

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної психології і психологічного консультування

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Особливості психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни
Peculiarities of mental health and adaptation of women during the war

Виконала здобувачка заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія
Антоненко Марина Володимирівна
Керівник професор, доктор
психологічних наук, Кіреєва З.О
Рецензент д.психол.наук, проф.
Асєєва Ю.О.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ 3 від 01.11.2024р.

Завідувач кафедри

З.О.Кіреєва _

(підпис)

(ПШ)

Захищено на засіданні ЕК № _

протокол № _ від ____ 2024 р.

Оцінка _____/_____/_____

(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали)

Голова ЕК

(підпис)

(ПШ)

Одеса – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК АСПЕКТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ	6
1.1. Адаптація і теорії стресу.....	6
1.2. Психічне здоров'я в континуумі "хвороба - здоров'я", резильєнтність як захист від психічних захворювань.....	15
1.3. Типи проблем психічного здоров'я та захворювань.....	25
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ.....	32
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	35
2.1. Особливості психічного здоров'я жінок.....	35
2.2. Етапи і методики вивчення особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час повномасштабного вторгнення.....	40
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....	48
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	51
3.1. Особливості психічного здоров'я і благополуччя жінок під час війни....	51
3.2. Рекомендації щодо розвитку здорових навичок долаття стресу.....	65
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	71
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Війна суперечить людській природі, бо призводить до жертв, руйнувань, а також поширює страх і неспокій серед людей. Народи за своєю природою не схильні до війни, а навпаки, прагнуть уникати її будь-якими способами. Незалежно від причин і мотивів, війни залишаються винятковим випадком для людей. Коли трапляється катастрофа, вона відбувається без попередження і може вплинути на кожну людину та її повсякденне життя кожної людини.

Війна має як безпосередні, так і довгострокові наслідки для психічного здоров'я: люди можуть загинути або отримати поранення від самого насильства, або ж у них можуть виникнути проблеми зі здоров'ям, пов'язані з травматичним досвідом війни та обмеженим доступом до адекватної медичної допомоги. Війна може впливати на людей на будь-якому етапі життя - від немовлят і раннього дитинства до дорослого віку - протягом тривалого часу.

Збройний конфлікт травмує як комбатантів, так і цивільне населення - щодня, а іноді на все життя, навіть через тривалий час після закінчення війни. Численні дослідження психологічного стану психологічного стану біженців, постраждалого від війни населення та колишніх комбатантів показують, що досвід насильства залишає глибокий слід у людській психіці. Люди реагують по-різному, залежно від їхніх особистих якостей, рівнів і типів насильства. Вважається, що психологічний вплив війни може серйозно погіршити якість життя людини і її психологічне здоров'я. Постраждале від війни населення страждає від високого рівня тривожності, депресії та посттравматичних стресових розладів.

В своєму зверненні до 75-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я перша леді України Олена Зеленська наголосила на психічному стресі, який переживають українці через війну в Україні. За даними ООН ситуація з психічним здоров'ям в Україні по різному відображається в регіонах, які постраждали від тривалих конфліктів і війни. Кожна п'ята (22%) людина, яка

пережила війну чи інший конфлікт протягом останніх 10 років, матиме депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренію. Застосовуючи ці оцінки до України, ВООЗ очікує, що приблизно 9,6 мільйонів людей в Україні можуть мати розлад психічного здоров'я. Адаптація до війни розглядає одну з найбільш постійних проблем, з якими стикаються люди: а саме, проблему того, як адаптуватися в складних, жахливих умовах війни та зберегти власне психічне здоров'я. Оскільки психічне здоров'я є важливим аспектом процесу індивідуальної адаптації та розвитку людини, то дослідження особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни є актуальним.

Мета дослідження: теоретичний аналіз і емпіричне вивчення особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни

Завдання дослідження:

- 1) Теоретично проаналізувати феномени адаптації та психічного здоров'я, відмітити роль резильєнтності в збереженні психічного здоров'я
- 2) Вивчити загальний стан функціонування - рівень психологічного благополуччя жінок під час війни
- 3) Вивчити емоційний стан жінок, їх рівень тривожності, депресії і резильєнтності під час війни
- 4) Дослідити особливості емоційного харчування як ознаки придушення негативних емоцій й надати рекомендації щодо розвитку здорових навичок долаття стресу

Об'єкт дослідження: психологічна адаптація до складних ситуацій життя

Предмет дослідження: особливості психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни

Методи дослідження: *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури); *емпіричні:* анкетування; тестування, яке проводилося за короткою формою Контінууму психічного здоров'я - (МНС- SF; Keyes), за допомогою адаптованого варіанту

«Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф» (Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB), за допомогою методики суб'єктивної оцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), за шкалою депресії Бека (BDI), рівень резильєнтності за методикою CD-RISC-10, розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), самооцінка розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0)

Математично-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою Microsoft Office Word (2007) та комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 13.0.).

Дослідження проводилося в онлайн форматі, за допомогою Google форми.

Репрезентативну вибірку склали 74 жінки в віці від 17 до 55 років

Практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть застосовуватися психологами соціально-психологічних служб у діагностичній і психокорекційній роботі з жінками. Узагальнені теоретико-емпіричні результати роботи можуть бути використаними в процесі викладання навчальних курсів «Вікова психологія», «Психологія травми» та вибіркової дисципліні «Психологічні ресурси людини»

Апробація дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на Круглому столі: «Особливості наукової діяльності під час війни» (жовтень 2024). Тема доповіді: «Особливості проживання і адаптації до війни жінками»

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (71 найменування, з них – 60 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи складає 74 сторінки. Робота містить 5 таблиць, 2 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК АСПЕКТУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

1.1. Адаптація і теорії стресу

На думку Р. G.Coleman та А.О'Hanlon[22], успішна адаптація та подолання стресів і змін у житті є основними маркерами психічного та емоційного здоров'я людей. Особливості проживання війни вимагає від людини значних адаптаційних здібностей, оскільки від ступеня адаптації залежить успішність життєздатності.

Організми повинні адаптуватися до викликів середовища забезпечити виживання та репродуктивну придатність. Адаптація включає фізіологічні та поведінкові зміни, які спрямовані насамперед на збільшення доступності енергії, щоб дозволити організму справляється з підвищеними потребами у гострій загрозі. Запаси енергії та інші обмежені ресурси споживаються в процесі переживання стресу[1].

Адаптацією вчені називають — будь-яку зміну, яка може підвищити біологічну придатність людини в певному середовищі; це успішна взаємодія популяції з її середовищем. Адаптація може мати біологічний або культурний характер. Біологічні адаптації різняться за тривалістю: від кількох секунд для рефлексу до життя для акліматизації розвитку. Біологічні зміни, які відбуваються протягом життя людини, також називають функціональними адаптаціями. Який тип адаптації активується, часто залежить від вираженості та тривалості дії стресорів у середовищі. Стресором є все, що порушує гомеостаз, який є «умовою балансу або стабільності в біологічній системі...» (Jurmain та ін.)[цит за 47].

Стресори можуть бути абіотичними (клімат або велика висота), біотичними (хвороба), або соціальними (війна та психологічний стрес).

Культурна адаптація може відбутися в будь-який час і може бути простою або складною.

Взагалі адаптація - це процес зміни відповідно до умов середовища, який може відбуватися на різних рівнях: біологічному, фізіологічному, психологічному, соціальному, соціально-психологічному та соціально-педагогічному. Адаптація - це індивідуальний процес, який базується на вивченні потреб і мотивів людини. Крім того, існує різниця між адаптацією як процесом і адаптованістю як результатом. Існує також кілька видів адаптації: алопластична та аутопластична, а також зовнішня та внутрішня[49].

Психологи в галузі когнітивної психології, психології розвитку, соціальної психології, психології особистості та клінічної психології все більше включають еволюційні концепції адаптації у теоретичні основи та емпіричні дослідження (наприклад, Buss, 1994; Cosmides, 1989; Cosmides & Tooby, 1994; Daly & Wilson. , Wakefield, 1992) . Однак існує велика плутанина щодо того, що означають ці центральні поняття, як їх слід розрізняти та як їх слід застосовувати до психологічних явищ.

Люди розробили широкий спектр адаптаційних стратегій у відповідь на зміни у середовищі, які зробили значний внесок як у біологічне, так і в психологічне розмаїття. Еволюційний набір локально керованих, "висхідних" реакцій на зміни отримав загальну назву "автономна адаптація", тоді як його зворотна сторона, "планова адаптація", відноситься до "низхідних" (ззовні, наприклад, керованих державою) реакцій.

У після Другої світової війни дослідники з різних дисциплін почали більш детально вивчати та аналізувати причини та наслідки стресу. У наукових дослідженнях стресу домінував Hans Selye (1907-82), який ввів поняття "загального адаптаційного синдрому" або "стресового синдрому"[68], який встановив зв'язок між біохімічними і фізіологічними наслідками стресу,

з одного боку, і хворобами, з іншого. На думку Н. Selye існують наступні стадії загального адаптаційного синдрому[68]:

1. Стадія тривожної реакції

Стадія тривожної реакції відноситься до початкових симптомів, які організм відчуває під час стресу. Фізіологічною реакцією на стрес є реакція «бійся або тікай». Ця природна реакція готує до втечі або захисту в небезпечних ситуаціях. Під час переживання небезпечної ситуації серцебиття прискорюється, наднирники вивільняють кортизол (гормон стресу), і людина отримує заряд адреналіну, який збільшує енергію.

2. Стадія резистентності

Після початкового шоку від стресової події та реакції «борись або тікай» організм починає відновлюватися. Він вивільняє меншу кількість кортизолу, і пульс і артеріальний тиск у людини починають нормалізуватися. Хоча тіло вступає в фазу відновлення, воно деякий час ще залишається у стані підвищеної готовності. Якщо ви подолали стрес і ситуація більше не є проблемою, тіло продовжує самовідновлюватися, поки рівень гормонів, частота серцевих скорочень і артеріальний тиск не досягнуть передстресового стану. Деякі стресові ситуації тривають протягом тривалого часу. Якщо людина не впорається зі стресом при якому тіло залишається у стані підвищеної готовності, воно з часом адаптується та навчиться жити з вищим рівнем стресу. На цьому етапі тіло проходить через зміни, намагаючись впоратися зі стресом. До ознак стадії резистентності відносять:

- дратівливість
- розчарування
- погану концентрацію

3. Стадія виснаження

Ця стадія є результатом тривалого або хронічного стресу. Тривала боротьба зі стресом може виснажити фізичні, емоційні та розумові ресурси до

такого рівня, що ваше тіло вже не матиме сил боротися зі стресом. Людині можете здатися або вона може відчувати, що ситуація безнадійна. Ознаки виснаження включають [68]:

- втому
- вигоряння
- депресію
- занепокоєння
- знижену стресостійкість

Фізичні наслідки цієї стадії послаблюють імунну систему та піддають вас ризику захворювань, пов'язаних зі стресом.

На думку Г.Сельє загальний адаптаційний синдром може виникнути при будь-якому типі стресу [68]. Стресові події можуть включати:

- втрату роботи
- медичні проблеми
- фінансові негаразди
- розпад сім'ї
- травму та інш.

Але хоча стрес неприємний, плюсом є те, що загальний адаптаційний синдром покращує те, як тіло реагує на стресори, особливо на стадії тривоги. Реакція «бійся або тікай», яка виникає на етапі тривоги, призначена для вашого захисту. Більш високий рівень гормонів на цьому етапі йде на користь. Це дає більше енергії та покращує вашу концентрацію, щоб ви могли зосередитися та впоратися з ситуацією. Коли стрес є короткочасним, стадія тривоги не шкідлива. Це не стосується тривалого стресу. Чим довше людина бореться зі стресом, тим більше він шкодить її здоров'ю. Людині не бажано залишатися на стадії опору занадто довго і ризикувати увійти в стадію виснаження. Коли вона перебуває на стадії виснаження, тривалий стрес підвищує ризик

хронічного високого кров'яного тиску, інсульту, хвороб серця та депресії. Людина також має вищий ризик інфекцій і раку через слабшу імунну систему.

Через кілька тижнів після травматичної події може розвинутися тривожний розлад, який називається гострим стресовим розладом (ГСР). Його симптоми подібні до тих, що спостерігаються при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), однак цей розлад є тимчасовим і триває від кількох днів до місяця. У деяких людей з цим розладом може розвинутися ПТСР. Симптоми ГСР включають три або більше з наступних:

- відчуття оніміння,
- відчуженості або емоційної нечутливості,
- знижене усвідомлення свого оточення дереалізація, яка виникає, коли твоє оточення здається тобі дивним або нереальним;
- деперсоналізація, яка виникає, коли ваші думки чи емоції здаються несправжніми або такими, що не належать людині;
- дисоціативна амнезія, яка виникає, коли людина не може згадати один або кілька важливих аспектів травматичної події

Процес психологічного стресу розглядають як поєднання трьох основних концептуальних областей: джерел стресу, медіаторів стресу і прояви стресу. Кожен з них включають різноманітні підчастини, які інтенсивно вивчалися в останні роки. Таким чином, пошук джерел стресу, був спрямований значний інтерес до життєвих подій і до хронічних життєвих навантажень.

Стрес розглядають як такий, що виникає внаслідок двох широких обставин: виникнення окремих подій і наявність відносно постійних проблем. Визнання L.Pearlin and M.Lieberman [58], G.Brown and T.Harris[18] того, що події різної якості можуть мати різні наслідки представляє важливий розвиток у дослідженні стресу. Події можуть спричинити несприятливі зміни в житті; ці несприятливі зміни потім посилюють рівень стресу, який відчувають люди,

але особи можуть відрізнятися значною мірою з огляду на те, як на них впливають однакові умови. Імовірно, ці відмінності є результатом способів реагування на життєві події, використання ресурсів та дій.

Треба зазначити, що психологічні пояснення стресу були розроблені в післявоєнні роки, зокрема, завдяки роботі американського психолога Richard Lazarus (1922-2002)[49], присвяченій сприйняттю і оцінці стресу і способам подолання стресу. Стрес традиційно визначається або як подразник, який часто називають стресором, який трапляється з людиною, наприклад лабораторний шок або втрата роботи, або як відповідь, що характеризується фізіологічним збудженням і негативним впливом, особливо тривогою. У своїй книзі 1966 року «Психологічний стрес і процес подолання» (Lazarus, 1966) Р. Лазарус визначив стрес як відносини між людиною та оточенням, які оцінюються як особистісно значущі та такі, що обтяжують або перевищують ресурси для подолання. Це визначення є основою теорії стресу та подолання (Lazarus & Folkman, 1984). Згідно з Р. Лазарусом, стрес є двостороннім процесом; це включає створення стресорів середовищем і реакцію індивіда, що зазнає цих стресорів. Його концепція щодо стресу призвела до теорії когнітивної оцінки. Вчений заявив, що когнітивна оцінка відбувається, коли людина розглядає два основні фактори, які значною мірою сприяють її реакції на стрес. Ці два фактори включають [50]:

- Загрозливу тенденцію стресу для особистості
- Оцінка ресурсів, необхідних для мінімізації, толерантності або викорінення стресора та стресу, який він викликає.

Загалом, когнітивне оцінювання поділяється на два типи або етапи: первинне та вторинне оцінювання.

На етапі первинної оцінки людина, як правило, задає такі запитання, як: «Що означають цей фактор стресу та/або ситуація?» І «Як це може вплинути на мене?» На думку психологів, три типові відповіді на ці запитання:

- "це не важливо"
- "це добре"
- "це стрес"

Після відповідей на ці два запитання друга частина первинної когнітивної оцінки полягає у класифікації того, чи є стресор або ситуація загрозою, викликом. Коли особа сприймає стресор як загрозу, ви сприймаєте це як щось, що завдасть майбутньої шкоди, наприклад невдачу на іспитах або звільнення з роботи. Коли особа дивиться на подію як на виклик, то розвиваєте позитивну реакцію на стрес, тому що чекає, що стресор приведе до вищого класу чи кращої роботи. З іншого боку, сприйняття стресора як «втрати» означає, що шкода вже була пережита [50].

Вторинна оцінка фактично відбувається одночасно з первинною оцінкою. Насправді бувають випадки, коли вторинна оцінка стає причиною первинної оцінки. Вторинні оцінки включають почуття, пов'язані зі стресом або стресом, який він викликає. Висловлювання на кшталт: «Я зможу це зробити, якщо зроблю все можливе», «Я спробую, чи високі мої шанси на успіх чи ні», і «Якщо цей спосіб не вдасться, я завжди можу спробувати інший метод» вказує на позитивну вторинну оцінку. На відміну від них, такі заяви, як: «Я не можу це зробити; Я знаю, що зазнаю невдачі», «Я не буду цього робити, тому що ніхто не вірить, що я зможу» і «Я не буду намагатися, тому що мої шанси низькі» вказують на негативну вторинну оцінку.

Транзакційна модель стресу та подолання Лазаруса та Фолкмана [50] та її розширення, зроблене Wolfers and Schneider [цит за 72] забезпечують корисну теоретичну основу для визначення функцій соціальних мереж у процесі подолання стресу. Згідно з транзакційною моделлю стресу та подолання, люди відчують стрес, коли вимоги, що пред'являються до них (= стресори), перевищують їхні ресурси [50]. Цей дисбаланс символізується гойдалкою, на якій стресори та ресурси протистоять один одному. Модель

передбачає, що люди оцінюють (дис)баланс між ресурсами та факторами стресу під час першої оцінки. Під час другого оцінювання вони оцінюють доступні варіанти подолання. Варіанти подолання включають стратегії подолання та засоби подолання, за допомогою яких реалізуються стратегії подолання [50]. Людина, що переживає стрес може, наприклад, шукати соціальної підтримки як стратегію подолання, використовуючи соціальні мережі як інструмент подолання. Ефективність подолання залежить від відповідності обраної комбінації стресовим обставинам, що призводить до корисних або шкідливих короткострокових (наприклад, стрес) і довгострокових наслідків (наприклад, задоволеність життям) [50]. Коли людина не може контролювати ситуаційні обставини, наприклад, відволікання може бути гарною стратегією для заспокоєння спричинених стресом негативних емоцій, тоді як таке самовідволікання є поганою стратегією подолання, коли можна легко змінити ситуацію, наприклад, шляхом кращого планування.

R. Lazarus підкреслив важливість наративів або прототипових історій як засобу дослідження емоційних реакцій на стрес, закликаючи науковців використовувати "емоційні наративи, щоб зрозуміти, що є стресом для людей, чому і як вони з ним справляються...", наративі це золото - в історіях людей". Його теорія полягала в тому, що емоції відображають долю особистих цілей і що оцінка емоцій та управління стресом, який їх супроводжує, є вирішальними для фізичного, соціального та психологічного благополуччя. Для Лазаруса стрес і подолання були взаємними процесами: коли подолання було ефективним, стрес був контрольованим [49].

Подальші дослідження R.Lazarus та інших вчених показали, що клопоти повсякденного життя, можливо, викликають більший стрес, ніж великі життєві події, і ця точка зору "представляє важливий контрапункт до

поширеного на той час погляду про те, що стрес і копінг - це два різні процеси [49].

Таким чином, однією з ключових ідей, запропонованих Лазарусом і Фолкманом, є визнання того, що стратегії подолання не є універсальними, а відрізняються залежно від природи стресора та індивідуальних відмінностей. Вони визначили два основних типи стратегій подолання: подолання, орієнтоване на проблему, і подолання, зосереджене на емоціях. Подолання, орієнтоване на проблему, включає активне вирішення самого стресора, наприклад пошук інформації або прямі дії для зміни ситуації. З іншого боку, подолання, орієнтоване на емоції, передбачає регулювання емоційної реакції людини на стресор, наприклад пошук соціальної підтримки або застосування технік релаксації. Крім того, Лазарус і Фолкман підкреслили роль ефективності подолання у визначенні психологічних результатів. Вони припустили, що ефективні стратегії подолання ведуть до кращої адаптації та психологічного благополуччя, тоді як неефективні стратегії подолання можуть посилити стрес і призвести до неадаптованих результатів. Це підкреслює важливість розуміння індивідуальних відмінностей у стилях подолання та надання індивідуальних втручань для сприяння адаптивному подолання.

Підсумовуючи, трансакційна модель стресу та подолання Р. Лазаруса та С. Фолкман значно покращила наше розуміння того, як люди сприймають стресові ситуації та реагують на них. Підкреслюючи динамічну природу стресу та важливість когнітивної оцінки та стратегій подолання, їх робота проклала шлях до більш ефективних втручань, спрямованих на управління стресом та сприяння психологічній стійкості.

1.2. Психічне здоров'я в континуумі "хвороба - здоров'я", резильєнтність як захист від психічних захворювань

Психічне здоров'я включає емоційне, психологічне та соціальне благополуччя. Це впливає на те, як людина думає, відчуває та діє. Це також допомагає визначити, як особи справляються зі стресом, ставяться до інших і роблять здоровий вибір. Стрес, депресія та тривога можуть вплинути на психічне здоров'я. Психічне здоров'я важливе на кожному етапі життя, від дитинства та підліткового віку до дорослого життя. Психічне здоров'я впливає на повсякденне життя, стосунки та фізичне здоров'я людини.

ВООЗ визначає психічне здоров'я як стан психічного благополуччя[71], який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізувати свої здібності, добре навчатися і добре працювати, а також робити внесок у суспільство. Психічне здоров'я, за M.Jahoda [38] це стан успішного виконання психологічних функцій, що призводить до продуктивної діяльності, повноцінних стосунків з людьми та здатності адаптуватися до змін і справлятися зі стресом. G. Allport [13] припустив, що психічне здоров'я і хвороба - це не два незалежні конструкти, а скоріше два полюси лінійної послідовності, які продовжують рухатися протягом усього нашого життя. Відповідно до Allport, цілком розвинена і добре функціонуюча особистість виявляє такі риси [13]:

- різноманітність інтересів і прагнення до їх реалізації;
- здатність виконувати повсякденні обов'язки, включаючи самообслуговування;
- зріле розуміння свого внутрішнього та зовнішнього світів.

Згідно з моделлю Олпорта, неспроможність сприймати або демонструвати будь-яку з трьох якостей вказує на відхилення від оптимального функціонування та означає перехід від «здорового» кінця

континууму до його «нездорового». Тобто психічне здоров'я можна описати за допомогою континуальної моделі, яка вивчає людську психіку та психологічні розлади як єдину концепцію (Frisch та ін., 1992). Як частина організаційної психології, континуум допомагає:

- визначити джерела стресу серед співробітників на всіх рівнях
- заохочувати працівників розвивати здорове мислення, яке може допомогти їм подолати страждання
- підтримувати позитивне мислення щодо зростання серед керівників, керівників та інших працівників компанії.
- зрозуміти, як визначити симптоми психічного здоров'я.
- дізнатися, як ефективно справлятися з психологічними кризами та не дозволяти їм загрожувати добробуту.

J. Travis створив континуум "хвороба - здоров'я", маючи намір надихати людей, а не лікувати їх. Він сформулював континуум та інвентаризацію здоров'я з деякими цінними відомостями про те, як модифікація способу життя може призвести до позитивних змін у мисленні та просунути нас до кінця континууму здоров'я. Концепція фокусується на побудові благополуччя через відповідальність, емоційний контроль, глибоке розуміння та уважне, цілісне усвідомлення. Континуум "хвороба - здоров'я" включає три ключові концепції благополуччя:

- 1) здоров'я - це процес; воно завжди рухається вгору і вниз, вправо і вліво. Перехід від однієї парадигми до іншої не означає особистих досягнень чи недоліків; це природний процес, через який ми всі проходимо в певний момент життя.
- 2) наявність хвороби не означає відсутність здоров'я і навпаки. Вони відрізняються за ступенем і не слідуєть принципу "все або нічого".
- 3) у будь-який момент ми маємо потенціал, щоб підштовхнути себе від хвороби до здоров'я [цит. за 65].

Континуум психічного здоров'я описує діапазон станів, двома крайніми точками якого є психічне здоров'я та психічна хвороба. Залежно від внутрішніх і зовнішніх здібностей людини в будь-який момент часу вона може перебувати в одній точці континууму і змінювати положення в міру поліпшення або погіршення її стану. У континуумі психічного здоров'я існують чіткі маркери: точка здоров'я, проблемна точка, точка розладу.

Точка здоров'я. Люди, які знаходяться в цій точці, в цілому задоволені і щасливі у своєму житті. Вони емоційно врівноважені, стабільні та цілеспрямовані.

Проблемна точка. Це середина континууму. Люди, які лежать в цій точці, можуть демонструвати певний дистрес і нездатність впоратися з ситуацією, але здатні виконувати повсякденні життєві функції.

Точка розладу. Люди в цій точці континууму не можуть впоратися зі стресом і демонструють значні зміни в думках, поведінці та діях.

Існують довга та коротка форми континууму психічного здоров'я – це анкети для самооцінки з пунктами, які вказують на поточний рівень психологічного функціонування людини. Предмети в обох версіях класифікуються за трьома шкалами:

- Позитивне емоційне самопочуття
- Психологічне благополуччя
- Соціальне благополуччя

Довга версія складається з 40 пунктів, які оцінюють суб'єктивне самопочуття. Коротка форма є скороченою версією та складається з 14 пунктів загалом (Keyes, 2009)[42]:

Три твердження, що представляють емоційне благополуччя.

Шість вимірів представляє моделі психологічного благополуччя С. Ryff [64].

П'ять представляють модель соціального благополуччя Keyes [41].

Психічна хвороба не означає відсутність психічного здоров'я; натомість це означає, що людина на даний момент перебуває на цьому кінці континууму. У рамках моделі континууму психічного здоров'я Keyes [41] також описує протилежні стани як "томління і процвітання". Дослідження цієї моделі зосереджені на чотирьох фундаментальних аспектах: поширеність процвітання і занепаду у вибірковій популяції; зв'язок туги з вираженою депресією та іншими психічними захворюваннями; взаємозв'язок між процвітанням і щастям, а також те, чи викликає одне з них інше; розуміння психічного здоров'я та психічних розладів серед населення в цілому.

Отже, континуальна концепція психічного здоров'я та психічного захворювання передбачає один вимір від тяжких психічних симптомів до субклінічних, легких або неіснуючих симптомів. Оскільки кожна людина, ймовірно, відчуває симптоми психічного захворювання в певний період свого життя, людину з психічним захворюванням можна розглядати як людину з подібним, але більш серйозним досвідом, таким чином залишаючись «кимось, як ми». Переконавання в континуумі визначають те, як люди сприймають психічну хворобу загалом, вони означають, що чиясь психічна хвороба не є категорично відмінною від нормальної поведінки, але припадає на континуум життєвого досвіду. Протилежним є бінарний погляд на психічне здоров'я або психічне захворювання, коли люди сприймають досвід психічного захворювання принципово відмінним від нормального досвіду та поведінки. Такі категоріальні відмінності на концептуальному рівні тісно пов'язані з процесом стигматизації (Link & Phelan, 2001; Tajfel & Turner, 1979; Turner & Oakes, 1986) [цит. за 51], який починається зі створення груп і маркування їх. Негативні стереотипи пов'язані з ярликами, що призводить до відділення «нас» від «них», втрати статусу та дискримінації (Link & Phelan, 2001) [51]. Отже, психічні захворювання є серйозною проблемою для громадського здоров'я у світі, через їх високу поширеність, ранній вік початку, множинні

рецидиви/хронічний перебіг і частий зв'язок із фізичними умовами та інвалідність. У деяких людей симптоми психічного захворювання спочатку проявляються як фізичні проблеми, такі як болі в животі, болі в спині або безсоння. Загальним терміном для групи захворювань, які можуть включати симптоми, які можуть впливати на мислення, сприйняття, настрої або поведінку людини є психічні розлади. Психічне захворювання може заважати комусь справлятися з роботою, стосунками та іншими вимогами. Ознаки та симптоми психічних захворювань частково залежать від хвороби. Загальні симптоми включають:

- почуття пригніченості на деякий час
- різкі перепади настрою
- відсторонення від сім'ї, друзів або діяльності
- низька енергія або проблеми зі сном
- часто відчувають злість, ворожість або насильство
- відчуття параної, чуття голосів або галюцинації
- часто думають про смерть або самогубство.

Таким чином, розглянуто континуум психічного здоров'я, що описує діапазон станів, двома крайніми точками якого є психічне здоров'я та психічна хвороба. Психічна хвороба не означає відсутність психічного здоров'я; натомість це означає, що людина на даний момент перебуває на цьому кінці континууму.

Як ми зазначали, психічне здоров'я є важливою стороною процесу адаптації та розвитку особистості. Традиційно концепція здоров'я ґрунтується на моделі хвороби і визначається як відсутність болю, розладів або хвороб. Дослідження щодо цього підходу зосереджені на тому, як зменшити або усунути негативні психічні стани, такі як дезадаптація, депресія та суїцидальні думки. Проте поняття здоров'я останнім часом включає не лише відсутність

негативного стану, а й появу позитивного стану [70]. Психічне здоров'я завжди було зосереджено на індивідуальних стилях подолання стресу, вирішення проблем і протистояння негараздам без дезінтеграції, однак психічне здоров'я це більше, ніж відсутність психічних захворювань.

Значну роль у визначенні психічного здоров'я людини відіграє стійкість. Психологічні дослідження, що тривали останні роки продемонстрували, що Стійкість/ Resilience може допомогти впоратися з важкими подіями. Вивчення позитивного психічного здоров'я без згадки про стійкість є не повним. Стійкість часто обговорюється як той аспект психічного здоров'я та подолання, який має першочергове значення для здатності відновлюватися за несприятливих обставин. Згадка про позитивне здоров'я обов'язково має на увазі здатність адаптивно протистояти стресу та долати його. Коли трапляється щось погане, людина відчуває гнів, горе і біль. Але особа може продовжувати, як фізично, так і психологічно. Стійкість допомагає захистити від психічних захворювань, таких як депресія та тривога а також з речами, які підвищують ризик психічних розладів, наприклад, знущання або травми. Якщо у вас психічний розлад, Resilience може допомогти краще з ним впоратися [25],[54],[60],[63].

Слово «стійкість» походить від латинського дієслова *resilire*, що означає «стрибнути назад». Оксфордський словник англійської мови визначає його як «здатність витримувати складні умови або швидко відновлюватися після них». У психології цей термін описує здатність відновлюватися після негативних емоційних переживань і гнучко пристосовуватися до мінливих вимог стресу. досвід (Block & Block, 1980; Block & Kremen, 1996; Lazarus, 1993). Підхід, орієнтований на результат, розглядає стійкість як функцію або поведінковий результат, який може перемогти і допомогти людям оволодіти від труднощів (Harvey & Delfabbro, 2004; Masten, 2001) [цит за 55]. Орієнтований на процес підхід розглядає стійкість як динамічний процес, у якому люди активно

адаптуються до серйозних негараздів і швидко відновлюються після них (Fergus & Zimmerman, 2005; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) Стійкість можна розглядати як рису особистості — позитивну, виразну рису особистості, яка пом'якшує негативні наслідки стресу та мінімізує епізоди депресії [цит за 55]. Стійкість також концептуалізували як процес, який охоплює позитивну адаптацію в контексті негараздів [62]. Стійкість також визнається як компетенція, як здатність справлятися зі значними змінами та брати на себе відповідальність, відновлюючись від труднощів, невизначеності та негативу чи навіть позитивних змін. Це позитивна здатність, яку можна розвивати, яка змінюється з часом [63].

Відомо, що психологічна стійкість/ Resilience, здатність справлятися з негараздами та адаптуватися до стресових життєвих подій, значно варіюється від людини до людини та залежить як від навколишніх, так і від особистих факторів. Це стосується позитивної адаптації або здатності підтримувати психічне та фізичне здоров'я, незважаючи на участь у стресових ситуаціях .

Моделі психологічної стійкості підкреслюють комбінацію фізіологічних, нейроповедінкових і психологічних факторів як значний внесок у захист стійкості. А. Afek, R. Ben-Avraham, A. Davidov, N. Cohen, A. Ben Yehuda, Y Gilboa and M.Nahum [11], встановили, що психологічні фактори, такі як оптимізм, самоефективність, високий інтелект і використання адаптивних стратегій емоційної регуляції, позитивно впливають на стійкість. Крім того, також було задокументовано гендерні відмінності в стійкості та психологічному дистресі, де учасники чоловічої статі зазвичай виявляють більшу психологічну стійкість, ніж жінки, а жінки більш вразливі до психологічного дистресу, ніж чоловіки[11]. Resilience недостатньо ефективна перед лицем труднощів, це може призвести до іншої крайності – психічної хвороби. З цим також пов'язують дефіцит гальмівного контролю, припускаючи, що його зниження через негативну інформацію може посилити

емоційну реактивність і підвищити вразливість до депресії. Порушення здібностей гальмівного контролю, особливо в контексті обробки емоційної інформації, було висунуто гіпотезу як причину упередженості уваги, яка призводить до жуйних реакцій і негативних настроїв під час депресії [21], а також до нездатності пригнічувати тригери травми, пов'язаної з ПТСР. Подібним чином було показано, що психологічний дистрес, звичайний психічний стан емоційного страждання, що характеризується симптомами депресії та тривоги, також пов'язаний із порушенням здатності гальмівного контролю. Іншими словами, неушкоджений гальмівний контроль може сприяти психологічній стійкості та здатності справлятися з труднощами, тоді як порушений гальмівний контроль є потенційним фактором ризику для виникнення або загострення психічних розладів і психічного дистресу.

М. Margalit вважає резильєнтність динамічним процесом, що веде до адаптації в умовах значних труднощів. К.М. Connor і J.R.T. Davidson [25] стверджують, що резильєнтність дозволяє людині витримувати випробування і неприємності. М.В. Fraser [32] визначає резильєнтність як здатність людини відновлюватися після або під час потрясінь. У наукових публікаціях резильєнтність зазвичай ототожнюють із поняттям життєстійкості. У контексті успішного подолання стресів життєстійкість вважається ресурсом, який допомагає підтримувати існуючий рівень функціонування. Взагалі згідно з поглядами С. Хобфолла [46], ресурси є різноманітними засобами та можливостями, які допомагають індивідам адаптуватися до викликів і стресових ситуацій у житті. Вони охоплюють фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, які сприяють збереженню та поліпшенню якості життя, а також досягненню поставлених цілей. Натомість резильєнтність пов'язується зі здатністю перевищувати цей рівень, що проявляється у посттравматичному зростанні. У статті «Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень» українська вчена Г.П. Лазос [4] здійснює

ретроспективний аналіз виникнення та розвитку поняття резильєнтності у закордонних науковців. Вона узагальнює їхні погляди в таблиці, де представлені найпоширеніші визначення, що стали основою для створення концепцій і моделей резильєнтності.

В психології розрізняють наступні види резильєнтності. Фізична, психічна, емоційна і соціальна. Фізична стійкість - це те, що люди можуть певною мірою покращити, обираючи здоровий спосіб життя. Достатня кількість сну, повноцінне харчування та регулярні фізичні вправи - це лише кілька способів зміцнити цей тип життєстійкості. Психічна стійкість - це здатність людини адаптуватися до змін і невизначеності. Люди, які володіють цим типом стійкості, є гнучкими та спокійними під час кризи. Вони використовують ментальну силу, щоб вирішувати проблеми, рухатися вперед і зберігати надію, навіть коли стикаються з невдачами. Емоційна стійкість передбачає здатність регулювати емоції під час стресу. Стійкі люди усвідомлюють свої емоційні реакції і, як правило, перебувають на зв'язку зі своїм внутрішнім життям. Завдяки цьому вони також здатні заспокоювати свій розум і керувати емоціями, коли мають справу з негативним досвідом.

Цей тип стійкості також допомагає людям зберігати почуття оптимізму, коли настають важкі часи. Оскільки вони емоційно стійкі, вони розуміють, що негаразди та складні емоції не триватимуть вічно. Соціальна стійкість, яку також можна назвати стійкістю громади, передбачає здатність груп виходити зі складних ситуацій. Вона передбачає, що люди налагоджують зв'язки з іншими та працюють разом над вирішенням проблем, які впливають на людей як на індивідуальному, так і на колективному рівні. Аспекти соціальної стійкості включають об'єднання після катастроф, соціальну підтримку один одного, усвідомлення ризиків, з якими стикається громада, та формування почуття спільності [61]. Такі заходи можуть бути важливими під час таких

викликів, як стихійні лиха, природні катаклізми, катастрофи та інші надзвичайні ситуації.

➤ Життестійкі люди часто мають низку різних характеристик, які допомагають їм долати життєві труднощі. Ось деякі з ознак життестійкості:

➤ Менталітет того, хто вижив: Коли люди життестійкі, вони вважають себе тими, хто вижив. Вони знають, що навіть коли їм важко, вони можуть продовжувати йти вперед, доки не подолають труднощі.

➤ Ефективна емоційна регуляція: Життестійкість характеризується здатністю керувати емоціями в умовах стресу.² Це не означає, що життестійкі люди не відчують сильних емоцій, таких як гнів, смуток чи страх. Це означає, що вони усвідомлюють, що ці почуття тимчасові і з ними можна впоратися, поки вони не минуть.

➤ Відчуття контролю: Життестійкі люди, як правило, мають сильний внутрішній локус контролю і відчують, що їхні дії можуть відігравати певну роль у визначенні результату подій.

➤ Навички вирішення проблем: Коли виникають проблеми, життестійкі люди дивляться на ситуацію раціонально і намагаються знайти рішення, які змінять ситуацію на краще.

➤ Співчуття до себе: Ще одна ознака життестійкості - самоприйняття і самоспівчуття. Життестійкі люди ставляться до себе з добротою, особливо коли їм важко.

➤ Соціальна підтримка: Наявність міцної мережі людей, які підтримують, є ще однією ознакою життестійкості. Життестійкі люди визнають важливість підтримки і знають, коли потрібно просити про допомогу.

В ОНУ імені І.І.Мечникова резильєнтність вивчають З.О.Кіреєва, О.С.Односталко, С. Л. Чачко, Р. В. Бурденюк. Так, З.О. Кіреєва серед інших психологічних ресурсів (оптимізм, віра та цілепокладання) вивчала ресурс

резильєнтності і адаптувала разом з іншими дослідниками методику CD-RISC-10, розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреевої, О. Односталко, Б. Бірона)[6, с.30]. О. Односталко надала визначення резильєнтності, як вольовому психічному стану, що забезпечує зв'язаність ресурсів у складних ситуаціях життя і сприяє формуванню відповідній особистісної риси, яка сприяє ефективній адаптації і особистісному росту у подальшому житті.

Таким чином, продемонстровано роль резильєнтності у долатті стресу і психічному здоров'ї загалом, надано види резильєнтності і характеристики, що притамані резильєнтній людині

1.3. Типи проблем психічного здоров'я та захворювань

В дослідженнях представлені складні причини психічних захворювань, які можуть включати генетику, хімію мозку, структуру мозку, переживання травми та/або інше захворювання, наприклад хвороба серця.

Стрес і тривога. Зазначимо, що більшість людей відчують стрес і тривогу в якийсь момент свого життя. Переживання психологічного стресу може бути непереборним. Залежно від ступеня тяжкості вони можуть негативно вплинути на якість життя. Зв'язок між стресом і психічним захворюванням складний, але відомо, що стрес може погіршити епізод психічного захворювання. Природно відчувати стрес під час складних ситуацій. Для багатьох людей стрес зменшується з часом, коли ситуація покращується або коли вони вчаться емоційно справлятися з ситуацією. Стрес, як правило, широко поширений під час таких подій, як великі економічні кризи, спалахи хвороб, стихійні лиха, війни та насильство в суспільстві.

Існує тонка грань між стресом і тривогою. Незважаючи на те, що стрес і тривога мають багато однакових емоційних і фізичних симптомів – неспокій, напруга, головні болі, високий кров'яний тиск і втрата сну – вони мають дуже різне походження. Як правило, стрес є реакцією на зовнішню причину. Психологічний стрес не завжди свідчить про наявність психічного розладу. Тривога – це специфічна реакція людини на стрес; її походження внутрішнє. Тривога, як правило, характеризується «постійним почуттям страху» в ситуаціях, які насправді не є загрозливими. На відміну від стресу, тривога зберігається навіть після того, як хвилювання минуло. Стрес є поширеним тригером тривоги, тому важливо вчасно виявити симптоми тривоги, щоб запобігти розвитку тривожного розладу. Люди в стані стресу відчують психічні та фізичні симптоми, такі як дратівливість, гнів, втома, біль у м'язах, проблеми з травленням і проблеми зі сном. Американська психологічна асоціація визначає психологічний дистрес як «набір хворобливих психічних і фізичних симптомів, які пов'язані з нормальними коливаннями настрою більшості людей». Емоційний дистрес — це стан душевного болю, який може включати різноманітні симптоми. Емоційний стрес може бути наслідком проблеми з психічним здоров'ям або певних обставин. Однак у деяких випадках цей дистрес може бути початком розладу психічного здоров'я, наприклад великого депресивного розладу, тривожного розладу або іншого психічного розладу.

Тривога визначається постійними, надмірними хвилюваннями, які не зникають навіть за відсутності стресора. Тривога призводить до майже ідентичного набору симптомів, як і стрес: безсоння, труднощі зосередження, втома, м'язова напруга та дратівливість. У більш серйозних випадках тривога може перерости в тривожний розлад, найпоширенішу проблему для

психічного здоров'я. Тривожні розлади класифікуються різними способами: генералізована тривога, панічний розлад, фобії, соціальна тривога, obsесивно-компульсивний розлад і пост-травматичний стресовий розлад (ПТСР).

В класифікації виокремлюють два найпоширеніші стани психічного здоров'я [2]:

1. Тривожні розлади. Понад 19% дорослих щороку борються з певним типом тривожного розладу, включаючи: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), панічний розлад (панічні атаки), генералізований тривожний розлад і специфічні фобії. Тривожні розлади відрізняються залежно від симптомів і тригерів, усі вони можуть заважати повсякденній діяльності. Розуміння різних типів може допомогти людям розпізнати їхні симптоми. Переглянемо чотири поширені типи тривожних розладів.

Генералізований тривожний розлад. Люди з генералізованим тривожним розладом (ГТР) часто відчують сильну тривогу або занепокоєння протягом місяців, якщо не років. Вони можуть почуватися неспокійними, напруженими або легко втомлюватися. У них також можуть виникнути проблеми з концентрацією, дратівливість, м'язова напруга або проблеми зі сном. Варіанти лікування ГТР включають когнітивну поведінкову терапію, методи релаксації та іноді медикаменти [2].

Панічний розлад. Люди з панічним розладом відчують часті та несподівані напади паніки. Панічні атаки - це раптові, сильні почуття страху або жаху, коли немає безпосередньої небезпеки. Фізичні симптоми можуть включати прискорене серцебиття, біль у грудях або животі та проблеми з диханням, слабкість або запаморочення, пітливість, озноб або оніміння рук. Під час нападу паніки людина відчуває себе відірваною від реальності.

Більшість людей із панічним розладом можуть одужати за допомогою лікування, яке може включати когнітивно-поведінкову терапію, а іноді й ліки.

Розлади, пов'язані з фобією. Фобія - це інтенсивний страх або відраза до певних об'єктів або ситуацій. Цей страх не дорівнює реальній небезпеці, яка може бути викликана ситуацією або об'єктом. Приклади включають агорафобію (боязнь громадських місць) і клаустрофобію (боязнь закритих просторів). Інші поширені фобії включають політ, висоту, певних тварин і голки. Люди з фобією можуть робити все можливе, щоб уникати об'єкта або ситуації, яких вони бояться, і відчувати негайну тривогу, коли стикаються з ними. Підходи до лікування включають форму когнітивно-поведінкової терапії, яка називається експозиційною терапією (яка передбачає поступове вплив на об'єкт або ситуацію, що викликає страх), а іноді й медикаменти [2].

Соціальний тривожний розлад. Люди, які страждають на соціальний тривожний розлад, відчувають інтенсивний страх перед однією або кількома соціальними ситуаціями. Вони можуть відчувати себе дуже сором'язливо або хвилюватися, що їх збентежать або засудять інші. Цей страх може заважати повсякденній діяльності, наприклад похід на роботу, школу чи громадські збори. Варіанти лікування включають терапію та іноді медикаменти. Групи підтримки також можуть допомогти. Більшість людей можуть впоратися зі своїми психічними захворюваннями за допомогою ліків, або /і консультацій [16].

2. Розлади настрою. Розлади настрою характеризуються поширеною дисрегуляцією настрою та психомоторних функцій активності та пов'язаними з нею біоритмічними та когнітивними порушеннями. Розлади настрою, такі як депресія та біполярна депресія, щороку вражають майже 10% дорослих і

характеризуються труднощами в регулюванні настрою. Вчені виокремлюють наступні найпоширеніші типи розладів настрою:

Велика депресія. Зниження інтересу до звичайних занять, відчуття смутку або безнадії та інші симптоми протягом принаймні 2 тижнів можуть означати депресію. Ризик депресії у жінок майже вдвічі вищий, ніж у чоловіків. Якщо у члена сім'ї встановлюється цей діагноз, його братам й сестрам та дітям мають більший шанс поставити такий діагноз [36].

Дистимія. Це триваючий (хронічний), слабо виражений, депресивний або дратівливий настрій, який триває щонайменше 2 роки.

Біполярний розлад. При цьому стані у людини періоди депресії чергуються з періодами манії або підвищеного настрою.

Розлад настрою, пов'язаний з іншим станом здоров'я. Багато станів здоров'я (включаючи рак, травми, інфекції та хронічні захворювання) можуть викликати симптоми депресії. Розлад настрою, спричинений психоактивними речовинами. Симптоми депресії можуть бути викликані зловживанням наркотиками, алкоголем, впливом токсинів або побічними ефектами ліків.

Розлади харчової поведінки. Це можуть бути дуже серйозні стани, що впливають на фізичні, психологічні та соціальні функції. Типи розладів харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію, розлад харчової поведінки, розлад уникнення обмежувального прийому їжі, інші специфічні розлади харчової поведінки, розлад піки та розлад румінації. Хоча різні типи розладів харчової поведінки мають різні симптоми, кожен з них передбачає надмірну зосередженість на питаннях, пов'язаних з їжею і прийомом їжі, а деякі - надмірну зосередженість на вазі[27].

Розлади харчової поведінки не завжди пов'язані з вагою тіла або зовнішністю. У багатьох випадках люди вдаються до надмірного споживання

їжі як до способу повернути контроль над своїм життям. Ці звички з часом можуть призвести до виникнення розладу харчової поведінки. Ось деякі ознаки того, що харчові звички можуть вести до розладу харчової поведінки [35]:

- Часті епізоди переїдання зі збільшенням кількості їжі
- Їсти до відчуття ситості
- Таємно їсти або ховати їжу, щоб з'їсти пізніше
- Почуття сорому або провини під час або після вживання великої кількості їжі.

Розлад харчової поведінки (РХП) часто пов'язаний з поїданням великої кількості їжі швидко, таємно і до дискомфортного насичення, незважаючи на те, що голод не відчувається. Почуття дистресу, такі як сором, відраза або провини, можуть виникати при думці про переїдання, коли людина думає про поведінку, пов'язану з переїданням. Люди з РХП мають симптоми, подібні до симптомів булімії або підтипу анорексії, пов'язаного з переїданням. Це включає в себе вживання великої кількості їжі за відносно короткі проміжки часу і відчуття відсутності контролю під час цих епізодів. Однак люди з РХП не обмежують калорійність їжі і не вдаються до таких способів очищення, як блювота або надмірні фізичні навантаження, після епізоду переїдання. Люди з РХП можуть їсти більше ультраоброблених продуктів, ніж цільних продуктів. Це може збільшити ризик ускладнень, таких як хвороби серця, інсульт та діабет 2 типу [35].

Переїдання передбачає вживання аномально великої кількості їжі, враховуючи контекст, що супроводжується відчуттям втрати контролю і, як правило, пов'язане з емоційним дистресом (Американська психіатрична асоціація, 2013). Початок поведінки, пов'язаної з переїданням, зазвичай

припадає на пізній підлітковий або ранній дорослий вік - важливий період розвитку, який зазвичай пов'язаний з важливими життєвими змінами та підвищеним стресом (Bulik et al., 1997; Goldschmidt et al.). Добре відомо, що негативні емоції, такі як смуток або гнів, є поширеними предикторами емоційного переїдання, і що люди, які вдаються до переїдання, як правило, мають труднощі з регуляцією емоцій (ER; Brockmeyer та ін.; Dingemans та ін.; Eichen та ін.; Lavender та ін.). Gratz та Roemer (2004) визначають емоційну регуляцію як багатовимірний конструкт, що включає усвідомлення, розуміння та прийняття емоцій; здатність контролювати імпульсивні спонукання та брати участь у цілеспрямованій поведінці під час переживання сильних емоцій; а також використання адаптивних стратегій для модуляції інтенсивності та тривалості емоційних реакцій [цит за 35].

Емоційне харчування - це схильність до переїдання у відповідь на негативні емоції. Їжа використовується як спосіб придушення або заспокоєння емоцій, таких як стрес, гнів, страх, смуток, самотність або нудьга.. Важливі життєві події або, частіше, повсякденні клопоти можуть викликати негативні емоції, які призводять до емоційного переїдання. Вважається, що емоційна їжа є наслідком низки факторів, а не однієї причини. Деякі дослідження показують, що дівчата та жінки мають вищий ризик емоційного переїдання, а отже, вищий ризик розладів харчової поведінки.

Таким чином, психічний розлад характеризується клінічно значущим порушенням пізнання, емоційної регуляції або поведінки людини. Зазвичай це пов'язано з дистресом або порушеннями у важливих сферах функціонування. Існує багато різних типів психічних розладів. Психічні розлади також можуть називатися станами психічного здоров'я. Останній термін є ширшим і охоплює психічні розлади, психосоціальні порушення та (інші) психічні стани,

пов'язані зі значним дистресом, порушенням функціонування або ризиком заподіяння собі шкоди

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Зазначено, що адаптація - це процес зміни відповідно до умов середовища, який може відбуватися на різних рівнях: біологічному, фізіологічному, психологічному, соціальному, соціально-психологічному та соціально-педагогічному. Адаптація - це індивідуальний процес, який базується на вивченні потреб і мотивів людини. Крім того, існує різниця між адаптацією як процесом і адаптованістю як результатом. Існує також кілька видів адаптації: алопластична та аутопластична, а також зовнішня та внутрішня.

Надана історія вивчення адаптації, починаючи з Г.Сельє, який ввів поняття "загального адаптаційного синдрому" або "стресового синдрому", який встановив зв'язок між біохімічними і фізіологічними наслідками стресу.

Показано, що процес психологічного стресу розглядають як поєднання трьох основних концептуальних областей: джерел стресу, медіаторів стресу і прояви стресу. Кожен з них включають різноманітні підчастини, які інтенсивно вивчалися в останні роки. Згідно з Р. Лазарусом, стрес є двостороннім процесом; це включає створення стресорів середовищем і реакцію індивіда, що зазнає цих стресорів. Його концепція щодо стресу призвела до теорії когнітивної оцінки. Вчений заявив, що когнітивна оцінка відбувається, коли людина розглядає два основні фактори, які значною мірою сприяють її реакції на стрес. Ці два фактори включають: Загрозливу тенденцію стресу для особистості та оцінку ресурсів, необхідних для мінімізації, толерантності або викорінення стресора та стресу, який він викликає.

Надано визначення психічного здоров'я як стану психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя,

реалізувати свої здібності, добре навчатися і добре працювати, а також робити внесок у суспільство.

Показано, що континуум психічного здоров'я описує діапазон станів, двома крайніми точками якого є психічне здоров'я та психічна хвороба. Залежно від внутрішніх і зовнішніх здібностей людини в будь-який момент часу вона може перебувати в одній точці континууму і змінювати положення в міру поліпшення або погіршення її стану. Континуум психічного здоров'я показує чотири різні стани: відсутність дистресу (здорове функціонування), психічний дистрес (звичайний та оборотний стрес), проблема психічного здоров'я (значне функціональне порушення) та психічне захворювання (важке та стійке функціональне порушення). На кожному рівні доступні ресурси для зміцнення здоров'я та зменшення зривів.

Надано коротку характеристику психологічній стійкості/ Resilience, як здатності справлятися з негараздами та адаптуватися до стресових життєвих подій, значно варіюється від людини до людини та залежить як від навколишніх, так і від особистих факторів. Це стосується позитивної адаптації або здатності підтримувати психічне та фізичне здоров'я, незважаючи на участь у стресових ситуаціях.

Розглянуто види тривожного розладу, включаючи: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), панічний розлад (панічні атаки), генералізований тривожний розлад і специфічні фобії. Тривожні розлади відрізняються залежно від симптомів і тригерів, усі вони можуть заважати повсякденній діяльності. Розуміння різних типів може допомогти людям розпізнати їхні симптоми. Переглянемо чотири поширені типи тривожних розладів.

Розглянуто емоційне харчування як схильність людей, реагувати на стресові, важкі почуття їжею, навіть якщо вони не відчують фізичного голоду. Емоційне харчування або емоційний голод - це часто потяг до висококалорійної або високоуглеводної їжі, яка має мінімальну поживну цінність. Емоційне переїдання може бути пов'язане зі споживанням від

помірної до великої кількості їжі і може бути єдиним симптомом емоційного захворювання, наприклад, депресії, булімії або розладу харчової поведінки, або бути частиною емоційного захворювання. Розлад харчової поведінки це особливе психічне захворювання, яке характеризується повторюваними епізодами компульсивного переїдання, коли хворі люди безконтрольно з'їдають кількість їжі, яка значно перевищує ту, яку більшість людей з'їдає за певний період часу, навіть якщо вони не голодні. Людина з розладом харчової поведінки може їсти набагато швидше, ніж зазвичай, приховувати кількість з'їденого через сором і відчувати огиду до своєї їжі після цього. Люди, які піддаються хронічному, а не миттєвому стресу, ризикують мати хронічно високий рівень кортизолу в організмі, що сприяє розвитку хронічних емоційних харчових патернів.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Особливості психічного здоров'я жінок

Останніми роками особлива увага приділяється до психічного здоров'я жінок. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає психічне здоров'я як «стан благополуччя, в якому кожна людина реалізує свій власний потенціал, може впоратися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати і робити внесок у розвиток своєї громади». Хоча за останнє десятиліття було зроблено багато для підвищення обізнаності про те, що може означати жити з людиною, яка бореться з психічним захворюванням, або підтримувати її, для тих, хто має справу з розладами психічного здоров'я, стигматизація все ще існує, і реальність така, що багато людей все ще не знають, як реагувати, відповідати і пропонувати допомогу.

В літературі перелічуються наступні факти про психічне здоров'я жінок: 47% жінок мають високий ризик розвитку психічних розладів у порівнянні з 36% чоловіків.

25,7% молодих жінок завдавали собі тілесних ушкоджень - це більш ніж удвічі більше, ніж серед молодих чоловіків.

Жінкам майже вдвічі частіше, ніж чоловікам, ставлять діагноз «депресія».

Жінки, які пережили дитячу травму, таку як сексуальне або фізичне насильство, в 3-4 рази частіше стикаються з депресією у дорослому віці.

Жінки, як правило, мають більше супутніх розладів психічного здоров'я. Депресія може супроводжуватися тривогою, агорафобією (відчуттям небезпеки), панічними розладами, соматоформними розладами (симптомами фізичної хвороби або болю, які неможливо повністю діагностувати) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У жінок значно частіше розвивається ПТСР після травматичних подій - принаймні вдвічі частіше, ніж у чоловіків.

Тривожні 80% людей з розладами харчової поведінки - жінки, що має найвищий загальний рівень смертності серед усіх психічних захворювань.

Ці факти свідчать про зростаючу стурбованість щодо тягаря проблем психічного здоров'я, які лягають на життя жінок та їхніх сімей. За даними D. Barlow [16], жінки більш сприйнятливі до стресових подій у дитинстві та підлітковому віці, що пов'язано з сприйняттям того, що їхня поведінка мало впливає на навколишнє середовище і, як наслідок, розвиток песимістичних дезадаптивних патернів оцінки дійсності. Ці фактори, пов'язані з генетично детермінованою біологічною вразливістю до біологічного реагування на зміни в навколишньому середовищі, які пояснюють вищу частоту виникнення цих розладів у жінок.

Попри те, що багато психічних захворювань здаються гендерно нейтральними, жінки часто мають інші ознаки та симптоми, які вимагають іншого лікування та послуг. Наприклад, існують гендерні відмінності у віці початку та симптомах шизофренії. У жінок цей стан часто розвивається пізніше, і вони мають більше галюцинацій та психотичних симптомів, ніж чоловіки. При біполярному розладі жінки схильні до більш швидкого розвитку циклічних форм і відчують більше тривоги, депресії та медичних захворювань, ніж чоловіки. Вони також мають більше шансів бути госпіталізованими під час маніакальної фази. Чоловіки та жінки стикаються з різними проблемами психічного здоров'я. До причин розбіжностей відносять анатомічну будову жіночого мозку, перинатальний стрес, гормони, генетику, епігенетику та психосоціальні стресори, такі як травми, жорстоке поводження з дітьми та домашнє насильство.

Загалом жінки, на думку A.Riecher-Rossler [59] мають вищі показники за настроєм, тривожністю і розладам харчування, а також прикордонні розлади особистості, тоді як чоловіки мають вищі показники розладів вживання психоактивних речовин, асоціальних і шизотипової особистості, контроль імпульсів й поведінки, а також синдроми дефіциту уваги та гіперактивності. K.Scott та S.Collings [65], стверджують, що жінки перевершують чоловіків у

інтерналізованих розладах, таких як депресія та тривога, чоловіки демонструють більше зовнішніх розладів, таких як зловживання психоактивними речовинами та антисоціальна поведінка, які є проблематичними.

Ми знаємо, що традиційно жінки беруть на себе більшу частку догляду за дітьми та літніми членами сім'ї, ніж чоловіки, але коли це починає ставати непосильним, жінки намагаються збалансувати свої обов'язки на робочому місці з тим, що відбувається вдома. Незважаючи на збільшення кількості жінок на керівних посадах, дослідження показують, що 80% осіб, які здійснюють догляд, все ще залишаються жінками. Тягар усіх цих обов'язків значно підвищує рівень їхнього стресу, що впливає не лише на психічне, а й на фізичне здоров'я. У звіті ВООЗ зазначається, що "не абсолютна кількість відпрацьованих годин, а нерівномірність розподілу праці є найважливішим предиктором депресивних симптомів[70].

Найпоширенішими психічними розладами є тривога та депресія, і жінки особливо схильні до таких розладів. Стать відіграє значну роль у розвитку великої депресії, і про це свідчать показники поширеності протягом життя, які досягають 21% у жінок порівняно з 12,7% у чоловіків (Kessler та ін., Alonso та ін.). Незважаючи на те, що діагностичні критерії депресії однакові для обох статей, жінки з депресією частіше відчувають провину, тривогу, більше сплять, в них відбувається збільшення ваги та супутні розлади харчової поведінки.

Щодо біполярних афективних розладів (БАР), різні дослідження вказують на відсутність різниці в захворюваності та поширеності БАР між чоловіками та жінками (F.K Goodwin, S.N. Ghaemi, B.F Grant) [цит за 36], хоча деякі дослідження показують вищу поширеність II типу серед жінок (V.Felitti) [34]. Жінки з біполярним розладом проводять більше симптоматичного часу в депресивному стані порівняно з чоловіками з таким самим діагнозом (Perugi et al., 1990). Роль статі в біполярному розладі не була вивчена такою мірою, як стать при інших хронічних психічних захворюваннях (Leibenluft,; Hendrick та

ін., Blehar та ін., Weissman та ін.), але є деякі особливості біполярного розладу у жінок, які відрізняють їх від інших груп пацієнтів

Деякі дослідники вважають, що жінки такі ж агресивні, як і чоловіки, але висловлюють це інакше: у той час як чоловіки перевершують жінок у прямій агресії, яка протистоїть іншим і завдає фізичної шкоди, жінки є вищими за чоловіків у непрямій або прихованій агресії, яка шкодить стосункам, повазі чи репутації інших. Однак поточний мета-аналіз показує, що пряма агресія є єдиною формою, у якій виникають значні гендерні відмінності (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008).

Гендерні відмінності при шизофренії були описані ще Крепеліном на початку двадцятого століття. З того часу численні дослідження показали, що жінки (загалом) мають кілька відмінностей у порівнянні з чоловіками, щодо різних аспектів розладу. Вчені помітили, що пацієнти чоловічої статі з хронічною шизофренією показали більше когнітивних порушень у таких сферах, як міркуванні та вирішенні проблем й соціальному пізнанні, швидкості обробки інформації та робочої пам'яті, ніж пацієнтки з цим розладом. Вони також мали гірші показники у вербальному та візуальному навчанні ніж жінки. З іншого боку, дослідники в мета-аналізі не виявили жодних гендерних відмінностей щодо різних аспектів соціального пізнання (теорія розуму, соціальна перцепція, соціальне сприйняття, соціальне знання, атрибутивне упередження, емоційне сприйняття та емоції).

Атипова депресія більш поширена серед жінок, що характеризується підвищеним апетитом і збільшенням ваги та гіперсоманією, що вказує на диференціальний розподіл за статтю депресивних підтипів [18] Дослідження показують, що жінки з високим рівнем хронічного стресу схильні до емоційного харчування. Окрім психологічної реакції на стрес, можуть існувати також фізіологічні реакції

Дослідження все частіше виявляють зв'язок між тривожними розладами, депресією та переїданням. Переїдання як відповідь на травму

Одним із найпоширеніших тривожних розладів є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). І цей стан, як і інші типи травм, також пов'язаний з непорядкованою харчовою поведінкою, включаючи вид надмірного вживання їжі, який має місце в епізоді переїдання.¹⁶

Травма та стрес можуть пошкодити шляхи в мозку, порушити деякі неврологічні функції та проявитися як дезадаптивні механізми подолання, включаючи залежність або компульсивну поведінку. Подібним чином ті, хто пережив травму або перебуває в стані постійного стресу, іноді вдаються до речовин, що викликають звикання, або їжі, намагаючись заспокоїтися або впоратися з неприємними відчуттями.

Серед розладів психічного здоров'я депресія також має тісний зв'язок з емоційним харчуванням і рядом розладів харчової поведінки. Дослідження показали, що багато людей із великим депресивним розладом вживають їжу для самозаспокоєння та мають підвищений ризик збільшення ваги та хронічних захворювань. Знову ж таки, продукти з високим вмістом жиру, цукру та вуглеводів можуть зіграти певну роль. Ці продукти можуть допомогти боротися з негативними почуттями, пов'язаними з депресією, викликаючи вивільнення нейромедіатора дофаміну, який пов'язаний з відчуттям задоволення, мотивації та задоволення.²

Їжа також запускає парасимпатичну нервову систему, яка активує реакцію «відпочинок і перетравлення», протилежну «бійся або біжи». Комбінований гормональний приплив і перемикання нервової системи можуть призвести до заспокійливого ефекту, на який хтось може підсвідомо покладатися, щоб допомогти впоратися з депресією.

А люди, які страждають на депресію, також схильні відчувати міжособистісні конфлікти, які також можуть сприяти появі втрати контролю, переїдання та переїдання.

Отже, стрес неодноразово причетний до етіології емоційного переїдання. Більшість досліджень вивчали вплив між людьми, порівнюючи рівні психологічного стресу та фізіологічні реакції на стрес (наприклад, рівні

кортизолу) між жінками з високим і низьким емоційного переїдання. Загалом, підвищена частота та психологічний вплив як основного життєвого стресу (наприклад, смерть батьків/чоловіка), так і гострого щоденного стресу пов'язані зі збільшенням емоційного переїдання (Becker & Grilo). Висновки щодо впливу фізіологічної реакції на стрес між людьми більш неоднозначні. Особи, які зазнають більшого стресу, демонструють підвищений рівень кортизолу (Godoy, Rossignoli, Delfino-Pereira, Garcia-Cairasco, & de Lima Umeoka) [37], що пов'язано з підвищеним гедонічної цінності (Adam & Epel) [15] і споживанням смачної їжі. Однак інші дослідження показують зниження (Larsen, van Ramshorst, van Doornen, & Geenen) [48]; в базальному кортизолі між жінками з переїданням та без.

Таким чином, історично склалося так, що лікування здебільшого ігнорувало гендерні відмінності, хоча жінки з розладами психічного здоров'я мають унікальні проблеми, пов'язані з біологічними особливостями. Жінки часто реагують на ліки інакше, ніж чоловіки, а події жіночого життєвого циклу можуть впливати на те, коли і як проявляються проблеми з психічним здоров'ям. У багатьох звітах констатується, що здоров'я та потреби жінок і чоловіків у сфері охорони здоров'я відрізняються як через відмінності в їхніх організмах, так і через відмінності в їх досвіді.

2.2. Етапи і методики вивчення особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час повномасштабного вторгнення

Дослідження особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни складалося з двох етапів: гіпотетико-дедуктивного та індуктивного. На гіпотетико-дедуктивному етапі аналізувалося актуальність проблеми, формулювалася мета та завдання, а також визначалися предмет і об'єкт дослідження. Цей етап передбачав планування дослідження та організацію методичного забезпечення. На індуктивному етапі визначався контингент

дослідження, здійснювався збір і обробка емпіричних даних, проводилася інтерпретація отриманих результатів та формулювалися загальні висновки.

На першому етапі дослідження в дослідженні взяло участь 74 жінки в віці від 17 до 55 років.

Методи дослідження:

➤ *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури);

➤ *емпіричні*: анкетування; тестування, *U* -критерій Манна Вітні.

Тестування проводилося за короткою формою Континууму психічного здоров'я - (MHC- SF; Keyes), за допомогою адаптованого варіанту «Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф» (Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB), за допомогою методики суб'єктивної оцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), за шкалою депресії Бека (BDI), рівень резильєнтності за методикою CD-RISC-10, розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), самооцінка розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0)

Розглянемо методики коротко. За короткою формою Континууму психічного здоров'я - (MHC- SF; Keyes, 2009) за допомогою самооцінювання визначалися різні стани психічного здоров'я та їх фізіологічні наслідки, а також пропонувати шляхи покращення як одного, так і іншого. Отже, залежно від обставин, в яких перебуває кожна людина, вона може опинитися в одній точці континууму і змінювати позицію в міру покращення або погіршення ситуації. З метою встановлення цієї точки на континіуму було проведено анкетування. За анкетуванням передбачалися наступні відповіді 1 - повністю згоден, 2 - скоріше згоден, 3 - трохи згоден, 4 – нейтрально, 5 - трохи не згоден, 6 - скоріше не згоден, 7 - категорично не згоден. Досліджуваним пропонувалися наступні питання

- Мені подобається більшість рис моєї особистості.

- Коли я дивлюся на історію свого життя, я задоволений тим, як все склалося.
- Деякі люди безцільно блукають по життю, але я не належу до них
- Вимоги повсякденного життя часто пригнічують мене.
- Багато в чому я розчарований своїми досягненнями в житті.
- Підтримувати близькі стосунки для мене було складно і неприємно.
- Я живу одним днем і не думаю про майбутнє.
- Загалом, я відчуваю, що відповідаю за ситуацію, в якій живу.
- Я добре справляюся з повсякденними обов'язками.
- Іноді мені здається, що я зробив усе, що міг зробити в житті.
- Для мене життя - це безперервний процес навчання, змін і зростання.
- Я вважаю, що важливо отримувати новий досвід, який кидає виклик моїм уявленням про себе і світ.
- Люди описали б мене як людину, яка ділиться своїм часом з іншими.
- Я вже давно відмовився від спроб кардинально покращити чи змінити своє життя.
- Я схильний піддаватися впливу людей з сильною думкою.

Додатково жінкам задавалися наступні питання:

Як часто протягом останнього місяця ви відчували наступне за шкалою від одного до п'яти? 1 – щодня, 2 - майже щодня, 3 - 2/3 рази на тиждень, 4- приблизно раз на тиждень, 5 – ніколи.

- Щасливі
- Зацікавлені в житті
- Задоволений життям
- Що ви робите щось важливе для суспільства.
- Що ви належите до спільноти

- Що наше суспільство є хорошим місцем або стає кращим для всіх людей.
- Що люди в основному добрі.
- Те, як працює наше суспільство, має сенс для мене.
- Мені подобається більшість рис моєї особистості.
- Я добре справляюся з обов'язками у своєму повсякденному житті.
- В мене теплі та довірливі стосунки з іншими людьми.
- В мене був досвід, який спонукав мене рости і ставати кращою людиною.
- Впевнено думати і висловлювати власні ідеї та думки.
- Що моє життя має певний напрямок і сенс.

Згідно анкетування за концепцією Keyes (MHC-SF) ми отримали наступне, що жінок можна класифікувати як таких, що мають добре (умовне здоров'я), помірне (наявність дистресу) або слабе психічне здоров'я (травматизація), становив відповідно: **33,7%**, **55,4%**, **10,9%**. Отже ми отримали 3 групи жінок (рис.2.1.).

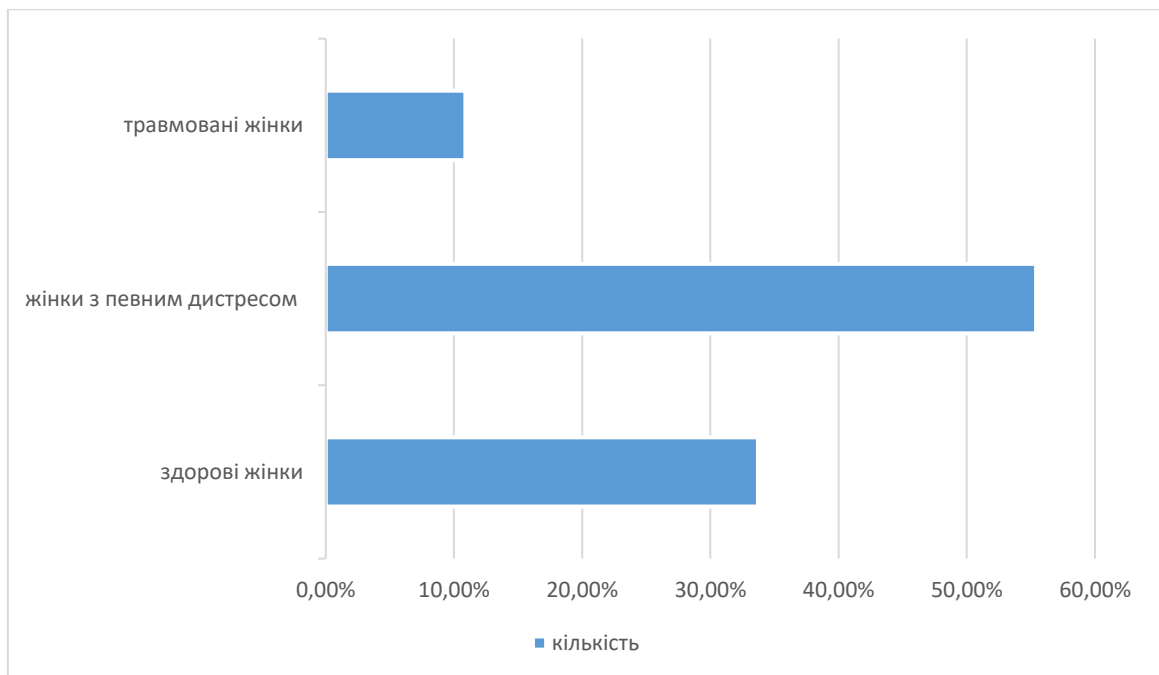


Рис. 2.1. Стан здоров'я жінок за MHC- SF.

Отже, як бачимо з рис.2.1. умовно здорові, жінки 33,7%, що знаходяться у цій точці, як правило, задоволені і щасливі у своєму житті. Вони емоційно зрівноважені, стабільні, справляються зі звичайними життєвими стресами та викликами, які приносить кожен день. Вони здатні робити свій внесок у соціальне життя. Багато людей практикують хороший догляд за собою (наприклад, здоровий режим сну, регулярні фізичні вправи), вони є енергічними і оказують/використовують соціальну підтримку.

Жінки з певним дистресом 55,4% вони нездатні впоратися зі значною подією, наприклад, з важкою втратою, можуть відчувати симптоми дратівливості та смутку; мають проблеми зі сном або низьку енергію, м'язову напругу або головні болі; і вони можуть почати зменшувати свою соціальну активність, але вони здатні виконувати повсякденні життєві функції.

Травмовані жінки 10,9%, вони демонструють дистрес і нездатність справлятися протягом тривалого періоду часу, вони відчують такі емоційні симптоми, як тривога, гнів, смуток або безнадія. Вони можуть відчувати неспокійний сон, втому, біль. Жінки цієї категорії можуть помітити зниження успішності на роботі чи навчанні та почати відмовлятися/ уникати. Їхній стан нелегко полегшити за допомогою типових стратегій подолання труднощів, притаманних людині. Це, в свою чергу, починає впливати на виконання повсякденних життєвих функцій. Оскільки цих жінок було 8, ми їм рекомендували пройти обстеження і отримати психіатричну допомогу.

За методикою можна було визначити жінок в кризі, що не здатні впоратися зі стресом і демонструють значні зміни у своєму мисленні, поведінці та діях. Вони відчують надмірну тривогу, екстремальні емоції та депресивний настрій. Вони можуть не в змозі впасти або заснути, але відчують виснаження і часто схильні до фізичних захворювань. Вони

можуть почати уникати громадських заходів, роботи. Їхні симптоми можуть бути значними і тривалими, що потребує підтримки психіатрів. Четверта група жінок не була визначена.

Далі ми вивчали самооцінювання тривоги, яка може стати проблемою психічного здоров'я, якщо вона впливає на здатність жити повноцінним життям. Ми задали жінкам наступні питання:

- ваше почуття тривоги дуже сильне або триває протягом тривалого часу
- ваші страхи або занепокоєння непропорційні ситуації
- ви уникаєте ситуацій, які можуть викликати у вас тривогу
- ваші тривоги дуже обтяжливі або їх важко контролювати
- ви регулярно відчуваєте симптоми тривоги, які можуть включати панічні атаки
- вам важко жити повсякденним життям або займатися улюбленими справами.

Депресія - це проблема психічного здоров'я, яка включає в себе поганий настрій або втрату інтересу та задоволення від речей. Вона також може спричинити низку інших змін у вашому самопочутті та поведінці. Далі ми вивчали самооцінювання депресії, за наступними питаннями

Таблиця.2.1

Самооцінювання депресії

Як ви відчуваєтеся?	Як ви дієте?
Пригніченим, засмученим або плаксивим	Уникання соціальних заходів та видів діяльності, які тобі зазвичай подобаються
Неспокійним, збудженим або дратівливим	Самоушкодження або суїцидальна поведінка

Винуватим, нікчемним і злим на себе	Труднощі з мовленням, мисленням чи прийняттям рішень
Порожнім і заціпенілим	Втрата інтересу до сексу
Ізольованим і нездатним спілкуватися з іншими людьми	Труднощі із запам'ятовуванням чи концентрацією уваги Вживання більшої кількості тютюну,
Не відчуваєте задоволення від життя чи речей, які вам зазвичай подобаються	Труднощі зі сном або надмірний сон
Злість або розчарування через незначні речі	Відсутність апетиту і втрата ваги, або їсти більше, ніж зазвичай, і набирати вагу
Відчуття нереальності	Фізичні болі без очевидної фізичної причини
Відсутність впевненості у собі та самоповаги	Рухаєтесь дуже повільно або неспокійні та збуджені
Безнадія та відчай	Відчуття постійної втоми

Далі на другому етапі дослідження за допомогою тестування вивчалися:

- психологічне благополуччя за допомогою адаптованого варіанту «Шкал психологічного благополуччя К. Ріфф» (Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB),
- тривожність, за допомогою методики суб'єктивної оцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).
- рівень депресії, за шкалою депресії Бека (BDI) - це опитувальник, що складається з 21 пункту з декількома варіантами відповідей. Респондентів просять оцінити кожен пункт на основі чотирьох варіантів відповідей відповідно до вираженості симптомів, починаючи від відсутності симптому до інтенсивного рівня протягом останнього тижня. Також доступна версія BDI з

13 пунктами. Кожен пункт BDI оцінюється за шкалою від 0 до 3, причому вищі бали вказують на більш виражені депресивні симптоми. Загальний бал виводиться шляхом підсумовування балів за всіма 21 пунктами і може коливатися від 0 до 63. Загалом показники BDI інтерпретуються наступним чином: 1) мінімальна депресія або її відсутність (0-13 балів); 2) легка депресія (14-19 балів); 3) помірна депресія (20-28 балів); 4) тяжка депресія (29-63 бали).

- рівень резильєнтності за методикою CD-RISC-10, розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC K. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона),

- самооцінка розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0)

Опитувальник для обстеження розладів харчової поведінки (EDE-Q) - це 28-пунктовий опитувальник для самозвіту, адаптований з напівструктурованого інтерв'ю "Обстеження розладів харчової поведінки" (Eating Disorder Examination, EDE). Опитувальник призначений для оцінки діапазону, частоти та тяжкості поведінки, пов'язаної з діагнозом розладу харчової поведінки. Опитувальник складається з 4 підшкал (стриманість, занепокоєння щодо їжі, занепокоєння щодо фігури та занепокоєння щодо ваги) та загального глобального балу, де вищий бал вказує на більш проблематичні труднощі з харчуванням. Відомо, що травматичний досвід, проблеми з образом тіла та соціальний тиск можуть сприяти розвитку розладів харчової поведінки. Лікування цих розладів вимагає цілісного підходу, який враховує як фізичні, так і емоційні аспекти стану. Хоча розлади харчової поведінки іноді можуть бути пов'язані із зовнішністю, вони часто є наслідком якоїсь глибокої проблеми, яка спричиняє надмірну поведінку контролю над розміром тіла.

Відомо, що ознаки та симптоми розладу переїдання можуть включати:

- Переїдання їжі на межі задоволення та дискомфорту.

- Швидкий темп харчування.
- Вживання великої кількості їжі, коли не голодні або нещодавно закінчили їжу.
- Прийом їжі у відповідь на емоційний стрес (емоційне харчування).
- Харчування на самоті та таємно та уникнення громадської їжі.
- Приховування їжі від інших, тому що соромитеся того, скільки ви їсте.
- Нав'язливі думки про їжу та специфічні харчові бажання.
- Часті дієти, які можуть спричинити коливання ваги або її відсутність.
- Проблеми провини, каяття, сорому та самооцінки, пов'язані з переїданням

Таким чином, розглянуто особливості психічного здоров'я жінок та етапи і методики вивчення особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час повномасштабного вторгнення

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Констатовано, що історично склалося так, що лікування здебільшого ігнорувало гендерні відмінності, хоча жінки з розладами психічного здоров'я мають унікальні проблеми, пов'язані з біологічними особливостями. Проте у багатьох звітах констатується, що здоров'я та потреби жінок і чоловіків у сфері охорони здоров'я відрізняються як через відмінності в їхніх організмах, так і через відмінності в їх досвіді.

2. Зазначено, що травма та стрес можуть пошкодити шляхи в мозку, порушити деякі неврологічні функції та проявитися як дезадаптивні механізми подолання, включаючи залежність або компульсивну поведінку. Подібним чином ті, хто пережив травму або перебуває в стані постійного стресу, іноді

вдаються до речовин, що викликають звикання, або їжі, намагаючись заспокоїтися або впоратися з неприємними відчуттями.

3. В літературі перелічуються наступні факти про психічне здоров'я жінок: 47% жінок мають високий ризик розвитку психічних розладів у порівнянні з 36% чоловіків, 25,7% молодих жінок завдавали собі тілесних ушкоджень - це більш ніж удвічі більше, ніж серед молодих чоловіків, жінкам майже вдвічі частіше, ніж чоловікам, ставлять діагноз «депресія», жінки, які пережили дитячу травму, таку як сексуальне або фізичне насильство, в 3-4 рази частіше стикаються з депресією у дорослому віці, жінки, як правило, мають більше супутніх розладів психічного здоров'я. Загалом жінки мають вищі показники за настроєм, тривожністю і розладам харчування, а також прикордонні розлади особистості.

4. Показано, що найпоширенішими психічними розладами є тривога та депресія, і жінки особливо схильні до таких розладів.

5. Дослідження особливостей психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни складалося з двох етапів: гіпотетико-дедуктивного та індуктивного. На гіпотетико-дедуктивному етапі аналізувалося актуальність проблеми, формулювалася мета та завдання, а також визначалися предмет і об'єкт дослідження. Цей етап передбачав планування дослідження та організацію методичного забезпечення. На індуктивному етапі визначався контингент дослідження, здійснювався збір і обробка емпіричних даних, проводилася інтерпретація отриманих результатів та формулювалися загальні висновки.

6. В дослідженні взяло участь 74 жінки в віці від 17 до 55 років.

7. В дослідження використовувалися наступні **методи**: *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури); *емпіричні*: анкетування; тестування, *U* -критерій Манна Вітні. Тестування проводилося за короткою формою Континууму психічного

здоров'я - (MHC- SF; Keyes), за допомогою адаптованого варіанту «Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф» (Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB)), за допомогою методики суб'єктивної оцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), за шкалою депресії Бека (BDI), рівень резильєнтності за методикою CD-RISC-10, розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), самооцінка розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0).

8. Згідно анкетування за концепцією Keyes (MHC-SF) ми отримали наступне, що жінок можна класифікувати як таких, що мають добре, помірне або слабе психічне здоров'я, становив **33,7%, 55,4%, 10,9%**. Отже ми отримали 3 групи жінок: 1 група- умовно здорові, жінки 33,7%, 2 група -жінки з певним дистресом й 3 група -травмовані жінки 10,9%, Оскільки цих жінок було 8, ми їм рекомендували пройти обстеження і отримати психіатричну допомогу.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Рівень благополуччя і особливості психічного здоров'я жінок під час війни

Відомо, що психічне благополуччя - ширший термін ніж психічне здоров'я, який охоплює всі аспекти нашого загального позитивного функціонування. Психічне здоров'я стосується переважно здоров'я мозку та емоційної стабільності, тому спочатку ми вивчили загальний стан функціонування а далі вивчили особливості емоційного стану жінок під час війни.

Результати за адаптованим варіантом «Шкали психологічного благополуччя К. Ріфф» (Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB)) дозволяє оцінити благополуччя за такими показниками: Самоприйняття, Позитивні стосунки з іншими, Автономія, Управління оточуючим середовищем, Мета у житті, Особистісне зростання, загальний індекс. результати отримані нами в двох групах жінок представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Шкали психологічного благополуччя у жінок

Показники психологічного благополуччя	Норми	Жінки (Mcp)	
		Здорові	З певним дистресом
Самоприйняття	61+9,08	54+8,01	32,08+8,09
Позитивні стосунки з іншими	65+8,28	59+7,21	32,39+7,75
Автономія	58+7,31	51+6,89	32,37+6,53
Управління оточуючим середовищем	58+7,35	51+6,85	33,12 +6,35
Мета у житті	64+8,19	54+7,19	32,67+6,43

Особистісне зростання	65+6.04	58+5,64	32,68+7,05
Загальний індекс	370+34,68	290+27,15	190+21,32

Дані, наведені у табл. 3.1, показують, що рівень психологічного благополуччя у досліджуваних жінок двох груп майже за всіма показниками Шкал благополуччя Ріфф знаходиться на рівні нижче середньостатистичної норми.

За шкалою Самоприйняття у здорових жінок встановлено знижене позитивне ставлення до себе; визнання та прийняття різних аспектів себе, включаючи хороші та погані якості; позитивні почуття щодо свого минулого. У жінок з певним дистресом є позитивні відчуття щодо свого минулого з акцентуванням на поганих якостях, помірно прийняття різних аспектів себе. Жінки, з певним дистресом зосереджені на негативі, відфільтровуючи позитивні моменти, є несприйнятливими до визнання емоційного або минулого досвіду, це є зрозумілим оскільки жінки переживають досвід війни.

Позитивні стосунки з іншими людьми у здорових жінок є теплими, приємними й довірливими; вони можуть турбуватися про добробут інших; в них є здатність до сильної емпатії, прихильності та близькості; розуміння взаємності у стосунках. Треба зазначити що рівень і кількість стосунків зменшений, ніж до війни за рефлексією досліджуваних жінок. У жінок з певним дистресом є стосунки з іншими, вони помірно турбуються про інших, проявляють емпатію рідко, розуміють взаємність у стосунках.

За шкалою Автономія у умовно здорових жінок визначено нижче середнього рівня незалежність; здатність протистояти соціальному тиску, що змушує думати та діяти певним чином, регулювати поведінку зсередини та оцінювати себе на основі особистих стандартів. У жінок з певним дистресом визначено складнощі у протистоянні соціальному тиску, що змушує думати та

діяти певним чином, регулювати поведінку зсередини та оцінювати себе на основі соціальних стандартів та думки інших.

Здорові жінки за шкалою Оволодіння навколишнім середовищем мають нижче за середній рівень відчуття майстерності та компетентності у своєму середовищі; здатність контролювати складний спектр зовнішніх дій та використовувати можливості; здатність обирати або створювати контексти, які відповідають потребам та цінностям. У жінок з певним дистресом значно знижена здатність контролювати складний спектр зовнішніх дій та використовувати власні можливості; їм складно обирати або створювати контексти, які відповідають потребам та цінностям

Щодо шкали Мета в житті, то у здорових жінок наявні цілі і відчуття напрямку нижче ніж на середньому рівні; наявні переконання щодо завдань для життя, які надають життю сенс. Відчуття того, що теперішнє і минуле життя мають сенс; наявність переконань, які надають життю сенс, а також цілей. У жінок з певним дистресом знижено цілепокладання у відповідності до їх цінностей і інтересів таї до цілі в житті взагалі.

За шкалою особистісне зростання у групі здорових жінок на помірному рівні є нижче за середнє відчуття, що вони зростають і покращують себе і є відкритими до нового досвіду. У жінок з певним дистресом майже відсутнє почуття постійного розвитку та відчуття того, що людина зростає; вони маже не відкриті новому досвіду; і не готові реалізувати свій потенціал.

Встановлено Розбіжності між групами жінок за шкалами психологічного благополуччя К. Ріфф за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,05$.

Таким чином, у умовно здорових жінок ознаки благополуччя представлені на середньо-низькому рівні, у жінок з певним дистресом майже на низькому рівні. Стреси і психологічні травми, яких зазнають жінки під час війни призводять до зниження благополуччя. Емоційна реакція жінок може включати страх, тривогу та біль, оскільки їхнє відчуття небезпеки постійно

посилюється через спогади про минулий досвід. Відчуття неминучої небезпеки призводить до підвищеної пильності, нервозності, розладів сну і нічних кошмарів. Зниження благополуччя, емоційний стрес і психологічні стани можуть впливати на фізичне здоров'я жінок, часто призводячи до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), сексуальної дисфункції, порушення менструального циклу, а також серцево-судинних, респіраторних і травних захворювань.

Біологічно, коли особа відчуває тривогу, то організм активує стресову реакцію, вивільняючи гормони стресу, такі як кортизол та адреналін. Хоча ця реакція на стрес може відігравати важливу роль у забезпеченні безпеки під час реальної небезпеки, вона не дуже добре допомагає пристосуватися до ситуації, що склалася. Отже, людина відчуває стрес і тривогу незалежно від того незалежно від позитивних і негативних обставин. Тривога може мати різні наслідки для здоров'я - від головного болю і безсоння до нудоти і труднощів з концентрацією уваги. Часте відчуття тривоги також може впливати життя у більш прихований спосіб.

Далі ми досліджували рівень тривожності жінок груп: 1. Умовно здорові й 2. жінки з певним дистресом за допомогою методики суб'єктивної оцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Результати відображені в таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Рівень тривожності жінок під час війни

Рівень тривожності	Жінки (Mcp)		U-критерій Манна-Вітні на рівні p
	Здорові	З певним дистресом	
Високий	24	77,5	,01
Середній	76	22,5	
Низький	-	-	

У умовно здорових жінок рівень тривожності знаходиться на середньо - високому рівні 24% і 76% відповідно. У 55,1% жінок з певним дистресом рівень тривожності знаходиться на високому рівні, на середньому у 22, 5% жінок. Низький рівень тривожності не представлений в групах. Ці дані кореспондують з нашим опитуванням(Див. розділ 2). Так 56% здорових жінок і 100 % жінок з певним дистресом зазначили, що їх почуття тривоги дуже сильне або триває протягом тривалого часу. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що їх страхи або занепокоєння пропорційні ситуації. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що стараються уникати ситуацій, які можуть викликати у них тривогу. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що їх тривоги дуже обтяжливі або їх важко контролювати. 24% здорових жінок і 36,7% жінок з певним дистресом зазначили, що регулярно відчують симптоми тривоги, які можуть включати панічні атаки. 24% здорових жінок і 55,1% жінок з певним дистресом зазначили, що їм вам важко жити повсякденним життям або займатися улюбленими справами (таблиця 3.3.). Встановлено розбіжності між групами жінок за тривожністю за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,01$. Більший рівень тривожності представлений у жінок з певним дистресом.

Таблиця 3.3.

Результати опитування щодо тривожності

Рівень тривожності	Жінки , кількість в%	
	Здорові	З певним дистресом
Почуття тривоги дуже сильне або триває протягом тривалого часу	56	100
Страхи або занепокоєння пропорційні ситуації	48	87,7

Стараються уникати ситуацій, які можуть викликати у них тривогу	48	87,7
Тривоги дуже обтяжливі або їх важко контролювати	48	87,7
Регулярно відчують симптоми тривоги, які можуть включати панічні атаки	24	36,7
Важко жити повсякденним життям або займатися улюбленими справами	24	55,1

Таким чином, у жінок з певним дистресом виражено постійне занепокоєння, негативне мислення та очікування найгіршого. Жінки з певним дистресом дивяться на світ таким чином, що він здається більш загрозливим. Вони переоцінюють ймовірність того, що все обернеться погано й відразу переходять до найгірших сценаріїв або сприймають кожну тривожну думку як факт. Ці жінки знижують власну здатність справлятися з життєвими проблемами, припускаючи, що «розвалиться на частини» при перших же ознаках неприємностей. Частково ці ірраціональні, песимістичні установки можна віднести до когнітивних викривлень.

Підвищений рівень тривожності, що ми спостерігаємо у жінок з певним дистресом і здорових жінок пов'язаний з переживаннями, пов'язаними з війною, численими повітряними тривогами, страхами за життя дітей і власне життя.

Депресія - одна з найпоширеніших проблем психічного здоров'я серед жінок. Симптоми депресії включають різноманітні емоційні, когнітивні та фізичні прояви, характерні для депресивних розладів. Найпоширеніші прояви включають постійний смуток, втрату інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення, зміни апетиту і ваги, порушення сну, втому, відчуття непотрібності або провини, труднощі з концентрацією уваги,

думки про смерть або самогубство. Ці симптоми можуть проявлятися з різним ступенем вираженості, а їхня тривалість може коливатися від кількох тижнів до років. Ці симптоми можуть суттєво впливати на повсякденне життя людини, її стосунки та загальне самопочуття. Депресивні симптоми охоплюють широкий спектр переживань, і їх прояв може відрізнятися від людини до людини. Процес оцінки вимагає багатовимірного підходу, який враховує різні фактори: клінічну оцінку, історію хвороби, психосоціальні фактори, нейробіологічні механізми, оцінку ризику самоушкодження або суїциду, а також коморбідні стани. Для точної діагностики депресивних розладів медичні працівники зазвичай використовують структуровані оцінки, такі як критерії Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів. Крім того, вони можуть використовувати стандартизовані опитувальники, такі як опитувальник депресії Бека (BDI), для оцінки вираженості симптомів та моніторингу прогресу в часі. Отже, наступним шагом в дослідженні було визначення рівня депресії у двох групах жінок.

Таблиця 3.4

Рівень депресії жінок під час війни

Рівень депресії, вираженість депресивних симптомів	Жінки, кількість в % (Mcp)		U-критерій Манна- Вітні рівень p
	Здорові	З певним дистресом	
Високий(помірні)	-	24,4	,07
Середній(легкі)	56	65,4	
Низький (мінімальна)	44	10,2	

У більшості умовно здорових жінок (56%) рівень депресії знаходиться на середньому рівні. У 65,4% жінок з певним дистресом рівень депресії знаходиться на середньому - помірному рівні, і у 24,4% на високому рівні. Ці

жінки з помірним рівнем депресії потребують уваги, оскільки їх стан може ускладнитися. Низький рівень депресії представлений відповідно до груп у 44% і 10,2%. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем депресії за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,07$. Більший рівень депресії представлений у жінок з певним дистресом.

Життестійкість/ резильєнтність - це здатність людей позитивно адаптуватися в умовах травми. Однак багато факторів впливають на резильєнтність протягом життя. Результати резильєнтності жінок двох груп представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Рівень резильєнтності жінок під час війни

Рівень резильєнтності	Жінки, кількість в %		U-критерій Манна-Вітні рівень p
	Здорові	З певним дистресом	
Високий	28	24,4	,05
Середній	72	65,4	
Низький	-	10,2	

Як ми бачимо з таблиці 3.5 у 72% здорових жінок представлений середній - рівень резильєнтності, у 65,4% жінок з певним дистресом середній рівень резильєнтності, а у 10,2% -низький. Шкала резильєнтності вимірює її як позитивну особистісну характеристику, що покращує індивідуальну адаптацію, реалістично оцінювати свої можливості та ефективно вирішувати проблеми. У жінок, що мають високий рівень резильєнтності (28% умовно здорових и 24,4% жінок з певним дистресом) представлені наполегливість, впевненість у собі, осмисленість, незалежність, рішучість, і прийняття себе і життя, що сприяє адаптивності. Проте їх рівень благополуччя не є навіть середнім, тому вважаємо, що у деяких жінок рівень резильєнтності є дещо завищеним. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем

резильєнтності за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,05$. Більш резильєнтними є здорові жінки.

Емоційне харчування – це використання їжі як способу впоратися з почуттями замість того, щоб втамувати голод. Жінки часто звертаються до їжі, коли відчують стрес, самотність, сум, тривогу або нудьгу. Невеликі щоденні стреси можуть змусити когось шукати розраду або відволіктися в їжі.

Відомо, що реакція на стрес призводить до анорексії і, якщо стрес досить стійкий, до втрати ваги. Ця давня думка полягає в тому, що стрес викликає збудження, яке призводить до зменшення, а не збільшення прийомів їжі. Однак нещодавно з'явилися неконгруентні парадигми фізіології стресу (Sapolsky, Romero, & Munck, 2000), і з'ясувалося, що деякі тварини і люди демонструють протилежну реакцію на стресори.

Відомо, що кортизол бере участь у регуляції апетиту (Wolkowitz, Epel, & Rues, 2001) та енергетичному балансі за рахунок збільшення доступної енергії через гліюконеогенез і ліполіз (Epel, Lapidus, McEwen, & Brownell, 2001). У тварин, введення гліюкортикоїдів (Bray, 1985) і заміна кортикостерону (Castonguay, 1991) призвели до гіперфагії та збільшення ваги. Кортикостерон також збільшив споживання жиру у щурів (Castonguay, 1991). Даллман і його колеги нещодавно описали «мережу хронічної реакції на стрес» у щурів, засновану на більшому споживанні сахарози після введення гліюкортикоїдів, більшому, що призводить до збільшення абдомінальних жирових відкладень. Вчені припустили, що переїдання «комфортної їжі» у людей може стимулюватися кортизолом у відповідь на стрес, що може спричинити абдомінальне ожиріння (Dallman, Pecoraro, Akana, La Fleur, Гомес і Хушіар, 2003). Спостерігається перебільшена реакція кортизолу на стрес у жінок. Так, хоча різке підвищення кортизолу відіграє захисну дію роль під час стресу, стійко підвищений рівень сприяє резистентності до інсуліну та абдомінальному ожирінню (Bjorntorp & Rosmond, 2000; Jayo, Shively, Kaplan, & Manuck, 1993). Більшість досліджень показали, що хронічний стрес надмірно активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову (НРА) вісь і

підживлює вивільнення інсуліну, у свою чергу активізуючи зберігання абдомінального жиру (Dallman, Akana, Strack, Hanson і Sebastian, 1995). Є вагомі докази того, що особи переїдають у відповідь на стрес (Wallis & Netherington, 2004).

Оскільки в наукових дослідженнях продемонстровано, що певна форма тривожного розладу кореспондує з розладом харчової поведінки, оскільки обидва стани можуть виникати через порушення регуляції рівня серотоніну, гормону, який відіграє важливу роль у відчутті щастя та ситості. А також встановлена взаємодія між високим рівнем тривожності та стресу передбачила підвищення рівня схильності до переїдання, то ми вивчили самооцінку розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0) у жінок двох груп, а також досліджуваним жінкам було запропоновано наступні питання

1. Чи завжди я турбуюся про свою вагу чи імідж?
2. Чи звучить страшно набрати вагу?
3. Як часто я відстежую свої калорії?
4. Чи вважаю я, що роблю наполегливі вправи?
6. Ви відчуваєте сум або провину після їжі?
7. Чи висловлювали люди занепокоєння з приводу ваших стосунків із їжею?
8. Чи відчуваєте ви, що їжа домінує у вашому житті?

Оскільки на більшість питань було отримано позитивну відповідь, то далі ми використали питання з опитувальнику (EDE-Q 6.0) - опроснику самооцінки розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0). Відомо, що відповіді на 22 пункти оцінюються за семибальною шкалою від 0 (ніколи) до 6 (завжди), причому вищі бали відображають більшу вираженість симптомів. Решта шість пунктів, що стосуються частоти зміни ваги, форми та використання методів очищення протягом останніх 28 днів, вимагають відкритих числових відповідей, використовуються в діагностичних цілях і, як правило, виключаються з факторного аналізу. Чотири бали (для підшкал і загального

балу) вказують на ризик клінічного розладу харчової поведінки як для чоловіків, так і для жінок. Результати дослідження відображено у таблиці 3.6

Таблиця 3.6

Результати за самооцінкою розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0)

Питання	Здорові М	З певним дистресом, М
Ви свідомо намагалися обмежити кількість їжі, яку ви споживаєте, щоб вплинути на вашу форму чи вагу (чи то чи тобі не вдалося)?	1,27	2,45
Чи можете ви протягом тривалого періоду часу (8 годин неспанья або більше) взагалі нічого не їсти	1,45	2,34
Їжте занадто швидко, щоб помітити, скільки ви їсте або які відчуття	1,37	1,84
Чи є в вас роздуми про форму чи вагу які не дають вам зосередитися на тому, що вас цікавить (наприклад, робота, стеження за розмовою чи читання)?	0,81	2,2
Чи є в вас прийом їжі у відповідь на емоційний стрес (емоційне харчування).	1,43	1,76
За останні 28 днів, скільки днів ви їли таємно (тобто крадькома)?	0,86	3,24
Чи маєте ви нав'язливі думки про їжу та специфічні харчові бажання	1,04	2,81
Чи намагалися ви дотримуватися певних правил щодо свого харчування (наприклад, обмеження калорій), щоб вплинути на вашу форму або вагу (незалежно від того, чи вдалося вам це зробити)?	0,81	2,12

Чи відчували ви себе винними (відчували, що зробили неправильно) через переїдання, яке вплинуло на вашу форму або вагу	0,37	2,75
Чи вплинула ваша вага на ваше самоусвідомлення?	1,06	2,84
Наскільки ви незадоволені своєю вагою?	0,79	2,54
Наскільки незручно ви відчували себе, дивлячись на своє тіло (наприклад, побачити свою фігуру в дзеркалі, у вітрині магазину, під час роздягання або прийняття ванни чи душа)	0,81	3,23
Наскільки некомфортно ви відчували себе, коли інші бачили вас форму або фігуру (наприклад, у спільних роздягальнях, під час купання, або в тісному одязі)?	1,95	2,79

В двох групах жінок у умовно здорових жінок і жінок з певним дистресом за опитувальником EDE-Q існують певні відмінності в психопатології ознак розладів харчової поведінки. Встановлено, що за 3 шкалами (стриманість, занепокоєння щодо їжі, занепокоєння до ваги і за глобальним показником) за U-критерієм Манна - Вітні між групами встановлено розбіжності на рівні $p < ,03 - ,05$. Відповідно до опитування ми отримали наступне (таблиця 3.7.)

Таблиця 3.7

Результати за шкалами опитувальника EDE-Q між жінками

Рівень резильєнтності	Жінки, кількість в %		U-критерій Манна- Вітні, p
	Здорові	З певним дистресом	
Стриманість	24	36,7	,05
Занепокоєння щодо їжі	56	87,7	,05

Занепокоєння щодо ваги	24	87,7	,03
Загальний бал	48	77,5	,05

Отже, 24 % групи Здорових жінок мають Стриманість, 56 % - занепокоєнні їжею, 24 % занепокоєння про занепокоєння вагою. 36,7% групи жінок з певним дистресом мають Стриманість (обмеження в харчуванні), 87,7% - занепокоєнні їжею, 87,7% занепокоєння вагою.

Як бачимо, жінки з певним дистресом мали вищі рівні обмежень у харчуванні(стриманість), вони встановлюють для себе численні, вимогливі та дуже специфічні дієтичні правила, щоб обмежити те, що вони їдять. Обмеження в харчуванні - це термін, який використовується для опису спроби обмежити те, що людина їсть. Дослідження підтверджують зв'язок між дієтичними обмеженнями (тобто спробами обмежити харчування) та втратою контролю над їжею серед людей з розладами харчової поведінки (РХП). У той час як умовно здорові жінки дотримуються помірних і гнучких дієтичних обмежень, щоб контролювати свою вагу і харчування. Проте жінки з певним дистресом самостійно встановлюють для себе екстремальні і жорсткі дієтичні правила, що в свою чергу веде до занепокоєння щодо їжі, занепокоєння щодо ваги, занепокоєння щодо образу фігури, переїдання, вживання таблеток та чаїв для схуднення.

Жінки з певним дистресом мають ознаки емоційного харчування, яке як відомо, не вирішує емоційних проблем проте веде до розладів харчової поведінки і до психічного нездоров'я. Насправді, емоційне харчування зазвичай погіршує самопочуття. Згодом не тільки залишається початкова емоційна проблема, але й з'являється почуття провини за переїдання. Про регулярне виникнення об'єктивних та суб'єктивних епізодів переїдання повідомили 24% та 55,1% жінок відповідно до групи здорових і з певним стресом. Жінки з певним стресом використовують їжу частіше ніж здорові жінки як засіб підбадьоритися, коли відчувають стрес, засмученість, злість,

самотність, виснаженість або нудьгу. Вони втамовують емоційний голод їжею. Потім після переїдання вони відчують себе гірше, ніж раніше, через непотрібні калорії, які спожили. Проблема ускладнюється тим, вони не вчаться здоровому способу справлятися зі своїми емоціями. Перш ніж вирватися з кола емоційного переїдання, потрібно навчитися розрізняти емоційний і фізичний голод.

Умовно здорові жінки повідомили про нижчі показники занепокоєння фігурою та занепокоєння вагою. Негативні погляди жінок з певним дистресом щодо їх фігури можуть мати вплив як на фізичне, так і на психічне здоров'я. Відомо, що існує чотири аспекти образу тіла. Вони включають в себе наступні:

Перцептивний: це те, що людина бачить в образі свого тіла, проте сприйняття не завжди є реальністю.

Афективний: Це те, як людина ставиться до свого образу тіла.

Когнітивний: Це те, як людина думає про своє тіло. Постійна критика і заклопотаність думки, як правило, виникають через цей аспект образу тіла.

Поведінковий: це те, як людина поводить себе стосовно свого образу тіла.

Жінки з певним дистресом статистично менше приймають своє тіло (U-критерій Манна-Вітні, $p < ,09$). Але жінок двох груп не можна віднести до Бодіпозитивних, оскільки: вони мають безумовну любов до свого тіла, незалежно від того, як вони виглядають чи відчуваються. Комфорт і впевненість у собі є ключовими стовпами. Скоріше умовно здорових жінок можна віднести до так званого тілесного нейтралітету, які не перебільшують позитивність, але й не зосереджуються на засудженні свого тіла. Незадоволеність тілом - або негативним образом тіла - включає негативні думки і почуття, пов'язані з образом тіла. Найчастіше ця незадоволеність є викривленим уявленням про те, як ви насправді відчуваєтеся чи виглядаєте. Загалом, жінки, з певним дистресом мають негативний образ тіла більше, ніж умовно здорові жінки. Вважаємо, що ці ознаки розладу харчової поведінки були пов'язані з підвищеним рівнем психологічного дистресу. У жінок з певним дистресом занепокоєння щодо харчування, занепокоєння щодо ваги,

занепокоєння щодо фігури, обмеження в харчуванні може свідчити про психологічний дистрес у багатофакторній моделі і про ознаки психічного нездоров'я.

Таким чином, емпірично встановлені особливості психічного здоров'я і адаптації жінок під час війни. Зазначено, що умовно здорові жінки статистично відрізняються від жінок з певним дистресом за рівнем благополуччя, тривожності, депресії, резильєнтності. Жінки з певним дистресом використовують емоційне переїдання для налагодження свого емоційного стану і психічного здоров'я. Рекомендовано усвідомити свій стан жінкам з певним дистресом, використовувати КПТ, збільшувати рівень резильєнтності й досягнути здорові навички додання стресу.

3.2. Рекомендації щодо розвитку здорових навичок додання стресу

Травматичний досвід, проблеми з образом тіла та соціальний тиск можуть сприяти розвитку розладів харчової поведінки. Лікування цих розладів вимагає цілісного підходу, який враховує як фізичні, так і емоційні аспекти стану. Хоча розлади харчової поведінки іноді можуть бути пов'язані із зовнішністю, вони часто є наслідком якоїсь глибшої проблеми, яка спричиняє надмірну поведінку контролю над розміром тіла.

Розлади харчової поведінки - це складні психічні розлади, що виникають внаслідок поєднання ряду причин, включаючи генетичну схильність і сімейний анамнез, психологічні та біологічні фактори, а також зовнішні травми або стреси.

Відомо, що серед факторів, що підвищують ризик розвитку розладів харчової поведінки, є такі несприятливі події, як дитяча травма (наприклад, жорстоке поводження, нехтування), сексуальне насильство, травми, пов'язані з війною, та булінг. Крім того, вплив множинних або повторних травм або негативного досвіду пов'язаний з кумулятивним ризиком негативних наслідків

для здоров'я [17]. Однак індивідуальні відмінності у реакції на життєві стресори можуть бути суттєвими. У зв'язку з цим цікавою концепцією є резильєнтність, що являє собою багатовимірний конструкт, який позначає здатність підтримувати відносно нормальне функціонування, незважаючи на вплив значних несприятливих факторів або травм []. Життєстійкі/резильєнтні люди часто демонструють підвищену гнучкість і здатність справлятися з життєвими труднощами, а також мають доступні захисні ресурси, яких вразливим особам частіше бракує. На додаток до життєстійкості, регуляція емоцій є багатовимірним поняттям, яке відіграє важливу роль у розладах харчової поведінки. Таким чином, ефективна регуляція емоцій є ще одним захисним ресурсом, пов'язаним з іншими факторами, що охоплюються поняттям резильєнтності.

Оскільки ми визначили, що у жінок групи з певним дистресом є низка симптомів, пов'язаних зі стресом, зокрема підвищена тривожність, ознаки депресії, зниження психологічного благополуччя, порушення сну, розлади харчової поведінки, дратівливість і перепади настрою, то ми запропонували напрями терапії і окремі вправи, щодо збільшення резильєнтності, що є життєво важливим для надання своєчасної підтримки та втручання.

1. Використання КПТ - терапії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - це ідеальний підхід для старших підлітків і дорослих, які борються з розладами харчової поведінки. Цей доказовий підхід є потужним та ефективним методом лікування нервової анорексії, нервової булімії, розладів харчової поведінки та інших специфічних розладів харчової поведінки (OSFED). Сесії КПТ-КП обмежені в часі, структуровані та цілеспрямовані. Відомо, що когнітивно - поведінкова терапія (КПТ) допомагає у виявленні думок та змінненні негативної або шкідливої поведінки, засвоєну в минулому. КПТ є корисною для людей з різними психічними розладами. КПТ має на меті допомогти визначити та дослідити, як емоції та думки можуть впливають на дії. Усвідомлення патернів, веде до навчання змінення поведінки і розвитку нових стратегій подолання проблем. КПТ спрямована на те, що відбувається

тут і зараз, і менше фокусується на минулому. До відомих методів в КПТ відносять:

а) Когнітивну реструктуризацію, що є основним компонентом КПТ при тривозі. Вона включає в себе виявлення та подолання некорисних або викривлених шаблонів мислення, які сприяють виникненню тривоги. Ось як це працює: треба визначити некорисні думки: Почніть з розпізнавання та позначення або запису ваших тривожних думок. Наприклад, якщо ви хвилюєтеся перед презентацією, ви можете думати: "Я все зіпсую, і всі подумають, що я некомпетентний". Як тільки ви усвідомлюєте цю думку, ви можете позначити її як "хвилювання" або просто "думка".

б) Вивчення доказів і їх корисність: Подумайте про докази, що підтверджують ваші негативні думки. Чи засновані ваші страхи на реальності? Чи можете ви згадати випадки, коли це було не так? Подумайте, як ця думка може впливати на вас. Навіть якщо ви можете знайти докази на підтримку цієї думки, чи допомагає вона вам досягти того, чого ви хочете?

в) Виклик негативним переконанням: Розгляньте інші перспективи. Додайте більш збалансовані та реалістичні думки поряд з думками, які не допомагають.

2. Самоконтроль через ведення щоденника. Одна з перших речей, яку треба зробити це почати вести щоденник. Це більше, ніж щоденник харчування - так, психолога, що працює з особою з харчовим розладом, цікавить, що вони їдять, але, що більш важливо, де вони їдять, з ким вони їдять, як швидко вони їдять і наскільки вони голодні перед їжею. Клієнтів просять відзначати все важливе, що стосується часу прийому їжі. Це допомагає їм краще усвідомити свою харчову поведінку, емоції та будь-які патерни чи звички, які вони можуть мати. Ведення щоденника допомагає визначити, що призводить до певної поведінки - можливо, є певна думка, емоція або ситуація, яка провокує запій, очищення або обмеження в їжі. Разом ми аналізуємо записи, і це допомагає клієнтам виробити механізми подолання думок та емоцій, які провокують розлади харчової поведінки. Ця практика сприяє

саморефлексії та підтримує розвиток здорових звичок і навичок подолання труднощів.

3. Навчання більш здоровим способам справлятися зі своїми емоціями, уникати тригерів, перемагати тягу до їжі і, нарешті, покласти край емоційному переїданню. Треба навчитися розрізняти емоційний і фізичний голод. Емоційний голод може бути сильним, тому його легко сплутати з фізичним. Але існують підказки, які допоможуть вам відрізнити фізичний та емоційний голод. Емоційний голод виникає раптово. Він охоплює вас в одну мить, і ви відчуваєте переважну і нагальну потребу. Фізичний голод, з іншого боку, виникає поступово. Бажання поїсти не таке сильне і не вимагає миттєвого задоволення (якщо тільки ви не їли дуже довго). Емоційний голод вимагає певної їжі для розради. Коли ви фізично голодні, майже все здається смачним, включаючи здорову їжу, наприклад, овочі. Але емоційний голод жадає нездорової їжі або солодких закусок, які дають миттєве задоволення. Першим кроком у боротьбі з емоційною їжею є визначення ваших особистих тригерів. Які ситуації, місця або почуття змушують вас тягнутися до комфортної їжі? Здебільшого емоційне харчування пов'язане з неприємними відчуттями, але воно також може бути спровоковане позитивними емоціями, наприклад, винагородою за досягнення мети або святкуванням свята чи щасливої події.

4. Коли стрес хронічний, а жінки переживають складну і екстраординарну подію - війну, організм виробляє високий рівень гормону стресу - кортизолу. Кортизол викликає потяг до солоного, солодкого та смаженого - продуктів, які дають приплив енергії та задоволення. Чим більше неконтрольованого стресу у вашому житті, тим більша ймовірність того, що ви звернетесь до їжі для емоційного розвантаження. Заїдання емоцій. Їжа може бути способом тимчасово заглушити або "заїсти" незручні емоції, включаючи гнів, страх, смуток, тривогу, самотність, образу і сором. Треба навчитися управляти стресом і розвивати корисні навички подолання. Порушення режиму харчування часто стає основним способом впоратися з емоціями, і це

заважає вам повністю відчувати негативні емоції. Тому під час одужання важливо розвивати навички управління стресом і подолання труднощів. Вивчіть альтернативні види діяльності, які допоможуть відволіктися і заспокоїтися, наприклад, практикуйте вправи на глибоке дихання, ходіть пішки, медитуйте, займайтеся хобі або розмовляйте з другом чи членом сім'ї, який вас підтримує. Пошук альтернативних механізмів подолання стресу може допомогти переключити вашу увагу з їжі на більш здорові способи зняття стресу

5. Усвідомленість. Існують різні практики усвідомленості, наприклад, зосередження на диханні або тілесних відчуттях. Уважність також можна застосувати до їжі, заохочуючи вас їсти повільно, смакувати їжу і бути повністю присутнім під час їжі (і під час застілля).

6. Сон: Достатній сон недооцінений! Недосипання сприяє підвищенню почуття стресу і тривоги, порушує емоційну регуляцію, і людині важче справлятися з повсякденними проблемами. Пріоритетність сну життєво важлива для гарного психічного та емоційного стану.

7. Розробка стратегій для розбудови резильєнтності. Постановка цілей - це один з найкращих способів зосередитися на майбутньому і працювати над одужанням. Постановка цілей - це також чудовий спосіб визначити свої потреби та вподобання щодо лікування. Наприклад, одна людина може визначити пріоритетом створення унікального і здорового режиму фізичних вправ як ключ до оздоровлення, в той час як інша може зосередитися на дієті, яка дасть їй необхідну кількість структури, щоб залишатися на правильному шляху. Фахівці з психічного здоров'я можуть допомогти сформулювати ці цілі в процесі лікування, але важливо визначити, що саме ви сподіваєтеся отримати від лікування.

8. Побудуйте міцні зв'язки. Надійна соціальна підтримка допоможе подолати великі та малі труднощі, з якими ви можете зіткнутися під час одужання від розладу харчової поведінки. Ця мережа може складатися з друзів, сім'ї, тренерів, терапевтів, наставників, вчителів та консультантів. Коли

у вас настають важкі часи, ви можете спочатку відчувати себе самотніми у своїй боротьбі. Однак, якщо у вас будуть постійні джерела мотивації протягом усього процесу лікування, ви зможете звернутися за допомогою до будь-кого з тих, хто вас підтримує.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Продемонстровано, що психічне благополуччя - ширший термін ніж психічне здоров'я, який охоплює всі аспекти нашого загального позитивного функціонування. Психічне здоров'я стосується переважно здоров'я мозку та емоційної стабільності, тому спочатку ми вивчили загальний стан функціонування а далі вивчили особливості емоційного стану жінок під час війни.
2. Встановлено рівень психологічного благополуччя у досліджуваних жінок двох груп майже за всіма показниками Шкал благополуччя Ріфф знаходиться на рівні нижче середньостатистичної норми. Встановлено Розбіжності між групами жінок за шкалами психологічного благополуччя К. Ріфф за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,05$. У умовно здорових жінок ознаки благополуччя представлені на середньо-низькому рівні, у жінок з певним дистресом майже на низькому рівні.
3. Встановлено, що у умовно здорових жінок рівень тривожності знаходиться на середньо - високому рівні 24% і 76% відповідно. У 55,1% жінок з певним дистресом рівень тривожності знаходиться на високому рівні, на середньому у 22, 5% жінок. Низький рівень тривожності не представлений в групах. 56% здорових жінок і 100 % жінок з певним дистресом зазначили, що їх почуття тривоги дуже сильне або триває протягом тривалого часу. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що їх страхи або занепокоєння пропорційні ситуації. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що стараються уникати ситуацій, які

можуть викликати у них тривогу. 48% здорових жінок і 87,7% жінок з певним дистресом зазначили, що їх тривоги дуже обтяжливі або їх важко контролювати. Встановлено розбіжності між групами жінок за тривожністю за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,01$, більший рівень тривожності представлений у жінок з певним дистресом. Взагалі підвищений рівень тривожності, що ми спостерігаємо у жінок з певним дистресом і здорових жінок пов'язаний з переживаннями, пов'язаними з війною, численими повітряними тривогами, страхами за життя дітей і власне життя.

4. Депресія - одна з найпоширеніших проблем психічного здоров'я серед жінок. Симптоми депресії включають різноманітні емоційні, когнітивні та фізичні прояви, характерні для депресивних розладів. У більшості умовно здорових жінок (56%) рівень депресії знаходиться на середньому рівні. У 65,4% жінок з певним дистресом рівень депресії знаходиться на середньому - помірному рівні, і у 24,4% на високому рівні. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем депресії за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,07$. Більший рівень депресії представлений у жінок з певним дистресом.
5. Резильєнтність - це здатність людей позитивно адаптуватися і відновлюватися в умовах травми. Показано, що у 72% здорових жінок представлений середній - рівень резильєнтності, у 65,4% жінок з певним дистресом середній рівень резильєнтності, а у 10,2% - низький. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем резильєнтності за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,05$. Більш резильєнтними є здорові жінки.
6. Емоційне харчування – це використання їжі як способу впоратися з почуттями замість того, щоб втамувати голод. Жінки часто звертаються до їжі, коли відчувають стрес, самотність, сум, тривогу або нудьгу. Вивчено самооцінку розладів харчової поведінки (EDE-Q 6.0) у жінок двох груп. Встановлено відмінності за опитувальником EDE-Q в ознаках розладів харчової поведінки у умовно здорових жінок і жінок з певним дистресом.

Встановлено, що за 3 шкалами (стриманість, занепокоєння щодо їжі, занепокоєння до ваги і за глобальним показником) за U-критерієм Манна-Вітні між групами є розбіжності на рівні $p < ,03 - ,05$. Отже, 24 % групи умовно здорових жінок мають Стриманість у харчуванні, 56 % - занепокоєнні їжею, 24 % мають занепокоєння про вагу. 36,7% групи жінок з певним дистресом мають Стриманість (обмеження в харчуванні), 87,7% - занепокоєнні їжею, 87,7% занепокоєні вагою. У той час як умовно здорові жінки дотримуються помірних і гнучких дієтичних обмежень, щоб контролювати свою вагу і харчування, жінки з певним дистресом самостійно встановлюють для себе екстремальні і жорсткі дієтичні правила, що в свою чергу веде до занепокоєння щодо їжі, занепокоєння щодо ваги, занепокоєння щодо образу фігури, переїдання, вживання таблеток та чаїв для схуднення.

7. Встановлено, що жінки з певним дистресом мають ознаки емоційного харчування, яке як відомо, не вирішує емоційних проблем проте веде до розладів харчової поведінки і до психічного нездоров'я. Про регулярне виникнення об'єктивних та суб'єктивних епізодів переїдання повідомили 24% та 55,1% жінок відповідно до групи здорових і з певним стресом. Жінки з певним стресом використовують їжу частіше ніж здорові жінки як засіб підбадьоритися, коли відчувають стрес, засмученість, злість, самотність, виснаженість або нудьгу. Умовно здорові жінки повідомили про нижчі показники занепокоєння фігурою та занепокоєння вагою. Жінки з певним дистресом статистично менше приймають своє тіло (U-критерій Манна-Вітні, $p < ,09$). Але жінок двох груп не можна віднести до Бодіпозитивних, оскільки: вони мають безумовну любов до свого тіла, незалежно від того, як вони виглядають чи почуваються. Комфорт і впевненість у собі є ключовими стовпами. Скоріше умовно здорових жінок можна віднести до так званого тілесного нейтралітету, які не перебільшують позитивність, але й не зосереджуються на засудженні свого тіла. Незадоволеність тілом - або негативним образом тіла - включає

негативні думки і почуття, пов'язані з образом тіла. Загалом, жінки, з певним дистресом мають негативний образ тіла більше, ніж умовно здорові жінки. Вважаємо, що ці ознаки розладу харчової поведінки були пов'язані з підвищеним рівнем психологічного дистресу. У жінок з певним дистресом занепокоєння щодо харчування, занепокоєння щодо ваги, занепокоєння щодо фігури, обмеження в харчуванні може свідчити про психологічний дистрес у багатофакторній моделі і про ознаки психічного нездоров'я.

8. Надано рекомендації щодо розвитку здорових навичок долаття стресу.

ВИСНОВКИ

1. Теоретично проаналізовано феномени адаптації та психічного здоров'я. Психічне здоров'я включає емоційне, психологічне та соціальне благополуччя. Стрес, депресія та тривога можуть вплинути на психічне здоров'я. Психічне здоров'я важливе на кожному етапі життя, від дитинства та підліткового віку до дорослого життя. Психічне здоров'я впливає на повсякденне життя, стосунки та фізичне здоров'я людини. ВООЗ визначає психічне здоров'я як стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізувати свої здібності, добре навчатися і добре працювати, а також робити внесок у суспільство. Психічне здоров'я, це стан успішного виконання психологічних функцій, що призводить до продуктивної діяльності, повноцінних стосунків з людьми та здатності адаптуватися до змін і справлятися зі стресом. Відмічено роль резильєнтності в збереженні психічного здоров'я.

2. Вивчено загальний стан функціонування - рівень психологічного благополуччя жінок під час війни. Встановлено рівень психологічного благополуччя у досліджуваних жінок двох груп майже за всіма показниками Шкал благополуччя Ріфф знаходиться на рівні нижче середньостатистичної норми. Встановлено розбіжності між групами жінок за шкалами психологічного благополуччя К. Ріфф за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < 0,05$. У умовно здорових жінок ознаки благополуччя представлені на середньо-низькому рівні, у жінок з певним дистресом майже на низькому рівні.

3. Вивчено емоційний стан жінок, їх рівень тривожності, депресії і резильєнтності під час війни. Встановлено, що у умовно здорових жінок рівень тривожності знаходиться на середньо - високому рівні 24% і 76% відповідно. У 55,1% жінок з певним дистресом рівень тривожності знаходиться на високому рівні, на середньому у 22, 5% жінок. Низький рівень тривожності не представлений в групах. 56% здорових жінок і 100 % жінок з певним

дистресом зазначили, що їх почуття тривоги дуже сильне або триває протягом тривалого часу. Встановлено розбіжності між групами жінок за тривожністю за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,01$, більший рівень тривожності представлений у жінок з певним дистресом. Взагалі підвищений рівень тривожності, що ми спостерігаємо у жінок з певним дистресом і здорових жінок пов'язаний з переживаннями, пов'язаними з війною, численими повітряними тривогами, страхами за життя дітей і власне життя. У більшості умовно здорових жінок (56%) рівень депресії знаходиться на середньому рівні. У 65,4% жінок з певним дистресом рівень депресії знаходиться на середньому - помірному рівні, і у 24,4% на високому рівні. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем депресії за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,07$. Більший рівень депресії представлений у жінок з певним дистресом. Показано, що у 72% здорових жінок представлений середній - рівень резильєнтності, у 65,4% жінок з певним дистресом середній рівень резильєнтності, а у 10,2% - низький. Встановлено розбіжності між групами жінок за рівнем резильєнтності за U-критерієм Манна-Вітні на рівні $p < ,05$. Більш резильєнтними є здорові жінки.

4. Досліджено особливості емоційного харчування як ознаки придушення негативних емоцій. У жінок з певним дистресом занепокоєння щодо харчування, занепокоєння щодо ваги, занепокоєння щодо фігури, обмеження в харчуванні може свідчити про психологічний дистрес у багатофакторній моделі і про ознаки психічного нездоров'я. Надано рекомендації щодо розвитку здорових навичок додання стресу

СПИСОК ВИКОРСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии. - 1989. - № 1. - С. 119-122.
2. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 310 с.
3. Кіреєва З. О. Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії Sars-cov-2. Вісник ХДУ Серія Психологічні науки - №. 1 - том 1. - 2022. - С. 5-11.
4. Лазос Г.П., Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v3/i14/4.pdf>
5. Литвиненко О.Д. Адаптаційний потенціал як система адаптивностей особистості/О.Д. Литвиненко //Науковий вісник Херсонського державного університету. – Серія :Психологічні науки. – Херсон : Гельветика, 2018. – Т.1, Вип. 2.– С. 74- 81
6. Односталко О. С., Кіреєва З. О., Бірон Б. В. Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності (cd-risc-10). Габітус. 2020. № 14. С. 110–117.
7. Особистісні ресурси людини на різних етапах життя: колективна монографія / заг. ред. З. О. Кіреєва – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – 256 с.
8. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копіngu Режим доступу: <C:/Users/home/Downloads/162271-354419-1-SM.PDF>
9. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160, 62

10. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека / Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна. – К. : Марич, 2009. –76 с. (Серія «Бібліотечка соціального працівника»).
11. Afek A, Ben-Avraham R, Davidov A, Berezin Cohen N, Ben Yehuda A, Gilboa Y and Nahum M (2021) Psychological Resilience, Mental Health, and Inhibitory Control Among Youth and Young Adults Under Stress
- 12.. Agenda Alliance for Women & Girls at Risk (n.d.). Women's Mental Health Facts, Retrieved on January 25, 2019 from <https://weareagenda.org/womens-mental-health-key-f...>
13. Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*.
14. Ayalon, O. (1993b). Post traumatic stress recovery. In J. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 855-866). New York: Plenum Press
15. Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91, 449-458
16. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
17. Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord*. 2011 Jun;16(2):e113-20.
18. Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *The British Journal of Psychiatry*, 130(1), 1–18.
19. Block JP, He Y, Zaslavsky AM, Ding L & Ayanian JZ (2009). Psychosocial stress and change in weight among US adults. *Am J Epidemiol* 170, 181–192.
- Borders TF, Rohrer JE & Cardarelli KM (2006). Gender-specific disparities in obesity. *J Community Health* 31, 57–68.
20. Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in UK females and males. *Psychological Assessment*, 31(7), 1-39.

21. Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.
22. Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2008). Ageing and adaptation. In R. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2nd ed., pp. 17–32). John Wiley & Sons
23. Condon J. Women's mental health: a "wish-list" for the DSM-5. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):5–10
24. Carver C S, Gaines J G Optimism, pessimism, and postpartum depression// *Cognitive Therapy and Research* 1987 Vol 11, N4 P 449-462
25. Connor K.M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale. // *Depression and Anxiety*. 2003. - # 18. – p.76
26. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 65-76
27. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
28. Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H., & Rø, Ø. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): The predictive role of a nested general (g) and primary factors. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*,
29. Folkman S., Lazarus R. An analysis of coping in middle-aged community sample / S. Folkman, R. Lazarus // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1980. – V. 21. – P. 219–239
30. Folkman S., Schaefer C., Lazarus R. Cognitive processes as mediators of stress and coping // *Human stress and cognition: an information-processing approach*. Chapter 9 / ed. by V. Hamilton. London: Wiley, 1979. P. 265-298.
31. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. (2013) 18:12–23

32. Fraser M.W. Resilience Model Among Individuals with Learning Disabilities: Proximal and Distal Influences .Режим доступу:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1540-5826.00062>.
33. Frankl V., Seligman M., Taylor S. Psychological Resources, Positive Illusions, and Health. Режим доступу: <https://www.wisebrain.org/papers/PsyResourcesHlth.pdf>
34. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245–58.
35. Goldfein, J. A., Devlin, M. J., & Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire with and without instruction to assess binge eating in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 107-111.
36. Gold P. W., Goodwin F. K., Chrousos G. P. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression. *N. Engl. J. Med.* 319, 413–420. Ghaemi S.N,
37. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci.* 2018 Jul 3
38. Jahoda, M. (1958). Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health. Basic Books
39. Hilbert, A., Tuschen-Ca er, B., Karwautz, A., Niederhofer, H., & Munsch, S. (2007). Eating disorder examination-questionnaire. *Diagnostica*, 53(3), 144-154.
40. Harvey J , PH Delfabbro Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview- *Australian Psychologist*, 2004
41. Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
42. Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). Author. Retrieved from <https://peplab.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/18901/2018/11/MHC-SFoverview.pdf>

43. Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
44. Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172.
45. Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J & Marmot MG (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)* 30, 982–987.
46. Hobfoll S. E Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // *American Psychologist*. 1989. Vol. 44. P.513-524.
47. Kobasa S.C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol 37. P. 1-11. Vol. 42. P. 168-177
48. Larsen JK, van Ramshorst B, van Doornen LJ, Geenen R. Salivary cortisol and binge eating disorder in obese women after surgery for morbid obesity. *Int J Behav Med*. 2009
49. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
50. Lazarus R.S. , S. Folkman *Stress, appraisal, and coping* Springer, New York, NY, NY (1984)
51. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.
52. Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Bachner-Melman, R. (2020). Enjoying your body: The psychometric properties of an English version of the Dresden Body Image Questionnaire. *Australian Journal of Psychology*
53. Luthar SS, Cicchetti D. (2000) The construct of resilience: Implications for interventions and social policies *Development and Psychopathology* 12 857–885.
54. Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks

- for research, practice, and translational synergy. *Dev Psychopathol.* 2011;23:493–506.
55. Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19 (3), 921-930
56. *Mood Disorders in Women*. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E,. London: Martin Dunitz; 2000. 573 pp with index.
57. O'Hanlon, A. A., Coleman P. G. & Horn, S. (in prep). Generativity and its relationship to age and health in three community based adult cohorts. *Psychology and Aging*
58. Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
59. Riecher-Rossler A. Oestrogens, prolactin, hypothalamic-pituitary-gonadal axis, and schizophrenic psychoses. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(1):63–72.
60. Richardson, G.E. The meta-theory of resilience and resiliency // *Journal of Clinical Psychology.* 2002. Vol. 58. P. 307-321
61. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // *American Journal of Orthopsychiatry.* 1987. Vol. 57, № 3. P. 316–33
62. Rush M.C., Schoael W.A., Barnard S.M. Psychological resiliency in the public sector: "Hardiness" and pressure for change // *Journal of Vocational Behavior.* 1995. Vol. 46, № 1. P.17-39.
63. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611
64. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
65. Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. *J Affect Disord.* 2010;125(1–3):207–12.
66. Sapienza JK, Masten AS. (2011) Understanding and promoting resilience in children and youth. *Curr Opin Psychiatry.* 24:267–73

67. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014; 22: 487–93
68. Selye H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *Br. Med. J.* 1, 1383–1392
69. Taylor, V. H., Steiner, M., & Soares, C. N. (2009). Bipolar disorders in women: Special issues. In L. N. Yatham & V. Kusumakar (Eds.), *Bipolar disorder: A clinician's guide to treatment management* (2nd ed., pp. 153–184). Routledge/Taylor & Francis Group.
70. World Health Organization (2014). Mental Health: a state of well-being. *Health Topics*. Retrieved on January 25, 2019 from https://www.who.int/features/factfiles/mental_
71. Wolff S. 1995 The concept of resilience *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 29 565–574.
72. Werner E. E. (1995) Resilience in development *Current Directions in Psychological Science* 4 81–85.