим внеском у галузь психології здоров'я.

Отже, аналіз методів та можливостей їх застосування в умовах війни відкриває перспективи для міждисциплінарного підходу до вивчення психосоціальних наслідків кризових ситуацій і розробки ефективних стратегій їх подолання.

### **Висновок до II розділу**

У даному розділі представлено організацію проведення емпіричного дослідження. Він містить у собі два підрозділи, перший з яких має за мету опис власне процесу проведення емпіричного дослідження. У даному підрозділі наведено відомості щодо формування вибірки дослідження, якою виступали 60 осіб віком від 18 до 60 років. Згідно з результатами, 98,3% з опитаних респондентів - жінки, тоді як чоловіки склали лише 2% від загальної кількості учасників. Це може свідчити про вищий інтерес жінок до теми або більш активний їх внесок у рамках цього дослідження, або ще можна вбачати в цьому картину сьогодення, де більшість чоловіків на війні і їм точна не до цих анкетувань.. Такі результати можуть значно вплинути на розуміння отриманих даних та їх подальший аналіз, а також на розробку рекомендацій чи практичних порад, що заснованих на цих показниках.

Це може свідчити про вищий інтерес жінок до теми або більш активний їх внесок у рамках цього дослідження, або ще можна вбачати в цьому картину сьогодення, де більшість чоловіків на війні і їм точна не до цих анкетувань.. Такі результати можуть значно вплинути на розуміння отриманих даних та їх подальший аналіз, а також на розробку рекомендацій чи практичних порад, що заснованих на цих показниках. Крім цього, аналіз діаграми дозволяє виявити, що найбільша частка опитаних осіб належить до вікової групи від 35 до 44 років.

Це може свідчити про те, що саме ця група людей найбільше відчула на собі вплив конфлікту на їхні харчові звички. Якщо розглядати віковий розподіл детальніше, можна зазначити, що вікова група 35-44 роки становить приблизно 45% від усіх учасників. Інші вікові категорії знаходять своє

відображення в опитуванні, але у меншій кількості. Ця інформація стає дуже важливою для майбутніх досліджень, спрямованих на вивчення харчових порушень серед різних вікових груп у контексті війни.

## РОЗДІЛ III. ХІД ДОСЛІДЖЕННЯ І ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ

### 3.1. Організація емпіричного дослідження

Аналіз отриманих результатів за авторською анкетною «Особистісні особливості харчової поведінки українців в умовах війни» :

1. Стать: ( Чоловіча, Жіноча)

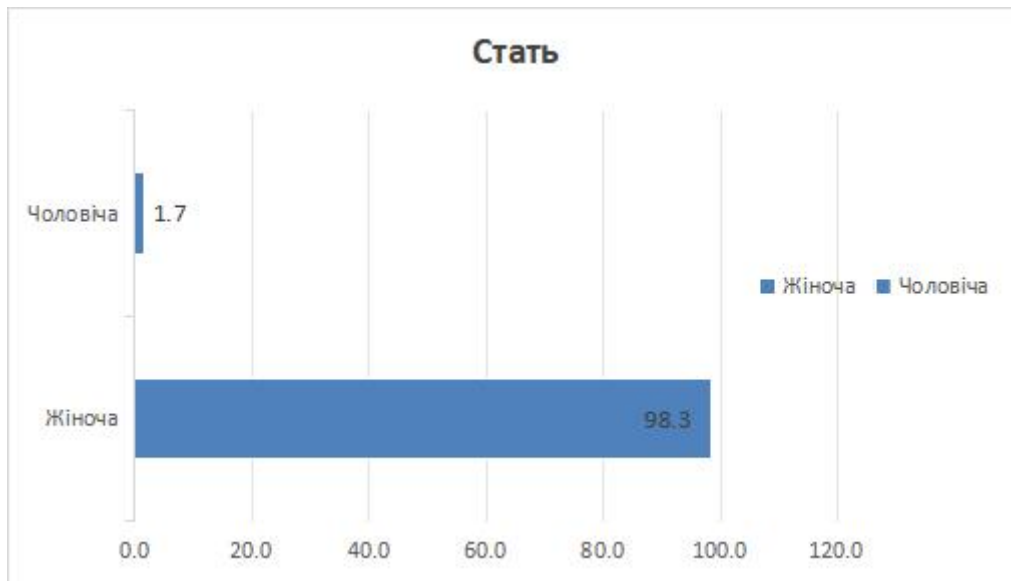


Рис. 3.1 Стать українців, взявших участь в анкетуванні, %

Ця діаграма гарно ілюструє статистику учасників опитування за гендерною ознакою. Згідно з результатами, 98,3% з опитаних респондентів - жінки, тоді як чоловіки склали лише 2% від загальної кількості учасників. Це може свідчити про вищий інтерес жінок до теми або більш активний їх внесок у рамках цього дослідження, або ще можна вбачати в цьому картину сьогодення, де більшість чоловіків на війні і їм точно не до цих анкетувань.. Такі результати можуть значно вплинути на розуміння отриманих даних та їх подальший аналіз, а також на розробку рекомендацій чи практичних порад, що заснованих на цих показниках.

2. Вік: (до 18 років, 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55+)

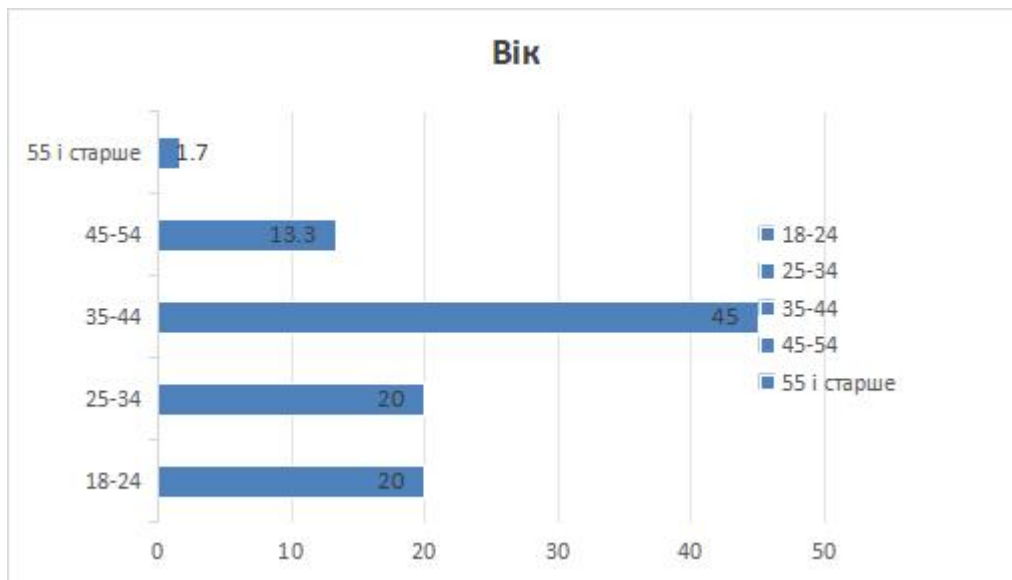


Рис. 3.2 Вік респондентів, взятих участь в анкетуванні, %

Діаграма наочно відображає, що значна більшість учасників опитування є представниками жіночої статі. Це може вказувати на те, що жінки демонструють більшу чутливість або зацікавленість у питаннях, які стосуються харчування під час війни. Крім цього, аналіз діаграми дозволяє виявити, що найбільша частка опитаних осіб належить до вікової групи від 35 до 44 років.

Це може свідчити про те, що саме ця група людей найбільше відчула на собі вплив конфлікту на їхні харчові звички. Якщо розглядати віковий розподіл детальніше, можна зазначити, що вікова група 35-44 роки становить приблизно 45% від усіх учасників. Інші вікові категорії знаходять своє відображення в опитуванні, але у меншій кількості. Ця інформація стає дуже важливою для майбутніх досліджень, спрямованих на вивчення харчових порушень серед різних вікових груп у контексті воєнних дій. Отримані дані можуть також слугувати основою для розробки ефективних програм та заходів щодо профілактики таких порушень.

3. Як часто ви відчуваєте апетит поза основними прийомами їжі?

- Дуже рідко (1-2 рази на тиждень)

- Рідко (3-4 рази на тиждень)

- Помірно (5-6 разів на тиждень)
- Часто (кожен день)
- Дуже часто (більше одного разу на день)



**Рис. 3.3 Апетит поза основними прийомами їжі, %**

На діаграмі представлено п'ять категорій, які показують частоту споживання їжі поза основними прийомами. Найбільше опитаних (30%) вказали, що часто їдять поза основними прийомами, що може свідчити про нездорові харчові звички. Наступні групи включають опитаних, які роблять це рідко (26,7%) і помірно (20%). Варто також зауважити, що 10% респондентів зазначили, що роблять це дуже часто, що може вказувати на проблеми зі здоров'ям або психологічні труднощі. З іншого боку, 13,3% опитаних заявили, що їдять поза основними прийомами дуже рідко, що може свідчити про хороші харчові звички та свідомий підхід до харчування. Отже, на основі зібраних даних можна зробити висновок, що серед опитаних існують різні підходи до харчування поза основними прийомами. Проте важливо приділяти увагу питанням здорового способу життя та уникати надмірного споживання їжі у нетрадиційні години.

4. Як часто ви споживаєте їжу через емоційний стрес (наприклад, сум, розчарування, нервовість)?

- Дуже рідко (1-2 рази на місяць)
- Рідко (3-4 рази на місяць)
- Помірно (5-6 разів на місяць)
- Часто (кожен тиждень)
- Дуже часто (кілька разів на тиждень)



Рис. 3.4 Приняття їжі через стрес, %

Діаграма ілюструє результати опитування, яке досліджувало вплив емоційного стресу на вживання їжі. Згідно з отриманими даними, 23,3% учасників зазначили, що дуже рідко звертаються до їжі в стресових ситуаціях. На противагу цьому, 18,3% зізналися, що роблять це часто. Найбільша частка, складаючи 26,7%, повідомила про помірне споживання їжі в подібних обставинах. Ще 18,3% опитаних заявили, що рідко перекушують через стрес, а залишкова частка у 13,3% споживає їжу часто під впливом стресу. Аналізуючи ці дані, можна зробити висновок, що більше половини респондентів визнають схильність до вживання їжі на тлі емоційного стресу

хоча б помірно. Це свідчить про те, що емоційний стрес справді може впливати на харчову поведінку багатьох людей.

5. Чи відчуваєте ви вину чи жаль після переїдання або споживання нездорової їжі?

- Ні, ніколи
- Дуже рідко (1-2 рази на місяць)
- Рідко (3-4 рази на місяць)
- Помірно (5-6 разів на місяць)
- Часто (кожен тиждень)
- Дуже часто (кілька разів на тиждень)



Рис. 3.5 Вина чи жаль після прийняття нездорової їжі, %

Діаграма показує рівень вини або жалю серед опитаних після переїдання чи вживання нездорової їжі. Найбільша частина учасників (28,3%) ніколи не відчуває таких почуттів після їжі. Невелика частка респондентів відчуває вину або жаль часто (13,3%) та дуже часто (6,7%). Лише 10% заявляють, що рідко переживають ці емоції, а 15% - помірно. Загалом, можна сказати, що більшість опитаних не відчуває вини або жалю після їжі, проте існує група людей, для яких це є проблемою. Це може вказувати на потребу в

подальших дослідженнях та наданні підтримки цим людям у регулюванні своїх харчових звичок.

#### 6. Якою була ваша вага за останній рік?

- Зменшилася на 5 кг і більше
- Зменшилася на 2-4 кг
- Збільшилася на 2-4 кг
- Збільшилася на 5 кг і більше
- Залишилася приблизно на одному рівні



**Рис. 3.6 Вага за останній рік, %**

В діаграмі, котра була складена на основі результатів опитування, чітко простежуються зміни у вазі опитаних за попередній рік. Виявилось, що 10% учасників зазначили, що схудли на 5 кг і більше. Ще 18,3% респондентів вказали, що втратили від 2 до 4 кг. Однак, значна частка учасників, а саме 43,3%, заявила про те, що їхня вага залишилася без змін. Тим часом, 16,7% повідомили про набір ваги у межах 2-4 кг, а 11,7% респондентів зазначили, що додали 5 кг і більше. Таким чином, згідно з проведеним дослідженням, найбільша частина учасників, що становить 43,3%, залишила свою вагу стабільною протягом останнього року. До групи тих, хто схуд, увійшло 28,3% респондентів, тоді як збільшення ваги було відзначено у 28,4%

опитаних. З даних можна зробити висновок, що хоча більшість людей намагаються підтримувати стабільну вагу протягом року, все ж існують незначні коливання в одному чи іншому напрямку. Причини цього можуть бути пов'язані зі змінами в способі життя, раціоні харчування чи рівні фізичної активності. Тому важливо уважно стежити за своєю вагою та здійснювати необхідні корекції для підтримання здоров'я та загального добробуту.

7. Як ви оцінюєте свій рівень знань про відповідне харчування та здоровий спосіб життя?

- Високий
- Середній
- Низький

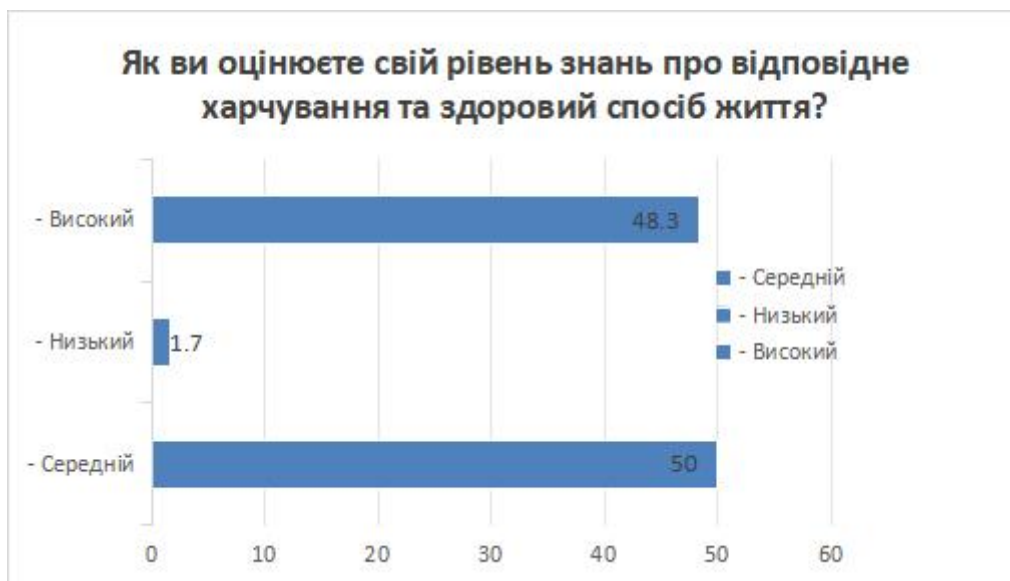


Рис. 3.7 Оцінка своїх знань щодо харчування, %

Діаграма демонструє результати опитування щодо оцінки обізнаності про правильне харчування та здоровий спосіб життя серед 60 учасників (59 жінок та 1 чоловік). Дані показують, що 1,7% респондентів мають низький рівень знань, 50% - середній, а 48,3% - високий. З цього випливає, що більшість учасників мають середній або високий рівень обізнаності в цих

питаннях. Водночас є невелика частка людей з низьким рівнем знань, які можуть потребувати додаткової освіти або допомоги. Це також свідчить про те, що загальна обізнаність у даних питаннях зросла, що може позитивно вплинути на їхнє здоров'я та добробут.

### Результати емпіричного дослідження

Проводимо тест ЕАТ-26 Додаток Б

Отримуємо ось такі результати

58	2
96,7	3,4
низький показатель	пониженній
96,66666667	3,448275862

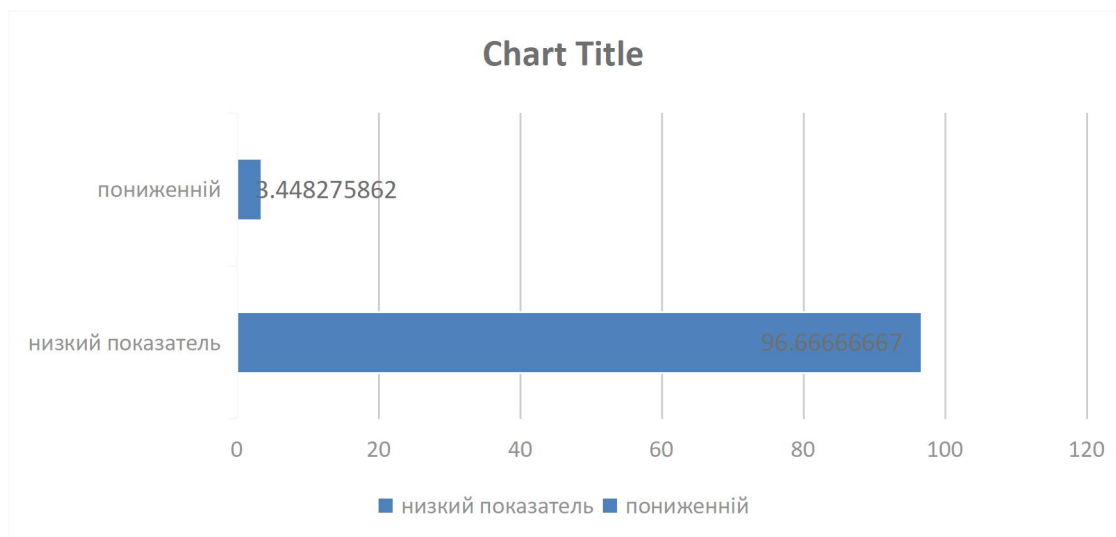


Рис. 3.8 Показники за проведенням тесту, %

Аналізуючи результати опитування за тестом ЕАТ-26, яке проводилось в рамках магістерської роботи про особистісні розлади харчової поведінки під час війни, можна зробити кілька важливих висновків:

Перші числа в кожному ряду (58, 96.7, 96.66666667) можуть відображати показники харчової поведінки чи відповідей респондентів, тоді як другі числа (2, 3.4, 3.448275862) можуть відображати відповідні стандартизовані бали або інші відповідні показники. Низький показник та

понижений можуть вказувати на наявність певних проблем з харчовою поведінкою у респондентів.

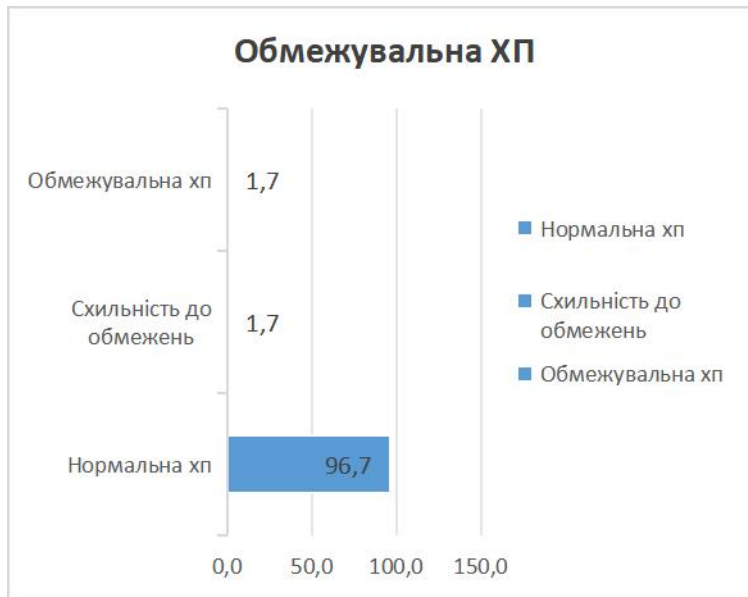
Отримані дані можуть репрезентувати середні або загальні підсумки опитування. Результати, близькі до 100, можуть вказувати на високий рівень певних розладів чи схильностей, тоді як наближені до 0 свідчать про їх низьку вираженість. Зв'язок із війною: Війна може значно впливати на психічне здоров'я та харчову поведінку людей. Стресові ситуації, невизначеність, страх і втрата можуть викликати чи погіршувати харчові розлади. Втім, якщо індивідуальні тригери відсутні, такий вплив може не проявлятися. Високі показники можуть свідчити про те, що війна сприяла збільшенню рівня харчових розладів у суспільстві.

Для глибшого розуміння впливу війни на харчову поведінку потрібні додаткові дослідження. Необхідно розробляти програми допомоги та реабілітації для осіб із харчовими розладами, особливо в умовах війни. Важливо інтегрувати психологічну підтримку в загальну систему допомоги для постраждалих. Отже, результати опитування EAT-26 наголошують на важливості уваги до психічного здоров'я та харчової поведінки населення під час війни. Високі або змінені показники вимагають подальшого аналізу та розробки відповідних заходів підтримки.

Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) Додаток В

Низькі 2.4	Нормальна хп	58	96,7
Усереднені 2.4	Схильність до обмежень	1	1,7
Високі 2.4	Обмежувальна хп	1	1,7

Ось як можна проаналізувати ці



**Рис. 3.9 Обмежувальна харчова поведінка, %**

Нижче 2.4: Нормальна харчова поведінка (58, 96.7%): Учасники цієї групи мають показники обмежувальної поведінки нижче 2.4. Їхня харчова поведінка залишається стабільною під час воєнних подій, що свідчить про відсутність аномалій у споживанні їжі. Це може вказувати на психологічну та фізіологічну стійкість цих осіб у стресових умовах.

Близько 2.4: Схильність до обмежень (1, 1.7%): Ця невелика частка учасників має індекс обмежувальної поведінки, що наближається до 2.4. Це може свідчити про певну схильність до обмежень у харчуванні, хоча їх поведінку ще не можна класифікувати як повністю обмежувальну. Це, можливо, є ознакою стресу або нестабільності в харчовій поведінці в умовах війни.

Вище 2.4: Обмежувальна харчова поведінка (1, 1.7%): Учасники цієї категорії мають показники обмежувальної поведінки, що перевищують 2.4, що свідчить про явну обмежувальну харчову поведінку. Це може включати суворі дієти, уникання харчування чи інші компульсивні звички, і такі прояви можуть бути індикатором значного стресу або розладу під час війни. Загалом, цей аналіз показує різноманітні прояви обмежувальної поведінки серед учасників дослідження в період війни, що можуть бути пов'язані зі

стресом, доступністю їжі та іншими факторами, які впливають на харчову поведінку під час конфлікту.

Нижче 1.8	Нормальна хп 96,7%	58	96,7
Около 1.8	схильність до ехп 0%	0	0,0
Вище 1.8	Емоціогена хп 3,3%	2	3,3

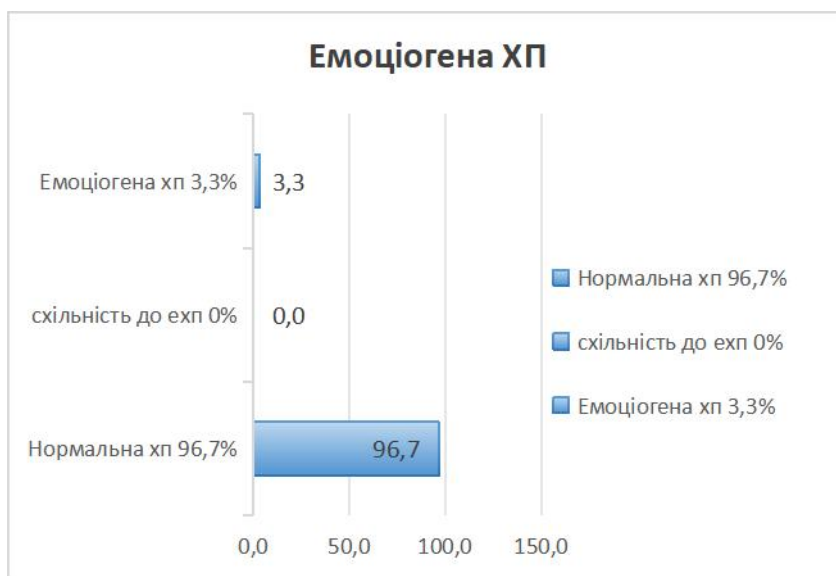


Рис. 3.10 Емоціогена харчова поведінка, %

З цими даними можна зробити наступні висновки:

Нижче 1.8: Нормальна харчова поведінка (96,7%): Переважна більшість учасників дослідження, а саме 96,7%, проявляють нормальну харчову поведінку. Такий показник свідчить про те, що у цих людей немає значних емоційних чи психологічних факторів, які могли б впливати на їхній раціон під час війни, що є досить позитивним аспектом в даній ситуації.

Около 1.8: Схильність до емоційного харчування (0%): Відповідно до зібраних даних, жоден із учасників не продемонстрував схильності до емоційної харчової поведінки. Значення цього показника в цій категорії є

нульовим. Це може свідчити про те, що війна не стала тригером для розвитку таких харчових звичок серед цих людей. 3.

Вище 1.8: Емоціогена харчова поведінка (3,3%): Невелика частина учасників, яка складає 3,3%, виявила наявність емоціогенної харчової поведінки. Це означає, що їхній харчовий вибір може суттєво залежати від емоцій або психологічних факторів. Така поведінка може включати в себе переїдання через стресові ситуації, використання їжі як способу заспокоєння або інші емоційно зумовлені звички.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що більшість учасників дотримуються нормальної харчової поведінки, хоча деякі все ж підлягають емоційному впливу у виборі продуктів харчування. Проведення такого аналізу допомагає краще розуміти взаємозв'язок між емоційним станом та харчовими звичками в умовах війни, що може відіграти важливу роль у розробці ефективних стратегій психологічної підтримки та інтервенції для поліпшення стану учасників у подібних умовах.

Нижче 2.7	нормальна хп	57	95,0
Около 2.7	схильність хп	1	1,7
Віщче 2.7	Екстернальна ХП	2	3,3

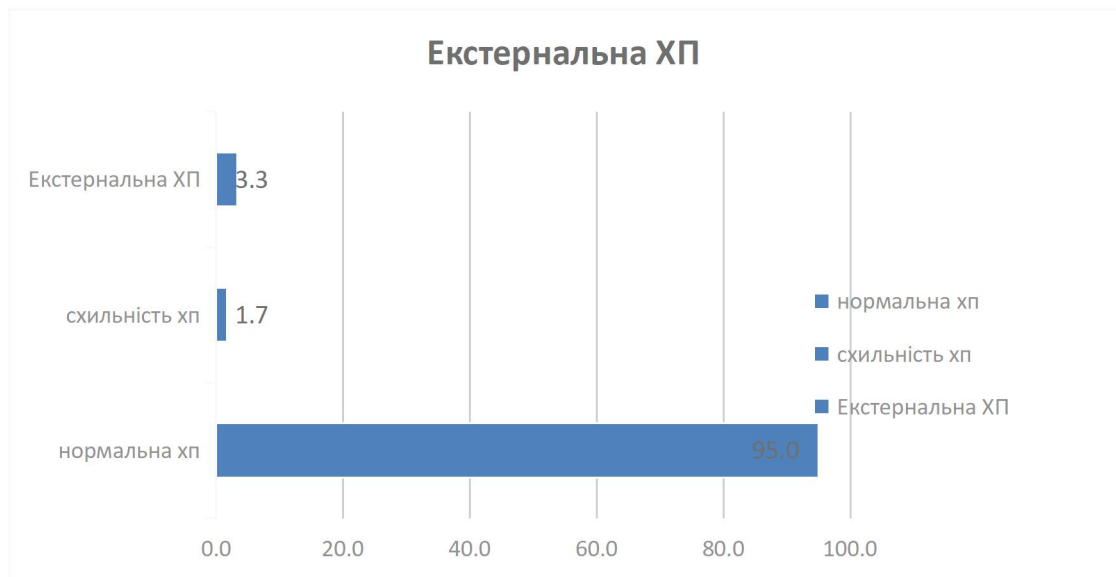


Рис. 3.11 Екстернальна харчова поведінка, %

За даними цього опитування, можна зробити наступні висновки:

Показники нижче 2.7: Нормальна харчова поведінка (95,0%): Більшість учасників, а саме 95,0%, продемонстрували звичайну екстернальну харчову поведінку. Це означає, що вони не піддаються впливу зовнішніх факторів, таких як реклама їжі, соціальний тиск або легкодоступність їжі, що могли б змінити їх поведінку при споживанні їжі. Така стійкість до зовнішнього впливу під час війни може розглядатися як позитивний показник.

Значення, наближені до 2.7: Схильність до екстернальної харчової поведінки (1,7%): Невелика кількість учасників проявляє ознаки екстернальної харчової поведінки на рівні, близькому до критичної межі 2.7. Це може свідчити про дещо підвищену вразливість до зовнішніх факторів впливу на їх харчові уподобання, хоча цей ступінь ще не є значним.

Значення вище 2.7: Явна екстернальна харчова поведінка (3,3%): Приблизно 3,3% учасників виявляють екстернальну харчову поведінку на рівні вище критичного порогу 2.7. Ці люди більш схильні до впливу зовнішніх стимулів на їхній вибір їжі. Це може проявлятися у вигляді частіших відвідувань закладів харчування, переїдання в соціальних ситуаціях або підвищеної чутливості до реклами їжі. Така поведінка може вказувати на певну вразливість перед зовнішніми впливами в умовах кризи. Таким чином,

цей аналіз допомагає краще зрозуміти вплив зовнішніх факторів на харчові звички учасників під час війни. Він також підкреслює необхідність глибших досліджень та розробки стратегій для підтримки психологічного і фізичного здоров'я в складних умовах.

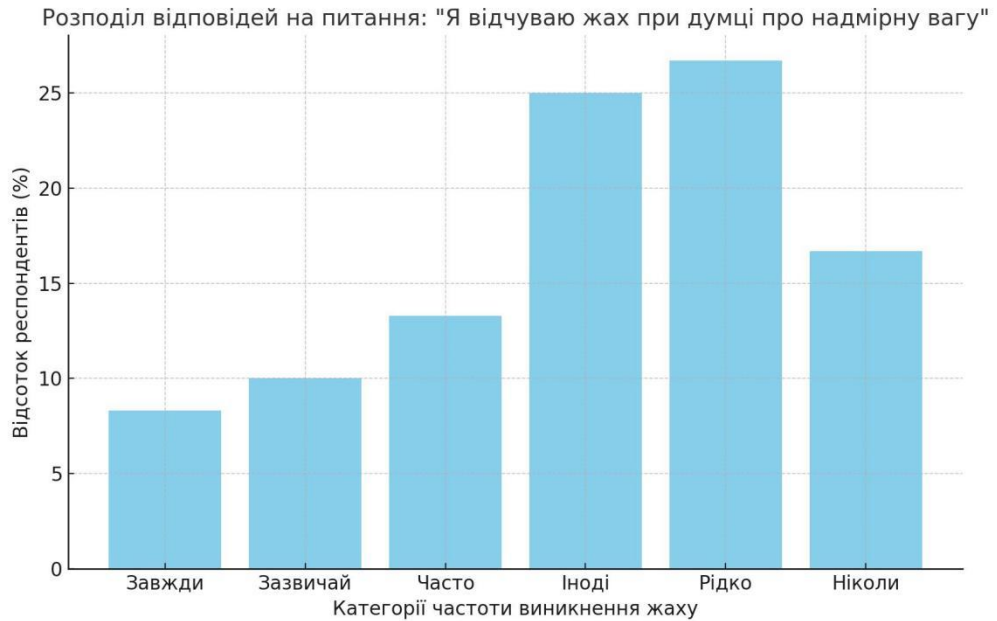
На основі зібраних даних в опитуванні можна зробити наступні висновки:

Результати опитування показали, що найбільша частка респондентів (26,7%) рідко відчують страх, думаючи про надмірну вагу. За ними йде чверть опитаних (25%), які іноді переймаються цим питанням.

Приблизно 16,7% заявили, що ніколи не відчують страху з цього приводу, тоді як 13,3% відчують його часто. Лише 10% зазвичай переймаються надмірною вагою, а найменша група (8,3%) постійно відчуває страх. Дані візуалізуються у вигляді стовпчастої діаграми, яка демонструє відсотковий розподіл респондентів у різних категоріях частоти виникнення тривоги.

Діаграма показує, що більшість людей рідко або іноді охоплює страх, що може вказувати на загальне ставлення до ваги та здоров'я в суспільстві. Крім того, значна частина опитаних ніколи не відчуває жаху (16,7%), а 13,3% досить часто зіштовхуються з цим почуттям. Найменша група респондентів (8,3%) завжди переживає страх з цього приводу, що свідчить про небагато людей з постійною тривогою на цю тему.

Ця інформація може бути корисною для психологів і фахівців у галузі харчування та психічного здоров'я, оскільки вона вказує на частоту тривоги щодо ваги серед населення.



**Рис. 3.12 Жах при думках про вагу, %**

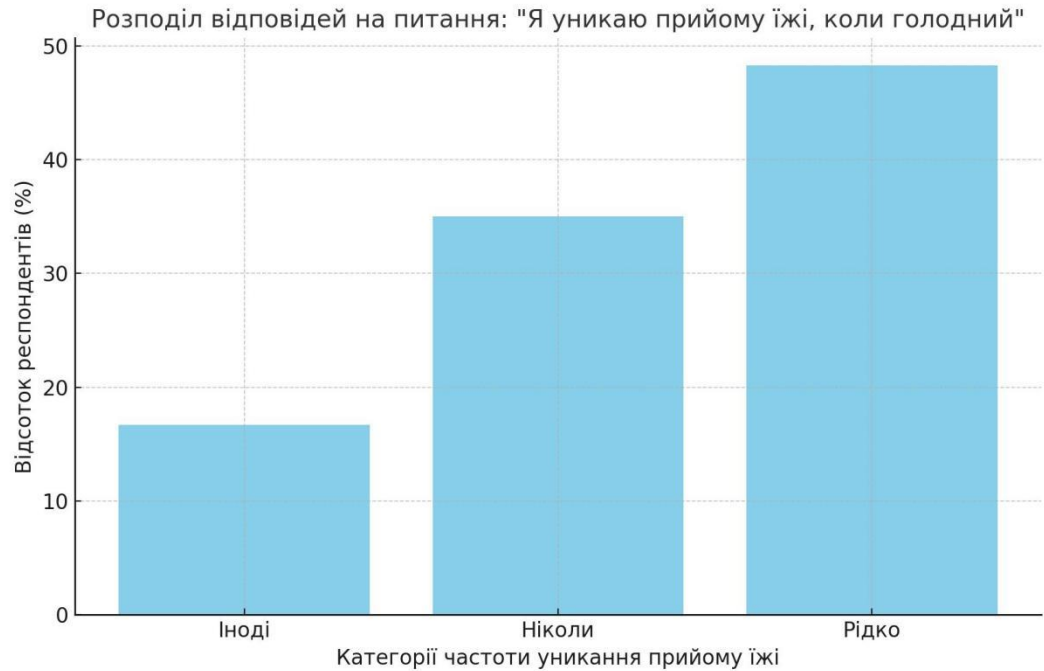
Опитування було проведено серед вибраної групи респондентів (студенти, психологи, студенти-психологи) з метою визначити частоту уникання прийому їжі, коли вони відчувають голод. Респондентам було запропоновано обрати один із трьох варіантів відповіді, які найкраще відповідають їхнім звичкам.

Категорії відповідей: (Іноді: 16,7%, Ніколи: 35%, Рідко: 48,3%)

Для візуалізації результатів щодо дослідження нами було побудовано стовпчасту діаграму, яка відображає відсотковий розподіл респондентів по кожній категорії частоти уникання прийому їжі, коли вони відчувають голод.

З цієї діаграми видно, що найбільша частка респондентів (48,3%) рідко уникає прийому їжі, коли відчуває голод, а 35% ніколи не уникають їжі в таких ситуаціях. Лише 16,7% респондентів зазначили, що вони іноді уникають прийому їжі, навіть коли відчувають голод.

Ці отримані нами результати вказують на те, що більшість людей рідко або ніколи не уникають прийому їжі, коли вони голодні, що може свідчити про загальне прагнення слідувати сигналам голоду і задовольняти свої харчові потреби.



**Рис. 3.13 Уникнення прийому їжі, %**

Опитування яке було проведено серед вибраної групи респондентів з метою визначити частоту виникнення занепокоєння з приводу їжі. Респондентам було запропоновано обрати один із чотирьох варіантів відповіді, які найкраще відповідають їхнім відчуттям.

Результати опитування показали такі висновки на основі отриманих даних:

**Ніколи:** Найбільше респондентів, 36,7%, зазначили, що вони ніколи не переживають через їжу.

**Рідко:** 26,7% респондентів сказали, що рідко відчують занепокоєння з приводу їжі.

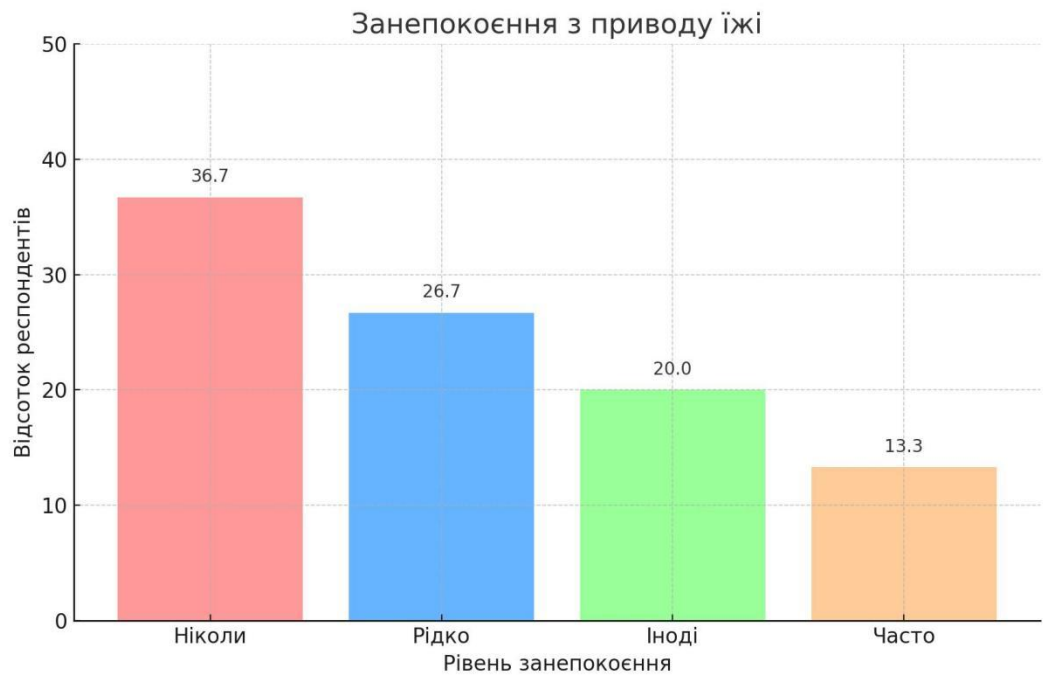
**Іноді:** 20% респондентів іноді відчують занепокоєння з приводу їжі.

**Часто:** Найменша частка, 13,3% респондентів, часто відчують занепокоєння.

Для кращого розуміння цих результатів була створена стовпчаста діаграма, яка показує процентний розподіл учасників опитування по кожній категорії частоти занепокоєння з приводу їжі. З діаграми видно, що

найбільша частка респондентів (36,7%) ніколи не переживає через їжу, що свідчить про високий рівень комфорту і впевненості у своїх харчових звичках. Значна частина (26,7%) рідко відчуває занепокоєння, тоді як 20% іноді відчувають таке занепокоєння. Найменша частка, 13,3%, часто стикається з цим питанням.

Ці результати вказують на те, що більшість людей або ніколи, або рідко відчувають занепокоєння з приводу їжі, що може свідчити про загальний рівень задоволення і впевненості у своїх харчових звичках. Проте наявність групи, яка може відчувати хвилювання іноді або часто, вказує на те, що проблема харчової тривоги є актуальною для певної частини населення.



**Рис. 3.14 Занепокоєння з приводу їжі, %**

В опитуванні респондентам було поставлено запитання про частоту епізодів переїдання, коли вони відчували, що не можуть зупинитися. Результати розподілилися наступним чином: (Ніколи: 40%, Іноді: 35%, Рідко: 20%)

Більшість опитаних респондентів (40%) ніколи не відчувають епізодів переїдання, що є позитивним показником опитування. Водночас,

значна частина респондентів (35%) іноді відчуває такі епізоди, що вказує на необхідність звернути увагу на цю проблему та, можливо, провести додаткові подальші дослідження.

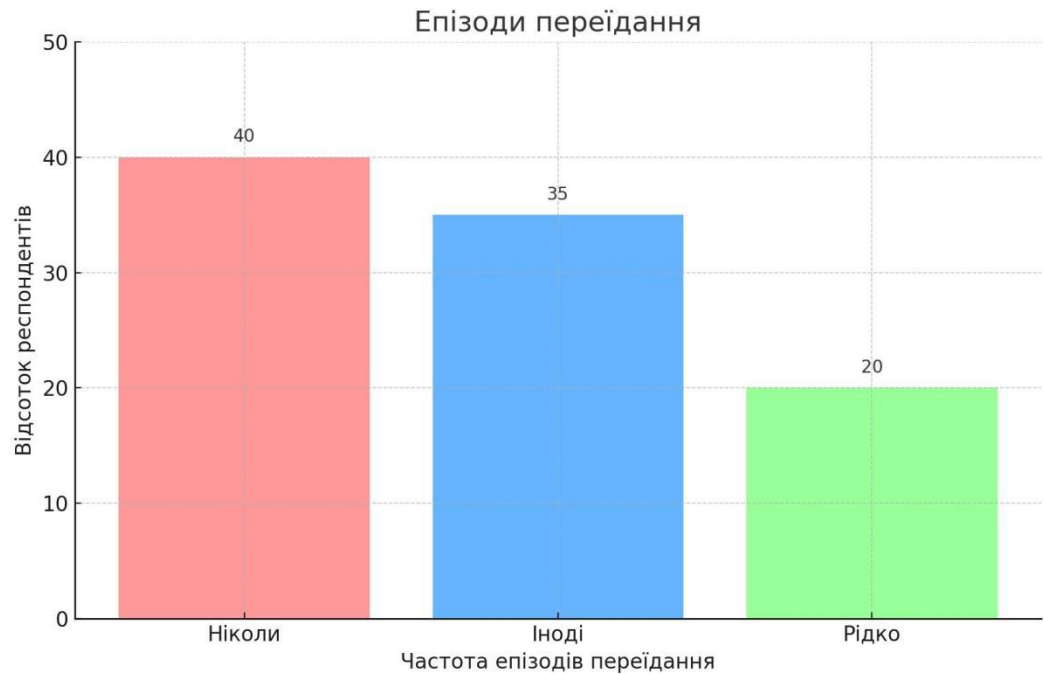


Рис. 3.15 Епізоди переїдання, %

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона Додаток Г

Низький рівень самотності, 1,7%	1	1,7
Середній рівень самотності, 95%	57	95,0
Високий рівень самотності, 3,3%	2	3,3

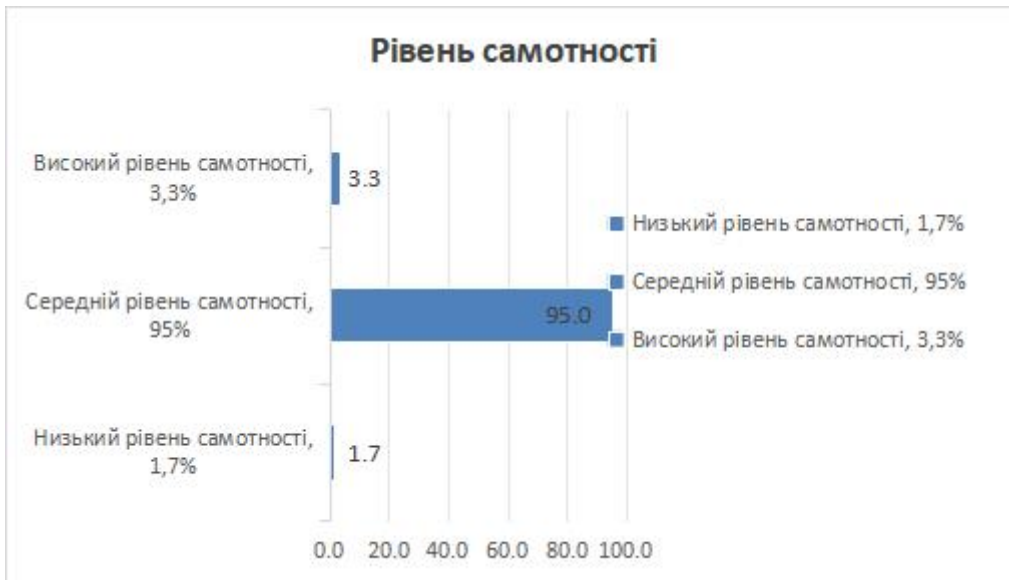


Рис. 3.16 Рівень самотності, %

Аналіз результатів, отриманих за допомогою Методу діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності, розробленого Д. Расселом та М. Фергюсоном, дає змогу визначити кілька суттєвих висновків. Це дослідження, проведене в рамках магістерської роботи щодо особистісних розладів харчової поведінки під час воєнного конфлікту, дозволяє більш детально проникнути в складну психологічну картину учасників. Кількісні результати свідчать про наступне: Низький рівень самотності спостерігається лише у 1,7% учасників (1 респондент), що може означати наявність міцних соціальних контактів або особистісних навичок, які ефективно допомагають справлятися з стресовими ситуаціями.

Середній рівень самотності зафіксований у 95% учасників (57 респондентів), що підкреслює ситуацію, за якої більшість людей відчувають певний ступінь ізоляції, але в цілому залишаються в умовно стабільному емоційному стані навіть в умовах війни. Нарешті, високий рівень самотності, що припадає на 3,3% респондентів (2 особи), може бути індикатором серйозних внутрішніх конфліктів та психологічних труднощів, які можуть суттєво ускладнити їхнє повсякденне життя. Саме цікавим є те, наскільки глибокою може бути взаємозалежність між відчуттям самотності

та харчовою поведінкою. «Високий рівень самотності може сприяти розвитку або поглибленню порушень харчової поведінки, таких як переїдання чи анорексія» [43. с, 1048]. Водночас середній рівень самотності свідчить про те, що учасники, хоча й не відчують значної ізоляції, тим не менш можуть стикатися з певними викликами, які впливають на їхній режим харчування.

«Війна створює складний психологічний лабіринт, який впливає на кожну людину по-різному. Самотність під час війни може стати важливим фактором, що впливає на загальне психічне здоров'я та харчову поведінку» [57].

Високий рівень самотності у невеликого числа респондентів свідчить про те, що війна має суттєвий вплив на окремих осіб, створюючи умови для виникнення або загострення особистісних розладів. «Необхідно розробити підтримуючі програми, які допоможуть людям, які переживають високий рівень самотності. Це може включати психологічну підтримку, групові заняття, або інші заходи, що допоможуть знизити рівень ізоляції» [49. с, 216].

Важливо також звернути увагу на тих, хто має середній рівень самотності, аби запобігти можливому погіршенню їхнього стану. Війна створює надзвичайно складний та стресовий контекст, і важливо інтегрувати психологічну допомогу в загальну систему підтримки населення.

Отже, опитування, що було проведене за методикою Д. Рассела та М. Фергюсона, демонструє вплив війни на рівень самотності людей. Результати дослідження, що трансцендентально переплітаються з харчовою поведінкою, вказують на необхідність у комплексних заходах підтримки та допомоги населенню.

Рівні Самотності:

Низький рівень самотності: 1,7% (1 респондент).

Середній рівень самотності: 95% (57 респондентів).

Високий рівень самотності: 3,3% (2 респонденти).

Загалом більшість учасників демонструють нормальну харчову поведінку. Що відноситься до норми а не до паталогії. Однак деякі учасники відчують вплив емоційного стресу на своє харчування, що може бути наслідком зовнішніх факторів, таких як війна.

Рівні обмежувальної поведінки варіюються серед учасників, що може бути пов'язано зі стресом, доступністю їжі та іншими факторами, які впливають на харчову поведінку в умовах конфлікту.

Високий рівень самотності у невеликої частки респондентів вказує на можливий вплив війни на їхній психологічний стан і, як наслідок, на харчову поведінку.

Середній рівень самотності у більшості учасників вказує на умовно стабільний психологічний стан, але також на необхідність уваги до потенційних змін у поведінці.

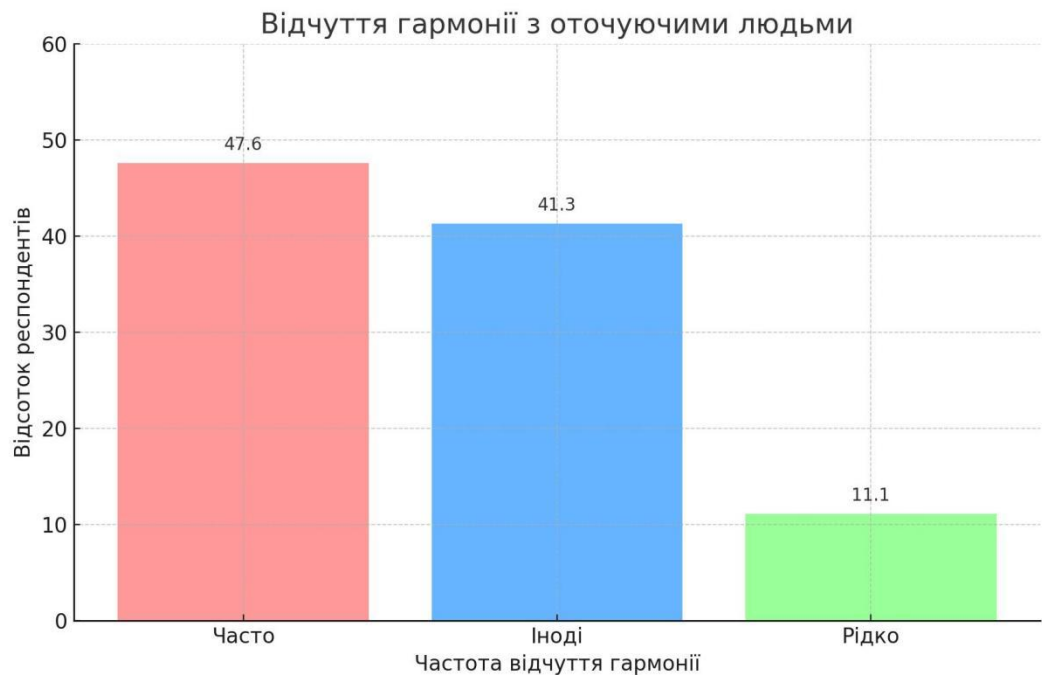
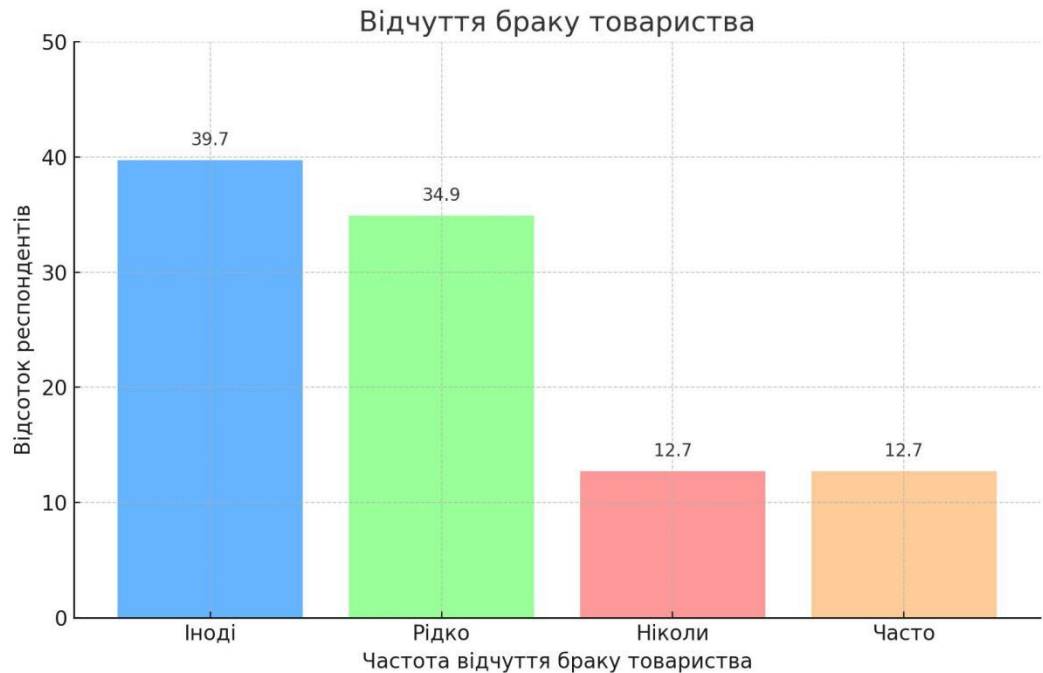


Рис. 3.17 Частота відчуття гармонії, %

Респонденти відповіли на питання про те, як часто вони відчують гармонію з оточуючими людьми. Результати виглядають наступним чином: (Часто: 47,6%, Іноді: 41,3%, Рідко: 11,1%)

На стовповій діаграмі показано, як розподілилися відповіді респондентів щодо частоти відчуття гармонії з оточуючими людьми. Найбільший відсоток респондентів, 47,6%, зазначили, що вони часто відчувають гармонію.

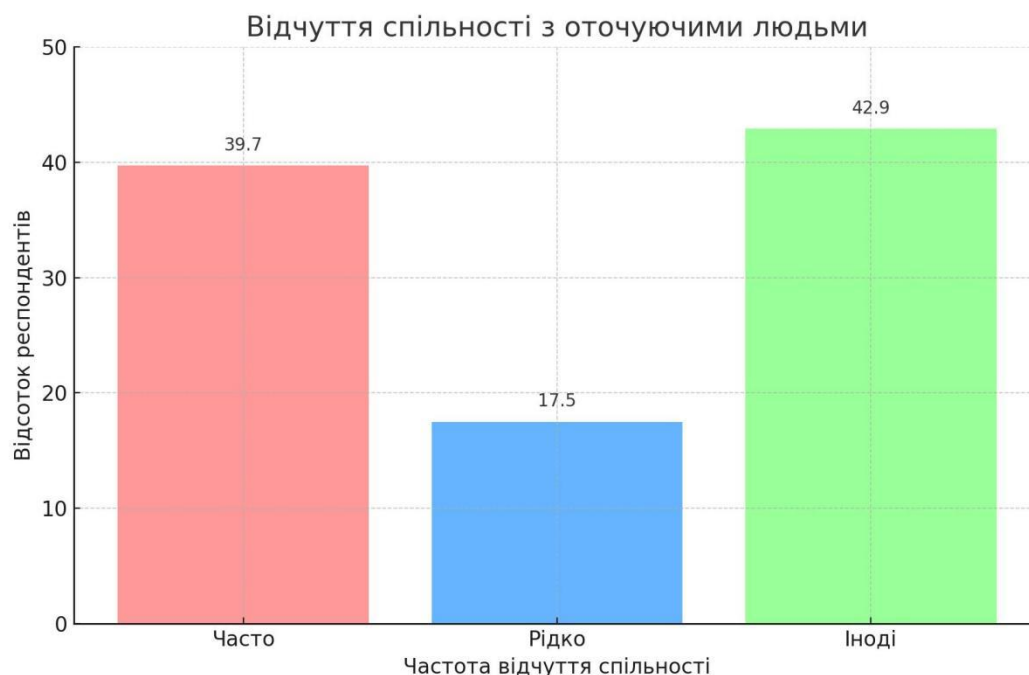


**Рис. 3.18 Частота відчуття браку товариства, %**

Респонденти відповіли на питання про те, як часто вони відчувають брак товариства. Результати виглядають наступним чином: (Іноді: 39,7%, Рідко: 34,9%, Ніколи: 12,7%, Часто: 12,7%)

На стовповій діаграмі показано, як розподілилися відповіді респондентів щодо частоти відчуття браку товариства. Найбільший відсоток респондентів, 39,7%, зазначили, що вони іноді відчувають брак товариства. 34,9% респондентів рідко відчувають цей брак, тоді як 12,7% ніколи не відчувають такого браку і стільки ж часто відчувають брак товариства.

Діаграма показує, що більшість респондентів (понад 74%) принаймні іноді відчувають брак товариства, що свідчить про важливість соціальних контактів та товариства для багатьох людей.



**Рис. 3.19 Частота відчуття спільності, %**

Респонденти відповідали на питання про те, як часто вони відчувають, що мають багато спільного з оточуючими людьми. Результати виглядають таким чином: (Часто: 39,7%, Рідко: 17,5%, Іноді: 42,9%)

На стовпівій діаграмі відображено, як респонденти оцінили частоту відчуття спільності з оточуючими людьми.

Найбільший відсоток, а саме 42,9%, зазначили, що іноколи відчувають таку спільність. 39,7% опитаних часто переживають це почуття, тоді як 17,5% помічають його рідко.

Діаграма свідчить про те, що понад 82% респондентів хоча б іноді відчувають спільність з оточуючими, що підкреслює значення спільних інтересів і цінностей у соціальних взаєминах.

### **Висновки до III розділу**

У процесі організації та підготовки нашого емпіричного дослідження ми суворо дотримувалися загальноприйнятих у науковій спільноті алгоритмів, які визначають не лише організаційно-методичну точність, але й

гарантують надійність і валідність отриманих даних на всіх етапах їх обробки та реалізації задуманих ідей.

З огляду на це, нашим головним методичним орієнтиром у підготовці та реалізації теоретико-емпіричного дослідження психологічних аспектів розладів харчової поведінки стали ключові вимоги та засади, визначені у психодіагностиці. Процес емпіричного дослідження цих психологічних особливостей здійснювався відповідно до основних вимог сучасної психодіагностики, з врахуванням як зовнішніх, так і внутрішніх факторів, що можуть вплинути на якість діагностичної інформації.

До таких факторів відносились, наприклад, поетапність проведення обстежень, увага до ситуативних змінних, чітке визначення мети дослідження, правильний вибір тестового психодіагностичного завдання, а також врахування індивідуально-психологічних характеристик кожного респондента. Дослідження проводилось у три основні етапи, з чітко визначеними завданнями для кожного з них. Підготовчий етап охоплював постановку проблеми, формування емпіричної бази для психодіагностичних досліджень, обґрунтування вибірки та підбір адекватного і надійного психодіагностичного інструментарію.

Наступний етап був присвячений власне психодіагностичному процесу збору емпіричних даних. Нарешті, аналітичний етап включав статистичну обробку та психологічну інтерпретацію отриманих результатів. Таким чином, отримання теоретико-емпіричних даних про психологічні особливості розладів харчової поведінки відбувалося в рамках основних вимог психодіагностичної науки і спрямовувалось логікою авторської дослідницької позиції.

При створенні діагностичного комплексу було ретельно враховано можливість кожної методики, основується на критеріях точності та надійності у виявленні різних факторів, які можуть впливати на формування порушень харчової поведінки. В ході розробки цього комплексу дослідники

приділяли особливу увагу тим методикам, які засвідчили свою психометричну валідність і надійність.

Інструкції з використання цих методик є детальними та зрозумілими, пропонуючи розгорнуті інтерпретації шкал, а також містять інформацію про їхню апробацію з докладним викладом кількісних та якісних результатів. Одержані дані дають змогу скласти загальне уявлення про те, що переважна більшість учасників опитувань становлять жінки (98.3%), які здебільшого належать до середньої вікової групи (35-44 роки). Інтерес жінок до питань харчування та здорового способу життя може свідчити про їхню підвищену обізнаність у цих сферах.

Щодо харчових звичок, більшість респондентів вживають їжу поза основними прийомами помірно або рідко, проте існує частка людей, яка робить це часто або навіть дуже часто, що може бути ознакою нездорових харчових звичок та схильності до стресового харчування. Результати щодо змін у вазі показують, що переважна частина учасників зберігає стабільну вагу, проте є й такі, що зазнають певних невеликих змін у вигляді як збільшення, так і зменшення ваги.

Більшість учасників мають середній або високий рівень знань про відповідне харчування та здоровий спосіб життя, але все ще є ті, кому може бути корисною додаткова освіта або підтримка у цих питаннях. На основі проаналізованих даних постає образ жінки середнього віку, яка відповідально ставиться до вибору продуктів харчування та підтримує здоровий спосіб життя. Проте, деякі ознаки свідчать про стресове переїдання та можливі труднощі зі стабільністю ваги. Виявлено, що більшість учасників опитування мають посередні знання в цій сфері, що підкреслює потенційну необхідність у поліпшенні освітньої підтримки та супроводу в питаннях здоров'я.

Для підтвердження гіпотези може бути доречним проведення додаткових досліджень, спрямованих на ідентифікацію можливих методів підтримки та реабілітації осіб з харчовими розладами, спричиненими стресом

або травматичними подіями під час війни. Проведення таких досліджень може вимагати співпраці з медичними закладами, психологічними центрами та громадськими організаціями, які вже мають досвід в наданні допомоги людям з розладами харчування. Крім того, доцільно провести опитування серед ветеранів військових конфліктів або осіб, які постраждали від війни, з метою виявлення тих, хто може відчувати подібні проблеми.

Для пошуку людей із харчовими розладами можна також використовувати можливості соціальних мереж, різноманітних онлайн-форумів, груп підтримки та спільнот, де люди діляться своїм досвідом і шукають підтримку. Встановивши зв'язок з такими особами, можливо організувати інтерв'ю та анкетування, щоб глибше зрозуміти їхні труднощі, потреби та вплив травматичних подій на їхнє психічне здоров'я. Виходячи з отриманих результатів, можна буде розробити програми підтримки та реабілітації, які дозволять покращити їхнє психічне та фізичне благополуччя, а також якість життя загалом.

Це дослідження проводилося з метою аналізу впливу війни на харчову поведінку респондентів, використовуючи ЕАТ-26 та Методику діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона. Усі респонденти були студентами магістратури з психології або учасниками гештальт-інституту.

Усі респонденти були студентами магістратури з психології або відвідувачами гештальт-інституту, що може вплинути на результати через їхнє професійне розуміння та підготовку. Для більш точного аналізу зв'язку між війною та розладами харчової поведінки слід залучати інші соціальні групи, зокрема емігрантів чи тимчасових переселенців. Дослідження на цих групах допоможе більш детально визначити зв'язок між війною та харчовими розладами. Важливо розробити стратегії підтримки для осіб, які переживають високий рівень самотності та пов'язаних з цим ризиків розладів харчової поведінки. Також варто здійснити якісний аналіз трьох

респондентів з високим ризиком, щоб глибше зрозуміти їхній стан та потреби.

## ВИСНОВКИ

Дослідження, присвячене харчовій поведінці, відкриває перед нами складну мережу взаємозалежностей, що визначають наші харчові звички. Ці звички не є статичними — вони підлягають впливу багатьох факторів, які взаємодіють між собою, формуючи унікальний стиль харчування кожної людини. Психологічні аспекти, з такими як емоційна реакція на стрес чи фізичний голод, соціальні впливи, наприклад, сімейні традиції чи культурні норми, а також біологічні потреби організму — всі ці елементи складають складний пазл, в якому кожен шматочок відіграє важливу роль.

У звичайних умовах, ми можемо не помічати, як насправді різні чинники формують наш вибір продуктів або режим харчування. Наприклад, у компанії друзів ми можемо обирати інші страви, ніж коли ми наодинці, або різні продукти можуть стати символами свят або особливих моментів. Однак під час кризових ситуацій, таких як війни або економічні труднощі, зміни в нашій харчовій поведінці стають більш очевидними та можуть бути драматичними.

Емоційне харчування, що виникає як реакція на стрес, може призвести до компульсивного переїдання. У той же час, у деяких людей ця ж самісна напруга може викликати небажання їсти, що спричиняє суворе обмеження споживання їжі. Ці явища свідчать про те, як глибоко закорінені в нашій психології харчові патерни можуть бути змінені під тиском стресових факторів.

Зростання тривожності та невизначеності може зменшити здатність індивіда усвідомлено підходити до вибору їжі. Це, в свою чергу, може призвести до дестабілізації не тільки фізичного, але й емоційного стану, погіршуючи загальний рівень благополуччя. За таких обставин важливо зрозуміти, що наші харчові звички не лише наслідок біологічних потреб, а й результат глибоких психологічних і соціальних процесів, які потребують усвідомленості та підтримки.

Отже, вивчення харчової поведінки в кризових умовах може дати цінні інсайти, які не лише сприятимуть розумінню особистих переживань, але й допоможуть у розробці стратегій підтримки для людей, що переживають труднощі. Нам слід звернути увагу на те, як ми взаємодіємо з їжею в різні часи і як наша харчова культура може адаптуватися, аби відповідати вимогам моменту, враховуючи всі складові — від індивідуального до колективного.

Періоди війни значно впливають на життя людей, впливаючи не лише на фізичний, але й на емоційний стан. У ситуаціях, де доступ до продуктів харчування обмежений, а рівень стресу підвищений, харчова поведінка може істотно змінитися. Важливо розуміти, що їжа в таких умовах стає не лише для задоволення фізичних потреб, але й способом емоційного самозаспокоєння. В умовах війни, з присутньою невизначеністю та страхом за життя своє і рідних, харчування може перетворитися на форму емоційної підтримки. Люди можуть вибирати традиційні страви, що нагадують їм про спокійніші і безпечніші часи, додаючи відчуття стабільності.

Проте така емоційна харчова поведінка має два боки: з одного, вона може тимчасово заспокоїти, а з іншого — викликати шкідливі харчові звички чи розлади харчування, такі як переїдання чи відмова від їжі. Разом з емоційними факторами, важливу роль грають і соціальні обставини. Наприклад, викликані минулим досвідом голоду або дефіциту продуктів, колективні травми можуть спричинити запасання їжі.

Це прагнення є спробою здобути безпеку та контроль в умовах невизначеності. Така поведінка може негативно вплинути як на психічне здоров'я, так і на фізичне, оскільки неконтрольоване накопичення їжі часто веде до надмірного споживання.

Отже, у воєнні часи важливо створити підтримуюче середовище, спрямоване не лише на задоволення основних харчових потреб, а й на реабілітацію та підтримку психічного здоров'я. Психологічна допомога, освітні програми з питань здорового харчування та групи підтримки можуть

стати ключем до подолання наслідків стресу та травм, сприяючи адаптації харчової поведінки в позитивному напрямку.

У роботі підкреслюється, що лікування розладів харчової поведінки в умовах війни вимагає не лише безпосереднього фокусування на фізичних симптомах, як-от відновлення нормальної ваги, але й системного врахування багатьох інших чинників. Це підкреслює важливість комплексного підходу, який не обмежується лише одними методами лікування, а включає в себе різноманітні аспекти, що впливають на харчування та психоемоційний стан особи.

Психологічна підтримка, яка є невід'ємною частиною програми, допомагає пацієнтам долати емоційні труднощі, пов'язані з переживаннями війни, стресом та тривогою. У такий складний час, коли люди стикаються з численними викликами, наявність фахівця, який може надати емоційну підтримку, грає критично важливу роль у процесі лікування.

Формування здорових харчових звичок також має велике значення. Це не лише означає навчання людей правильному вибору продуктів харчування, але й розвиток стосунків із їжею, які базуються на усвідомленості та злагоді. Дослідження показують, що емоційне споживання їжі може бути причиною розладів харчової поведінки; тому важливо працювати над розумінням власних емоцій та навчати пацієнтів, як управляти ними без вдавання до їжі.

Крім фізіологічних і психологічних аспектів, авторка акцентує на духовних аспектах лікування. Духовність може слугувати джерелом підтримки й сили, допомагаючи людям знаходити сенс у важкі часи та віднайти внутрішні ресурси для подолання труднощів. Це може включати практики, такі як медитація, молитва або інші форми саморозуміння, які сприяють загальному благополуччю.

Отже, комплексний підхід до лікування розладів харчової поведінки в умовах війни є необхідним для досягнення стійкого прогресу. Інтеграція різних аспектів—психологічних, фізіологічних та духовних—дозволяє

зорієнтуватись не лише на усунення симптоматики, але й на забезпечення всебічного відновлення особи, що зустрічає серйозні виклики в умовах сучасного світу.

Дослідження впливу базових переконань індивіда на харчову поведінку сприяє багатоаспектному розумінню взаємодії психологічних чинників із харчовими звичками. Емоційні стани, такі як страх втрати контролю і тривожність, не лише впливають на почуття особи, а й формують певні установки та стратегії подолання стресу, що можуть спричиняти як позитивні, так і негативні наслідки для харчової поведінки. З одного боку, у контексті тривалого стресу люди можуть вдаватися до їжі як до засобу самозаспокоєння. Це явище стає особливо вираженим під час кризових ситуацій, таких як економічні труднощі, політична нестабільність або військові конфлікти. Їжа набуває ролі не лише фізичної необхідності, але й емоційного «безпечного простору», який забезпечує відчуття комфорту і стабільності. Зазвичай це супроводжується споживанням страв, які асоціюються з приємними спогадами, наприклад, з домашньою кухнею або дитинством. З іншого боку, надмірне накопичення їжі може відображати не лише прагнення забезпечити себе на майбутнє, а й колективну пам'ять про дефіцит — досвід голоду чи нестачі в минулому. Така поведінка може бути характерною для поколінь, що вижили в складних умовах, і здатна передаватися підсвідомо наступним поколінням, навіть якщо останні не зазнали подібних труднощів. У періоди війни чи інших катастроф страх повторення минулого може посилювати бажання накопичити їжу понад необхідність. Розлади харчової поведінки можуть бути зумовлені перекрученими особистими переконаннями щодо «правильного» харчування, які формуються під впливом культурних, соціальних і медійних стереотипів.

Особи можуть почати розглядати їжу як загрозу або засіб контролю, що призводить до різноманітних обмежень у споживанні, булімії або ж компульсивного переїдання. В таких випадках базові переконання щодо

безпеки, контролю над життям та тілом можуть провокувати деструктивні моделі поведінки. Отже, дослідження впливу базових переконань на харчову поведінку є важливим для розуміння не тільки індивідуальних аспектів харчування, а й соціокультурних контекстів формування цих моделей. Психологічні, соціальні та культурні фактори взаємодіють між собою, впливаючи на наше сприйняття їжі та її значення в житті, спричиняючи необхідність дослідження та підтримки здорових харчових звичок на різних рівнях.

Війна має глибокі і далекосяжні наслідки для психічного здоров'я людей, що відображаються на різних аспектах життя, зокрема й на харчовій поведінці. Під час конфліктів люди зазнають численних стресових факторів: від фізичного насильства і втрати близьких до дефіциту ресурсів і невизначеності щодо майбутнього.

Ці обставини впливають не лише на індивідуальне психологічне здоров'я, а й на соціальні структури загалом. Хронічний стрес і тривога, викликані війною, провокують емоційні реакції, які багато людей намагаються компенсувати через їжу. Емоційне переїдання стає типовою реакцією на такі стани. Коли стрес посилюється, люди часто звертаються до їжі як до джерела задоволення та комфорту, хоча цей спосіб вирішення емоційних проблем є ненадійним. Це може призводити до неприйняття власного тіла, збільшення маси тіла та виникнення різних розладів харчової поведінки. Дослідження свідчать, що психічний стрес, пов'язаний з війною, здатен змінювати харчові вподобання, спонукаючи людей обирати більш калорійні або шкідливі продукти, котрі миттєво покращують настрій, але водночас мають негативні наслідки для здоров'я. Крім того, стрес знижує здатність ефективно планувати та дотримуватись збалансованого харчування, оскільки прийняття рішень ускладнюється. Ситуація може також призводити до відчуття безвиході, коли ресурси виявляються обмеженими. У таких умовах забезпечення адекватного харчування стає вкрай складним завданням,

що впливає на фізичне здоров'я і, як наслідок, на психологічний стан. Відчуття браку продовольства може додатково посилити тривожність та потребу у емоційному заспокоєнні за допомогою їжі.

Таким чином, війна не лише завдає фізичних руйнувань, а й створює комплексні проблеми, які впливають на психічне здоров'я та харчову поведінку людей. Це формує замкнене коло: стрес провокує зміни у харчуванні, а зміни у харчуванні сприяють ще більшому психічному напруженню. Оскільки подолання наслідків війни вимагає акценту на психічному благополуччі, важливо розірвати це коло і знайти здорові методи управління стресом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- 1 Абсалямова Л. М. Психологічні основи готовності до змін в харчовій поведінці. Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. С. 110.
- 2 Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини : навчально-методичний посібник. Харків : Смугаста типографія, 2017. 181 с.
- 3 Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців : навч. посіб. Київ, 2021. 134 с.
- 4 Антонова З. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки у жінок. Габітус. Серія «Психологія особистості», 2021. Вип. 27. С. 125–130.
- 5 Берген Н. О., Алексеева С. І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал, 2020. № 34 (120). С. 56–68.
- 6 Берген Н. О., Алексеева С. І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. Студентський науковий журнал, 2020. № 34 (120). С. 56–68.
- 7 Бойко Є., Лапіна М. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. Науковий вісник Ужгородського університету, 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
- 8 Брюэртон Т. Д. Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство пищевого поведения: пищевая зависимость как самолечение. Журнал «Женское здоровье» (Larchmt), 2011. Т. 20 (8). С. 1133–1134. doi: 10.1089/jwh.2011.3050.

9 Брюэртон Т. Д. Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство пищевого поведения: пищевая зависимость как самолечение. Журнал «Женское здоровье», 2011. Т. 20 (8). С. 1133–1134.

10 Брюэртон Т. Д. Расстройства пищевого поведения, виктимизация и коморбидность: принципы лечения. В Т. Д. Брюэртон (ред.) Клинический справочник по расстройствам пищевого поведения: комплексный подход. Нью-Йорк : Марсель Декер, 2004. С. 509–545.

11 Брюэртон Т. Д. Расстройства пищевого поведения, травмы и сопутствующие заболевания: сосредоточьтесь на посттравматическом стрессовом расстройстве. *Eat Disord*, 2007. Т. 15 (4). С. 285–304. doi: 10.1080/10640260701454311.

12 Брюэртон Т. Д. Стресс, травма и невзгоды как факторы риска развития расстройств пищевого поведения. В Л. Смолак, М. Левин (ред.) Справочник Wiley по расстройствам пищевого поведения. Нью-Йорк : Гилфорд, 2015. С. 445–460.

13 Брюэртон Т. Д., Дански Б. С., Килпатрик Д. Г., О'Нил П. М. Нервная булимия, посттравматическое стрессовое расстройство и забывание — результаты Национального женского исследования. В Л. М. Уильямс, В. Л. Баньярд (ред.) Травма и память. Дарем : Сейдж, 1999. С. 127–138.

14 Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки : зб. наук. праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. № 1. С. 53–66.

15 Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки : зб. наук. праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. № 1. С. 53–66.

16 Бурлачук Л. Ф., Шебанова В. І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. № 1 (46). С. 53–66.

17 Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки / пер. з англ. Ігор Грицюк; наук. ред. Катерина Явна. Львів : Вид-во Українського католицького університету; Свічадо, 2014. 112 с.

18 Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки / пер. з англ. Ігор Грицюк; наук. ред. Катерина Явна. Львів: Вид-во Українського католицького університету; Свічадо, 2014. 112 с.

19 Вальдамірова О., Ілємкова Г. Дослідження емоційної сфери жінок з порушенням харчової поведінки. Актуальні проблеми психології: Проблеми психології творчості : зб. наук. праць, 2008. С. 211–215.

20 Дански Б. С., Брюэртон Т. Д., О'Нил П. М., Килпатрик Д. Г. Национальное женское исследование: связь виктимизации и посттравматического стрессового расстройства с нервной булимией. Международный журнал расстройств пищевого поведения, 1997. Т. 21. С. 213–228.

21 Деннис А. Б. Брюэртон Т. Д., Сохраняющиеся факторы тяжелой и стойкой нервной анорексии. В книге С. Туиз, П. Хэй, Д. Ле Гранж, Дж. Х. Лейси (ред.) Лечение тяжелой и стойкой нервной анорексии: Справочник клинициста. Нью-Йорк : Рутледж, 2015.

22 Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. № 4. С. 6–7.

23 Капланан Н., Кононенко О. Проблема зайвої ваги як порушення харчової поведінки особистості. Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві : збірник тез

доповідей на Міжнародній науково-практичній конференції, м. Одеса, 5 листопада 2020 р. С. 187–190.

24 Кесслер Р. К., Зоннега А., Бромет Э., Хьюз М., Нельсон С. Б. Посттравматическое стрессовое расстройство в Национальном исследовании коморбидности. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. Т. 52 (12). С. 1048–1060.

25 Ковальчук З. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства : науковий журнал. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2019. Вип. 2. С. 91–98.

26 Леонова Є. Соціально-психологічні типи харчової поведінки. Вісник Удмуртського університету. Серія «Філософія. Психологія. Педагогіка», 2017. № 2. С. 174–181.

27 Лимар Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць, 2018. № 42. С. 93–113.

28 Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ : Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

29 Литвин-Кіндратюк С. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Філософія, соціологія, психологія : зб. наук. праць. Івано-Франківськ : Плай, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

30 Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН

31 Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д.

Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2011. Вип. 11. С. 454–463.

32 Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. Вип. 11. С. 454–463.

33 Митчелл К. С., Маццео С. Е., Шлезингер М. Р., Брюэртон Т. Д., Смит Б. Н. Коморбидность частичного и подпорогового посттравматического стрессового расстройства среди мужчин и женщин с расстройствами пищевого поведения в национальном исследовании коморбидности. *Int J Eat Disord*, 2012. Т. 45 (3). С. 307–315. doi: 10.1002/eat.20965.

34 Михайлова М. А. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. Молодий учений, 2020. № 3 (293). С. 296–298. URL: <https://moluch.ru/archive/293/66390>.

35 Михайлова М. А. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. Молодий учений, 2020. № 3 (293). С. 296–298. URL: <https://moluch.ru/archive/293/66390>.

36 Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч. 2. С. 85–94.

37 Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту ім. І. Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч. 2. С. 86–89.

38 Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Десятий перегляд (МКБ-10). Всесвітня організація охорони здоров'я, 1992. 2174 с.

39 Нижник А. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка», 2013. Вип. 22. С. 136–140.

40 Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozladi-kharchovoyi-povedinki-tse-seryozna-medichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stil-zhittya>.

41 Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-rozladi-kharchovoyi-povedinki-tse-seryozna-medichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stil-zhittya>.

42 Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія «Психологія», 2012. Вип. 44. С. 184–191.

43 Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія, 2012. Вип. 44. С. 184–191.

44 Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. № 1 (122), 2021.

45 Рябова Н. М. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей) : збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф. м. Харків, 31 жовтня 2020 р. ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2020. С. 174–177.

46 SAMHSA. Концепция травмы SAMHSA и рекомендации по подходу, основанному на информации о травмах. (14-4884). Роквилл, Министерство здравоохранения и социальных служб США, 2014.

47 Самойленко І. В. Війна з їжею. Київ, 2020. 208 с.

Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. Акмеологія, 2015. № 3 (55). С. 213–218.

48 Серга Т. О., Білоусенко М. В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки, 2022. № 2 (7). С. 968–979.

49 Серга Т. О., Білоусенко М. В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки, 2022. № 2 (7). С. 968–979.

50 Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії, 2012. Т. 18. № 3. С. 32.

51 Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування, 2010. № 3–4. С. 16–25. URL: <http://www.medved.kiev.ua>.

52 Стюарт Аграс В., Епл Робин Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании: пошаговое пособие по самопомощи / пер. с англ. М. Д. Насими. Київ : Діалектика, 2021. 128 с.

53 Травенко О. С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. Актуальні проблеми психології. Том XI. Вип. 14. С. 205–214.

54 Тротье К., Вандерлих С. А., Монсон К. М., Кросби Р. Д., Олмстед М. П. Исследование посттравматического стрессового расстройства как психологического поддерживающего фактора расстройств пищевого поведения. Int J Eat Disord, 2016. Т. 49 (5). С. 455–457. doi: 10.1002/eat.22516.

55 Фадєєва М. І., Савельєва Л. В. Корекція порушень харчової поведінки у пацієнтів з ожирінням. Ендокринологія: Новини. Думки. Навчання, 2018. № 2 (23). С. 51–59.

56 Фукс К. Нервова анорексія: ти те, що ти (не) їси. Тиждень.ua, 2019. URL: <https://m.tyzhden.ua/publication/238354> (дата звернення: 23.11.2022).

57 Хадсон Дж. И., Хирипи Э., Поуп Х. Г.-мл., Кесслер Р. К. Распространенность и корреляты расстройств пищевого поведения в репликации Национального исследования коморбидности. Биологическая психиатрия, 2007. Т. 61 (3). С. 348–358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

58 Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики. Вінниця : Нова Книга, 2009. с.120.

59 Шальнова С. А. Розповсюдженість тривоги та депресії. Терапевтичний архів, 2014. № 12. С. 119–128.

60 Шебанова В. І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Освіта регіону, 2013. № 3. С. 256.

61 Шебанова В. І. Психологічні умови та технології формування здоров'язберезувальної компетентності щодо харчової поведінки. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 506–530.

62 Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : автореф. дис... докт. психол. наук. Київ, 2017. 40 с.

63 Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки. Практична психологія та соціальна робота, 2014. № 12. С. 1–18.

64 Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології : матеріали V 65. Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (21–22 квітня 2021 року) / уклад. : І.

С. Булах, Н. В. Гузій, Ю. М. Кашпур. Вип. 2. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. С. 156–160.

65 Шебанова В. І. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переедания. Херсон : ПП Вишемирский В. С., 2014. 394 с.

66 Шейко В. М., Кушнарченко Н. М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності : підручник. Київ : Знання-Прес, 2003. 295 с.

67 Brewerton T. D. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on post-traumatic stress disorder. *Eat Disord*, 2007. Vol. 15 (4). pp. 285–304. doi: 10.1080/10640260701454311.

68 Brewerton T. D. Eating disorders, victimization, and comorbidity: treatment principles. In: T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical Handbook of Eating Disorders: A Comprehensive Approach*. New York: Marcel Dekker, 2004. pp. 509–545.

69 Brewerton T. D. Post-traumatic stress disorder and eating disorders: food addiction as self-medication. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 2011. Vol. 20 (8). pp. 1133–1134. doi: 10.1089/jwh.2011.3050.

70 Brewerton T. D. Stress, trauma, and adversity as risk factors for eating disorders. In: L. Smolak, M. Levin (Eds.), *Wiley Handbook of Eating Disorders*. New York: Guilford, 2015. pp. 445–460.

71 Brewerton T. D., Dansky B. S., Kilpatrick D. G., O'Neil P. M. Bulimia nervosa, post-traumatic stress disorder, and forgetting: findings from the National Women's Study. In: L. M. Williams, V. L. Banyard (Eds.), *Trauma and Memory*. Durham: Sage, 1999. pp. 127–138.

72 Brewerton T. D., Dennis A. B. Persistent and severe anorexia nervosa: maintaining factors. In: S. Touyz, P. Hay, D. Le Grange, J. H. Lacey (Eds.), *Treating Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Clinician's Handbook*. New York: Routledge, 2015.

73 Dansky B. S., Brewerton T. D., O'Neil P. M., Kilpatrick D. G. National women's study: the link between victimization, post-traumatic stress disorder, and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1997. Vol. 21. pp. 213–228.

74 Hudson J. I., Hiripi E., Pope H. G. Jr., Kessler R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity replication study. *Biological Psychiatry*, 2007. Vol. 61 (3). pp. 348–358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

75 Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 1995. Vol. 52 (12). pp. 1048–1060.

76 Mitchell K. S., Mazzeo S. E., Schlesinger M. R., Brewerton T. D., Smith B. N. Comorbidity of partial and subthreshold post-traumatic stress disorder among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey. *International Journal of Eating Disorders*, 2012. Vol. 45 (3). pp. 307–315. doi: 10.1002/eat.20965.

77 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. (14-4884). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2014.

78 Trottier K., Vanderlinden J. M., Monson C. M., Crosby R. D., Olmsted M. P. Examining PTSD as a psychological maintenance factor for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2016. Vol. 49 (5). pp. 455–457. doi: 10.1002/eat.22516.

Умовні скорочення:

РХП: розлади харчової поведінки (Eating disorders)

AN: нервова анорексія (Anorexia nervosa)

BN: нервова булімія (Bulimia nervosa)

BED: нападopodobне переїдання (Binge eating disorder)

EDNOS: розлад харчової поведінки, не зазначений інакше (Eating Disorder Not Otherwise Specified) в DSM-IV-TR

UFED: неуточнене порушення харчування (Unspecified feeding or eating disorder)

OSFED: інші зазначені порушення годування або харчування (Other Specified Feeding and Eating Disorder) в DSM-5

ARFID: розлад уникнення/обмеження прийому їжі (Avoidant/restrictive food intake)

## Додаток Б

Ключові діагностичні ознаки основних розладів харчування та харчової поведінки. Таблиця 1

	Нервова анорексія	Нервова булімія	Нервова ереїдання (BED)	Приступоподібне п уникнення/обмеження прийому їжі (ARFID)	Розлад
					Суворе обмеження всіх певних їжі
Харчування	Жорстке обмеження	Жорстке; часті пропуски прийомів їжі з обмеженнями	Нерегулярне, але без особливих обмежень	але	Недостатня вага; або можлива нестача поживних речовин
Вага	Недостатня	Нормальна або надлишкова	Нормальна або надлишкова		
Образ тіла	Надання великого значення; “страх повноти” може бути	Надання великого значення	Надання великого значення, але обов’язково	занадто значення –	Без перебільшень

присутнім  
, але не  
обов'язко  
во

При  
ступі Мо Регулярн Регулярні, без Немає  
переїданн живі і, з компенсації даних  
я компенсацією

Схи  
льність до  
штучного  
очищення При  
організму, сутня як  
голодуван мінімум Регулярн  
ня, одна з і, як  
одержиміс перерахов компенсаторна  
ть аних поведінка  
фізичними моделей  
вправами з поведінки  
метою  
контролю  
ваги

Не регулярні Немає

### Додаток В

Анкета про особливості харчової поведінки:

1. Стать:

- Чоловіча
- Жіноча

2. Вік:

- До 18 років
- 18-24 роки
- 25-34 роки
- 35-44 роки
- 45-54 роки
- 55 років і старше

3. Як часто ви відчуваєте апетит поза основними прийомами їжі?

- Дуже рідко (1-2 рази на тиждень)
- Рідко (3-4 рази на тиждень)
- Помірно (5-6 разів на тиждень)
- Часто (кожен день)
- Дуже часто (більше одного разу на день)

4. Як часто ви споживаєте їжу через емоційний стрес (наприклад, сум, розчарування, нервовість)?

- Дуже рідко (1-2 рази на місяць)
- Рідко (3-4 рази на місяць)
- Помірно (5-6 разів на місяць)
- Часто (кожен тиждень)
- Дуже часто (кілька разів на тиждень)

5. Чи відчуваєте ви вину чи жалю після переїдання або споживання нездорової їжі?

- Ні, ніколи
- Дуже рідко (1-2 рази на місяць)
- Рідко (3-4 рази на місяць)
- Помірно (5-6 разів на місяць)

- Часто (кожен тиждень)
- Дуже часто (кілька разів на тиждень)

6. Якою була ваша вага за останній рік?

- Зменшилася на 5 кг і більше
- Зменшилася на 2-4 кг
- Збільшилася на 2-4 кг
- Збільшилася на 5 кг і більше
- Залишилася приблизно на одному рівні

7. Як ви оцінюєте свій рівень знань про відповідне харчування та здоровий спосіб життя?

- Високий
- Середній
- Низький

*Додаток Г*

## Тест вподобань харчової поведінки (ЕАТ-26)

Тест вподобань харчової поведінки (Eating Attitudes Test, ЕАТ-26) — це скринінговий інструмент, який допоможе вам визначити, чи є у вас підозра на розлад харчової поведінки, яка потребує професійної уваги. Він не призначений для встановлення діагнозу розладу харчової поведінки і не замінює професійну консультацію.

ЕАТ-26 розроблений для оцінки ступеня виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення схуднення, побоювання набору ваги та обмежувальних тенденцій у харчування.

Тепер, щоб пройти тест ЕАТ-26, будь ласка, відповідайте на питання якомога акуратніше, повніше та чесніше. Важливо запам'ятати, що немає правильних або неправильних відповідей - існують лише чесні відповіді, які відображають ваш стан та почуття під час тестування. Прочитайте твердження нижче і в кожній сходинці відмітьте відповідь, яка найбільш відповідає вашим думкам.

Щоб пройти тест, відзначте прапорцем відповідь, а по закінченні прорахуйте суму балів, їм відповідних.

### ТЕСТ НА АНОРЕКСІЮ ТА БУЛІМІЮ: ПІДРАХУНОК І ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ

Мене дуже лякає думка, що я располнею

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я утримуюся від їжі, будучи голодною (голодним)

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я постійно думаю про їжу  
майже всі мої думки про це

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

У мене трапляються напади безконтрольного поглинання їжі, зупинити себе, під час яких, я просто не можу

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я всю свою їжу поділяю на дрібні шматочки

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Мені відомо, скільки калорій в їжі, яку я вживаю

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я особливо намагаюся утримуватися від їжі, яка містить багато вуглеводів (хліб, картопля, рис тощо)

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Мені здається, що оточуючі мене люди хотіли б, щоб я їла (їв) більше

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Після їжі мене рве

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Після їжі в мене з'являється загострене почуття провини

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я стурбована (стурбований) бажанням схуднути

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Займаючись спортом, я уявляю, як спалюю калорії

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Оточуючі вважають, що я занадто худа (худий)

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Мене вкрай турбують думки про жирі, що є в моєму тілі

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я їм набагато повільніше, ніж інші люди

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я старанно утримуюся від їжі, яка містить цукор, від будь-яких  
солодощів

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я їм дієтичні продукти і готую для себе дієтичні страви

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я відчуваю, що «харчові» питання, контролюють моє життя Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я маю хороший самоконтроль у всьому, що пов'язано з їжею Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я відчуваю тиск на себе з боку оточуючих, щоб я їла (їв)

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я витрачаю дуже багато свого часу на питання, які пов'язані з їжею

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Після того, як я з'їм якихось солодоців, я відчуваю певний дискомфорт

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

Я харчуюся з дотриманням дієти

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

24. Відчуття порожнього шлунка мені подобається

Ніколи Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

25. У мене, після того як співаємо, буває імпульсивне бажання вирвати

їжу

Ніколи

Рідко

Іноді Часто

Як правило

Постійно

26. Я отримую задоволення, пробуючи якісь нові страви, смачні страви

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Як правило

Постійно

«ніколи» — 0 балів;

«рідко» — 0 балів;

«іноді» — 0 балів;

«часто» — 1 бал;

«як правило» — 2 бали;

«завжди/постійно» — 3 бали.

Й питання оцінюється інакше:

«завжди» — 0 балів;

«як правило» — 0 балів;

«досить часто» — 0 балів;

«іноді» — 1 бал;

«рідко» — 2 бали;

«ніколи» — 3 бали.

Якщо сумарний бал тесту на анорексію та булімію перевищує 20 балів, існує велика ймовірність наявності розладів у вашому ставленні до прийому їжі. Це може свідчити про можливість анорексії або булімії. Проте важливо зауважити, що тест ЕАТ-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а слугує лише для попередньої оцінки ставлення до прийому їжі. Не варто ставити діагноз виключно на основі цього тесту. Деякі пункти тесту можуть бути специфічними для інших розладів харчової поведінки, наприклад, обмежувального або компульсивного розладів, і тому важливо отримати консультацію лікаря у сфері психічного здоров'я для точного визначення стану та необхідного лікування. Тест може виявити групи ризику, які потребують медичної допомоги, але він не охоплює всі можливі розлади харчової поведінки, що існують сьогодні.

58	2
96,7	3,4
низький показник	пониженній
96,66666667	3,448275862

*Додаток Д*

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) створений для виявлення обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення опитувальника було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та супроводжуваним його ожирінням.

1. Якщо ви набрали вагу, ви їсте менше, ніж зазвичай?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

3. Чи часто ви відмовляєтесь від запропонованої їжі чи напоїв через те, що турбуєтесь про свою вагу?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

4. Чи стежите ви за тим, що саме їсте?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

5. Ви навмисне вживаєте продукти, які сприяють схудненню?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

6. Якщо ви з'їли занадто багато, чи їсте ви менше, ніж зазвичай, наступні дні?»

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

7. Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не погладшати?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

8. Як часто ви намагаєтеся не їсти між прийомами їжі, тому що стежите за своєю вагою?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

9. Як часто ввечері ви намагаєтеся не їсти, тому що стежите за своєю вагою?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

11. Чи є у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

12. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

13. Чи є у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

14. Чи є у вас бажання поїсти, коли вам самотньо?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

15. Чи є у вас бажання їсти, коли вас хтось підводить?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли наближається щось неприємне?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви хвилюєтесь чи напружені?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

19. Чи є у вас бажання їсти, коли справи йдуть проти вас?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

20. Чи є у вас бажання їсти, коли ви налякані?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані чи засмучені?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

23. Чи є у вас бажання їсти, коли вам нудно?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

24. Якщо їжа вам смакує, ви їсте більше, ніж зазвичай?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

25. Якщо їжа добре пахне і виглядає, ви їсте більше, ніж зазвичай?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

26. Якщо ви бачите або відчуваєте запах смачої їжі, чи є у вас бажання це з'їсти?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

27. Якщо у вас є щось смачне, ви їсте це відразу?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

28. Якщо ви проходите повз пекарню, у вас виникає бажання купити щось смачне?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, у вас є бажання купити щось смачне?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи виникає у вас бажання їсти?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

31. Чи можете ви встояти перед смачною їжею?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

32. Ви їсте більше, ніж зазвичай, коли бачите, як інші їдять?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

33. Готуючи їжу, ви схильні щось з'їсти?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Для підрахунку балів за кожною шкалою необхідно скласти значення відповідей за кожним пунктом та потім розділити отриману суму на кількість питань за цією шкалою.

Інструкція. «Перед вами низка питань, які стосуються вашої поведінки, пов'язаної з їжею. Дайте відповідь на них, обравши одну з п'яти можливих відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», поставивши галочку у відповідному стовпчику на бланку тесту».

Перші 10 питань представляти шкалу обмежувальної харчової поведінки, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення чи підтримку бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні.

Наступні 13 питань представляють шкалу емоційної харчової поведінки, при домінуванні якої бажання респондента поїсти виникає як реакція на негативні емоційні стани.

Дев'ять пунктів шкали стосуються конкретних емоційних станів, як-от роздратування, пригніченість (розгубленість), гнів, постійне очікування неприємностей, підвищена тривога (занепокоєння, напруга), постійне відчуття того, що все погано, переляк, розчарування, емоційне потрясіння (розлад), а чотири пункти розкривають вираженість станів зі змішаними емоціями, пов'язаними з великою кількістю вільного часу (немає що робити), самотністю, фрустрацією, нудьгою або, навпаки, сильним збудженням.

Інші 10 питань стосуються екстернального харчової поведінки, в якій стимулом для виникнення бажання поїсти є не справжнє почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, або вид інших людей, які з задоволенням приймають їжу.

Середні показники виділених видів харчової поведінки складають:  
 обмежувальної – 2,4 бала;  
 емоціогенної - 1,8 бала;  
 екстернальної - 2,7 бала.

Якщо за будь-якою зі шкал респонденти набрали кількість балів, більшу за середні значення, можна констатувати наявність відповідних проблем у харчовій поведінці, які можуть не тільки підвищити ризик зростання надлишкової маси тіла, але й спровокувати певні способи розв'язання психологічних проблем.

Ниже 2.4	Нормальна хп	58	96,7
Около 2.4	Схильність до обмежень	1	1,7
Віще 2.4	Обмежувальна хп	1	1,7

*Додаток Е*

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона

Досліджуваним надається інструкція: «Вам надається низка тверджень. Послідовно ознайомтеся з кожним та оцініть їх з погляду частоти прояву щодо вашого життя за допомогою чотирьох пропонованих варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Вибраний варіант обозначте знаком «+».

Я відчуваю себе повністю самотнім	
	Я не здатний розкуто спілкуватися з тими, хто мене оточує
2.	Я відчуваю себе повністю самотнім
3.	Мої соціальні стосунки та зв'язки поверхневі
4.	Я постійно прагну бути в компанії
5.	Насправді ніхто не знає мене, як годиться
6.	Я відчуваю себе ізольованим від інших
7.	Я нещасливий, будучи таким відторгненим
8.	Мені важко заводити друзів
9.	Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими

10.

Люди навколо мене, але не зі мною

Обробка результатів та інтерпретація. Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» множиться на три, «інколи» — на два, «рідко» — на один і «ніколи» — на 0. Отримані результати сумуються. Максимально можливий показник самотності — 60 балів.

Високий рівень самотності показують від 40 до 60 балів,

Середній рівень самотності - від 20 до 40 балів,

Низький рівень самотності - від 0 до 20 балів.

Низький рівень самотності, 1,7%	1	1,7
Середній рівень самотності, 95%	57	95,0
Високий рівень самотності, 3,3%	2	3,3