

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Бондаренко Анна Миколаївна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

Розлади харчової поведінки під час війни та шляхи їх подолання

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Дипломна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ А. М. Бондаренко

Науковий керівник (консультант) Сингаївська Ірина Валентинівна,
кандидат психологічних наук, професор

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ПОДІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ.....	9
1.1. Психологічні особливості харчової поведінки особистості.....	9
1.2. Розлади харчової поведінки особистості, різновиди.....	22
1.3. Розлади харчової поведінки, викликані екстремальними та кризовими ситуаціями, подіями воєнного характеру.....	37
Висновки до розділу 1.....	45
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ПОДІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ	47
2.1. Організація та методики емпіричного дослідження розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру.....	47
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів досліджень	54
Висновки до розділу 2.....	70
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	74
3.1. Програма роботи з особами з розладами харчової поведінки.....	74
3.2. 3.2. Рекомендації фахівцям щодо роботи з людьми, які мають розлади харчової поведінки під час війни	94
Висновки до розділу 3	98
ВИСНОВКИ.....	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104
ДОДАТКИ.....	114

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дослідження розладів харчової поведінки під час війни є важливим і актуальним напрямом досліджень. Воєнні конфлікти та кризові ситуації можуть суттєво позначитися на психічному та фізичному стані людей, включаючи їх харчову поведінку. Особливо це стосується осіб, які перебувають у зоні конфлікту, в зоні окупації або переживають травми, втрату рідних або евакуацію.

Воєнні конфлікти супроводжуються стресом, травматичними подіями та надзвичайними обставинами, що можуть мати негативний вплив на психічний стан людей. Це може призвести до змін у харчовій поведінці, таких як втрата апетиту, переїдання або розвиток розладів харчування.

Воєнні конфлікти можуть призвести до нестачі харчових ресурсів, обмеженого доступу до їжі та зміни харчового раціону. Це може вплинути на якість та доступність харчування, що в свою чергу може викликати розлади харчової поведінки.

Воєнні конфлікти можуть мати значний психологічний вплив на людей, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу та депресію. Ці психологічні стани можуть впливати на харчову поведінку та спричиняти розлади, такі як компульсивне переїдання або анорексія.

Дослідження розладів харчової поведінки під час війни можуть допомогти зрозуміти, як саме конфлікти впливають на харчування та які фактори сприяють появі розладів. Це може включати психологічні стресори, нестабільність у постачанні харчових продуктів, обмеженість доступу до здорової їжі та невпевненість у майбутньому.

Стан наукової розробки проблеми розладів харчової поведінки під час війни є актуальним і активно розвивається. Незважаючи на складність дослідження в цій області через умови воєнних конфліктів, було проведено деякі дослідження, які допомагають зрозуміти вплив війни на харчову поведінку та розлади.

Були проведені епідеміологічні дослідження для встановлення поширеності розладів харчової поведінки серед осіб, які пережили війну або

перебували у зоні конфлікту. Ці дослідження допомагають оцінити масштаб проблеми та виявити ризикові фактори. К. Лешнер проводила дослідження щодо впливу воєнних конфліктів на харчову поведінку та розлади харчування. Х. Шарп спеціалізується на дослідженнях здоров'я під час воєнного конфлікту та встановленні поширеності розладів харчування. Р. Мурі проводить епідеміологічні дослідження для встановлення поширеності розладів харчової поведінки серед вразливих груп, що перебувають під впливом воєнних подій.

Науковці з України також внесли вагомий внесок у дослідження розладів харчової поведінки під час війни та конфліктів. Доктор В. Омелянович займається дослідженнями впливу стресу, травм та воєнного конфлікту на харчову поведінку та розлади харчування. В. Омелянович спеціалізується на дослідженнях здоров'я під час війни та конфлікту, включаючи вивчення поширеності розладів харчової поведінки серед постраждалих осіб. І. Ворона проводить дослідження щодо впливу воєнного конфлікту на харчову поведінку та розлади харчування у вразливих груп населення.

Проведені дослідження психологічних аспектів розладів харчової поведінки в умовах війни, зокрема депресії, тривожності та стресу. Вони допомагають з'ясувати зв'язок між психологічним станом та харчовими звичками під час воєнного конфлікту. Л. Христенко зосереджується на вивченні впливу стресу та травматичних подій на харчову поведінку, зокрема на зв'язку між депресією, тривожністю та розладами харчування. А. Боднарчук вивчає психологічні аспекти харчової поведінки під час стресу та війни, зосереджуючись на зв'язку між тривожністю, стресом та розладами харчування. О. Мельник проводить дослідження, щоб встановити зв'язок між депресією, тривожністю та харчовою поведінкою в контексті воєнних конфліктів.

Дослідження ефективності інтервенційних стратегій для лікування та попередження розладів харчової поведінки під час війни, таких як психологічна підтримка, надання інформації про здорове харчування та

покращення доступу до харчових ресурсів. І. Мацюк зосереджується на розробці та впровадженні ефективних інтервенційних стратегій для лікування та попередження розладів харчової поведінки під час воєнного конфлікту. О. Злотников працює у галузі лікування розладів харчової поведінки під час стресових ситуацій, включаючи воєнний контекст. Він досліджує ефективність психотерапевтичних методів та інтервенцій для попередження та лікування розладів харчування. О. Кузьменко займається дослідженнями в галузі психологічної підтримки осіб з розладами харчування під час воєнного конфлікту. Вона досліджує ефективність психологічних інтервенцій, таких як психотерапія та підтримка спільноти, для поліпшення стану осіб з розладами харчування.

Враховуючи складність дослідження цієї теми, наукова розробка продовжується, і необхідно більше досліджень для кращого розуміння проблеми розладів харчової поведінки під час воєнних конфліктів і розробки ефективних стратегій лікування та попередження.

Хоча деякі дослідження вже проведені, це все ще є динамічною галуззю досліджень, яка потребує подальших досліджень та розвитку. Передбачається, що майбутні дослідження будуть спрямовані на більше детальне вивчення механізмів впливу воєнного конфлікту на розлади харчової поведінки та розробку ефективних інтервенційних стратегій для попередження та лікування цих розладів. Представлена дипломна робота є спробою розробки одного із напрямів дослідження проблеми, що визначена актуальністю дослідження.

Метою дипломної роботи є емпіричне дослідження розладів харчової поведінки під час війни та методична розробка шляхів їх подолання.

Об'єктом дослідження є розлади харчової поведінки особистості в умовах війни.

Предметом – розлади харчової поведінки та їх подолання.

Мета, об'єкт та предмет дослідження зумовили необхідність розв'язання низки завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми розладів харчової поведінки особистості.
2. Емпірично дослідити особливості розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру.
3. Розробити програму стабілізації та зменшення впливу розладів харчової поведінки.
4. Розробити рекомендації щодо роботи з людьми що мають розлади харчової поведінки особистості що викликані екстремальними та кризовими ситуаціями, подіями воєнного характеру.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз наукової літератури та дотичних до теми наукових праць; синтез, класифікація, моделювання, узагальнення, інтерпретація, порівняння.

Емпіричні: особистий модифікований метод тематичного ретроспективного аналізу (MTRA-food); психодіагностичні методи (Тест ставлення до їжі EAT-26 (скорочено EAT, походить від англійського Eating Attitudes Test); Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ); Опитувальник щодо розладів харчової поведінки Eating Disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0)). Методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

- проведено емпіричне дослідження, що включає збір і аналіз даних про поширеність розладів харчової поведінки серед осіб, які зазнали впливу подій воєнного характеру, що дозволило встановити зв'язок між стресом, травматичними подіями і розладами харчування;

удосконалено:

- програму психологічної профілактики та корекції розладів харчової поведінки, що виникли або посилились під впливом подій воєнного характеру;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо шляхів розв'язання проблем розладів харчової поведінки під час подій воєнного характеру, психологічні засоби їх подолання та поліпшення самопочуття та сприяло розробці підтримуючих заходів та психологічної програми задля поліпшення харчової поведінки і психологічного благополуччя людей, що перебувають в умовах подій воєнного характеру.

Практичне значення: Матеріали дослідження можна використовувати в процесі психологічної та психотерапевтичної роботи з особами що мають схильність до порушень харчової поведінки, або мають порушеннями харчової поведінки внаслідок пережитих стресових подій. А також для дієтологів і нутриціологів, для розробки програм корекції ваги та станів що потребують дієтотерапії з урахуванням психологічних особливостей осіб з порушеннями та розладами харчової поведінки. А також розробки програм, тренінгів що стосуються самоставлення та контролю емоцій.

Емпіричне дослідження може допомогти встановити ефективні практики та інтервенційні стратегії для лікування та попередження розладів харчування під час воєнного конфлікту. Це дослідження надає підстави для розробки конкретних програм і рекомендацій для медичного персоналу, психологів і соціальних працівників, що займаються допомогою людям, які пережили воєнний конфлікт. Результати досліджень можуть служити основою для розробки та впровадження програм психологічної підтримки для осіб з розладами харчування під час воєнного конфлікту. Це може включати психотерапію, групові сесії, психосоціальну підтримку та інші інтервенційні методи, спрямовані на поліпшення психічного стану та здоров'я постраждалих осіб. Дослідження можуть допомогти розробити настанови і рекомендації для медичного персоналу, соціальних працівників, психологів та інших фахівців, що надають допомогу людям з розладами харчування під час воєнного конфлікту. Ці настанови можуть стосуватися діагностики, лікування, попередження та підтримки для тих, хто пережив воєнний конфлікт та стикається з розладами харчування.

Апробація результатів: IV Міжнародна конференція «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку, 7 грудня 2022 року, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК»

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (103 найменувань) та додатки. Загальний обсяг дипломної роботи – 133 сторінки, основний обсяг – 103 сторінки. Дослідження містить 1 таблицю, 7 діаграм, 3 додатки (на 23 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ПОДІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ

1.1. Психологічні особливості харчової поведінки особистості

Східна медицина ще кілька тисяч років тому вивела формулу здорової людини. Наприклад аюрведа вважає здоровою людину, якій притаманні наступні якості: має гарний апетит; не має харчових залежностей; має добре травлення; має регулярне очищення; добре бачить, чує, має добре відчуття аромату та дотику, вміє відчувати; має спокійних дух та емоції, життєрадісний; має постійну енергію та силу, здатен рухатись; має гарну рівну шкіру; легко засинає та пробуджується енергійним; має міцний імунітет.

Ми бачимо, що у східному вченні фізичне здоров'я нерозривно пов'язане з психологічним і відсутність харчової залежності виокремлюється як важливий показник здорової людини.

У сучасному світі до ознак гармонійної особистості належить добре самопочуття та здоровий спосіб життя, важливими чинниками якого є здорове харчування та фізична активність.

Сучасний світ сповнений стресовими факторами, що часто для особистості стають дистресовими, та на їх фоні можуть розвиватись різноманітні психологічні особливості, залежності та порушення.

Досить давно люди прагнули підкріпитися, щоб вижити у двобої зі смертю. Спочатку первісна людина просто збирала все, що давала їй природа, включаючи тваринний і рослинний світ. Однак згодом вони поступово опанували кулінарне мистецтво. Видатний вчений у своїх працях з фізіології писав, що понад усіх явищ у житті людини найважливішою є увага до власного харчування. Це пов'язує всі живі істоти, включаючи людей, з усім середовищем навколо людей. Їжа, яка потрапляє в організм, змінюється, розщеплюється і вступає в нові асоціації, руйнуючись знову і знову. Усі вони являють собою загальні процеси життєдіяльності,

починаючи з фундаментальних властивостей фізичного стану організму, через закони інерції та гравітації, аж до психологічних особливостей особистості [28].

Харчова поведінка – це група особистих звичок, пов'язаних з прийомом їжі. До них відносяться, зокрема, режим харчування, харчові звички, смакові уподобання тощо. Харчова поведінка визначається сімейними цінностями і традиціями, етнічними і культурними особливостями, вихованням і діяльністю членів сім'ї, особливостями біології людини. Все це розвивається роками, виходячи з суспільства, в якому людина живе, і норм і стандартів краси. Ці звички мають тенденцію змінюватися з часом, але не всі ці зміни можна вважати патологічними або мати певний розлад.

Харчова поведінка також передбачає ціннісне ставлення до їжі та її споживання, деякі стереотипи харчування в повсякденному житті та в стресових ситуаціях. Ця поведінка спрямована на відповідний образ свого тіла та діяльність, пов'язану з формуванням цього образу [15]. Тобто поняття харчової поведінки включає в себе звички, емоції, моделі поведінки, установки, пов'язані з темою їжі, і також є індивідуальним для кожної людини. Харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (що відхиляється) [1, с.21] на це впливає безліч факторів як з навколишнього середовища, так і з внутрішнього світу людини. Сам розподіл визначається якістю параметрів. Етнічні культурні чинники мають значний вплив на стереотипи харчової поведінки, особливо під час стресу. Суть нутриітивної значущості полягає у зв'язку між харчуванням і ціллю життя [11].

Психологічні особливості харчової поведінки особистості можуть включати різні аспекти, які впливають на спосіб, яким людина сприймає, вибирає та споживає їжу.

Харчування тісно пов'язане з можливістю виживання, зростання, розвитку та продовження роду. Значний вплив на харчову поведінку іноді

навіть цілої нації мають історичні передумови такі як війни, голодомори, стихійні лиха, епідемії та інше.

Історично склалось так, що добування їжі людиною нерозривно пов'язано зі стресовими факторами. Ще в доісторичні часи просте збирання їжі як то ягід, грибів чи фруктів, могло закінчитись смертю людини, адже для хижих тварин людина завжди була та й залишається простою здобиччю. Полювання ще більш ризикована справа, в процесі полювання за кроликом мисливець сам міг стати здобиччю шаблезубого тигра.

З розвитком людства харчова поведінка змінювалась і з розряду «необхідна для виживання» перетворилась в етнокультурну цінність, культурне надбання. У народно побутовій культурі система харчування, яка складається з низки важливих елементів (продукти і страви, звичаї, пов'язані з виготовленням продуктів і страв, повсякденний, святковий і ритуальний застільний етикет, режим харчування, харчові уподобання й заборони, харчування в екстремальних умовах), є найбільш стійкою в процесі історичного розвитку серед інших компонентів матеріальної культури. Можуть змінюватися той чи інший елемент системи, додаватись нові харчові культури й страви чи, навпаки, зникати якісь архаїчні наїдки [6].

Їжа та особливості споживання їжі стали одними з інструментів, яким можна вплинути на якість та тривалість життя, або ж бідую, що призводить до виникнення та розвитку певних хронічних захворювань, погіршення якості життя та як наслідок скорочення його тривалості.

Емоції впливають на харчову поведінку. Деякі люди можуть споживати багато їжі внаслідок емоційного напруження або нудьги (емоційного переїдання), тоді як інші можуть втрачати апетит або відмовлятися від їжі у стресових ситуаціях.

Емоційний стан також може впливати на сприйняття власного тіла. Деякі люди можуть спрямовувати свою харчову поведінку на досягнення певного емоційно визначеного образу тіла. Наприклад, стан суму або незадоволення може викликати бажання схуднути або змінити зовнішній вигляд через харчування.

Емоції можуть впливати на зв'язок харчування з нагородою. Деякі люди можуть використовувати їжу як засіб нагороди або задоволення після емоційно важливих подій або випробувань.

Люди з різними рівнями самооцінки тіла можуть мати різні ставлення до харчування. Негативне сприйняття свого тіла може впливати на те, як людина обирає їжу та як вона контролює свої харчові звички. Наприклад, люди з негативною самооцінкою тіла можуть вживати різні дієти або обмежувати свій раціон з метою схуднення. Вища самооцінка тіла може спонукати людей до більш свідомого способу харчування, включаючи дотримання дієти або здорового способу життя. Люди можуть обирати харчові продукти, які сприяють поліпшенню їх зовнішнього вигляду або самопочуття.

Самооцінка та тілесне задоволення можуть бути впливовані переконаннями та стандартами, що накладаються оточуючими. Наприклад, соціальні медіа і реклама можуть формувати ідеали краси та тіла, які впливають на харчову поведінку і можуть сприяти виникненню погіршення самооцінки тіла.

Культурні норми та цінності можуть впливати на харчову поведінку. Культура визначає, які продукти є прийнятними для споживання, які правила поведінки пов'язані з їжею, які ритуали та традиції пов'язані з харчуванням. Наприклад, у деяких культурах певні продукти або страви можуть бути сприйняті як заборонені або неприйнятні для споживання, що може впливати на харчові вподобання та звички.

Люди, що страждають від депресії, можуть демонструвати зміни в апетиті та харчовій поведінці. У деяких випадках, депресія може призводити до втрати апетиту та недоїдання, що може призвести до втрати ваги. У інших випадках, депресія може спричинити переїдання та надмірне споживання їжі, зазвичай висококалорійної та нездорової.

У людей з тривожністю може бути збільшена схильність до харчових розладів, таких як переїдання або компульсивне перекусування. Стан

тривоги може призводити до використання їжі як засобу заспокоєння або знеболення, що може призвести до надмірного споживання їжі.

Контроль над харчуванням може давати людям відчуття влади і самоконтролю в ситуаціях, де вони можуть відчувати втрату контролю в інших аспектах життя.

Деякі люди використовують харчування як спосіб вплинути на свої емоції. Наприклад, вони можуть їсти або стримувати себе від їжі в залежності від свого емоційного стану, щоб заспокоїти себе або відволіктися від неприємних емоцій.

Дехто може відчувати задоволення, контролюючи своє харчування, відчувати успіх і задоволення, коли дотримуються строгих правил щодо харчування або досягають певних цілей ваги.

Зовні голод проявляється як харчова поведінка шляхом пошуку та проковтування їжі. Вона також спрямована на подолання причин голодування. Голод проявляється як об'єктивно, так і суб'єктивно внаслідок збудження різних відділів центральної нервової системи. Вчений І. Павлов групу нейронів одного відділу назвав харчовим центром, функція якого полягає в регуляції поведінки в напрямку харчування [21].

Харчовий центр являє собою комплекс гіпоталамо-лімбіко-ретикулярної кори. Досліди на тваринах показали, що центральною частиною є латеральне ядро гіпоталамуса. У випадках їх пошкодження може спостерігатися відмова від їжі (ковтання). Якщо стимулювати їх електричним шляхом через імплантовані в мозок електроди, можна спостерігати підвищене споживання їжі (гіперфагію). Ця частина мозку відома як харчовий центр або центр голоду.

У випадках деструкції вентромедіального ядра гіпоталамуса виникає гіперфагія, стимуляція якої призводить до втрати апетиту. У тих ядрах є центр насичення. Існує взаємозалежність між Центром голодування та ним. Тобто, якщо один центр збуджений, інший гальмується [21].

Робота мозку безпосередньо впливає на формування почуття ситості або голоду. Гіпоталамус є центром насичення і голоду, а також

відповідними структурами у великих півкулях і корі лімбічної системи. Від гіпоталамуса залежить і харчова мотивація людини. Забезпечуючи рослинну основу для емоцій і поведінки людини, він також керує всіма основними гомеостатичними процесами, особливо системою регуляції жиру, яка регулює постійність маси тіла [11].

У нормальному положенні людина може вільно регулювати споживання їжі і апетит, а також контролювати якість і кількість споживаної їжі. Втрата або зниження апетиту викликана багатьма факторами, особливо тими, що відволікають людину від їжі, а також емоціями, в тому числі негативними.

Процес апетитного прийому їжі визначає ефективне травлення. З давніх часів, крім основного лікування, лікарі займалися вживанням заходів для поліпшення апетиту.

До фізіологічних потреб належать біологічні потреби з урахуванням індивідуальної історії та пов'язаних із нею умов. Ми знаємо, що харчові звички визначаються особистими причинами, фінансовими причинами, модою, розпорядженнями лікаря, життєвим досвідом, релігійними переконаннями, соціальними та сімейними традиціями.

Їжа також має соціальне значення, оскільки харчування було взаємодією людей у родині з самого початку. Згодом їжа стала частиною спілкування та спілкування, оскільки ми святкували події, заводили та будували дружбу та ділові стосунки під час їжі та пиття.

Коли ми їмо, ми не завжди голодні. Однак ми часто зловживаємо прийомами їжі, щоб задовольнити дуже широкий спектр абсолютно різних потреб. Тут мотивація – це усвідомлена причина, яка лежить в основі вибору поведінки та дій людини [25].

Виходячи з такої інтерпретації мотивації, ми можемо розглядати харчову поведінку як загальну діяльність, пов'язану з мотивацією до їжі. Хоча споживання їжі вважається фізіологічною потребою, наші психологічні мотиви також безпосередньо впливають на явища, які ми вивчаємо. Ми знаємо, що як негативні (депресія, гнів), так і позитивні

(радість, ейфорія) емоції можуть викликати бажання їсти. Частота, якість і кількість споживаної їжі безпосередньо залежить від таких понять, як насичення, апетит і почуття голоду.

Наведемо різноманітні фактори, що впливають на механізми, що лежать в основі організації харчових звичок і харчових уподобань молоді. Важливою причиною погіршення стану здоров'я підлітків є зміна структури харчування та зниження якості. Багато патологічних станів і захворювань, у тому числі надлишок або недолік вітамінів і мінералів, можуть викликати зміни у фізичному і навіть інтелектуальному становленні людини. Тому важливо проводити корекцію та запобігати змінам харчової поведінки ще у дітей дошкільного віку. [14].

Західні вчені все частіше використовують поняття «поведінкова адикція» для визначення типів залежної або адиктивної поведінки.

У разі розвитку адиктивної поведінки свідомість людини постійно зайнята засобами реалізації адиктивних потреб, сприйняттям їх задоволення. Як тільки людина починає міркувати на ці теми, вона викликає в собі почуття емоційного хвилювання, розслаблення або піднесення, хвилювання. Тут починається цей бажаний емоційний зсув, народжується відчуття контролю над собою та ситуацією, почуття задоволеності життям. Адиктивна поведінка є підступною, тому що спочатку вона створює ілюзію вирішення проблеми, зняття стресу через втечу та уникнення.

Характерною рисою цієї адиктивної поведінки є значна спокуса, оскільки люди хочуть піти шляхом найменшого опору. Суб'єктивно, відчуття, що, зосереджуючись на певній поведінці чи об'єктах, можна ігнорувати власні проблеми, тривоги та складні ситуації, уможливорюючи різноманітні стратегії самореалізації, що викликають залежність. Будь-кому потрібно відволіктися. Однак адиктивна поведінка з часом стає способом життя, в якому людина не повністю сприймає реальну реальність і взаємодію з іншими [4].

Була розроблена чотирикомпонентна модель для демонстрації мотивації щодо харчової поведінки. Це стає симуляцією аналогічних моделей, пов'язаних із залежністю від алкоголю, зокрема:

1. Прийняти негативні емоції;
2. Соціалізація;
3. Реагувати на очікування інших;
4. Отримати задоволення [11].

Це має визначатися не лише харчовою поведінкою, а й знаннями, отриманими в минулому. Енергія, необхідна для функціонування та діяльності, формує біологічний потяг, голод, але на відповідну поведінку впливають стратегії мислення та звички.

Розлади харчової поведінки – це ряд психологічних станів та поведінкових синдромів, пов'язаних з порушення процесу прийняття їжі. Можуть визивати розвиток нездорових харчових звичок, вони можуть початись з одержимості їжею, масою тіла або формою тіла [61, 79].

Розлади харчової поведінки включають в себе групу симптомів, які пов'язані з порушенням вживання їжі та її кількістю. Такі стани супроводжуються великою кількістю ускладнень фізичного здоров'я і можуть турбувати людей протягом багатьох років. Наприклад, існує ризик розвитку аменореї, остеопорозу, зневоднення, анемії, порушення роботи серця та нирок, проблеми з травною системою, порушення цілісності зубів, глибоких дефіцитів мікроелементів, інсуліно- та лептинорезистентності, ожиріння, цукровий діабет II типу, безпліддя. І нажаль, перелік можна продовжувати. У важких випадках розлади харчової поведінки призводять до смерті, якщо вчасно не виявити розлад та не почати комплексне лікування.

Розлади харчової поведінки – дуже складні стани тому вчені всього світу досі вивчають причини їх розвитку. Фактори які можуть бути залучені до розвитку розладів харчової поведінки включають:

- Генетика. Люди, що мають родичів першого ступеня спорідненості, братів, сестер або батьків з розладами харчової поведінки, судячи з усього, також більш схильні ризику розвитку розладів харчової поведінки. Це може

говорити про те, що генетичний зв'язок може існувати. Доказом того, що в цьому приймає участь хімічна речовина мозку, серотонін, також вказує на сприяючі генетичні та біологічні фактори.

- Середовище. Культурний тиск, що ідеалізує тип статури, чинить надмірний тиск на людей з метою досягнення нереалістичних стандартів. Образи популярної культури та засобів масової інформації часто пов'язують худорлявість для жінок та м'язистість для чоловіків з популярністю, успіхом, красою та щастям.
- Тиск однолітків. З молодими людьми це може бути дуже потужний фактор тиску. Тиск може проявлятися у формі цькування, залякування або глузувань через розмір або вагу. Історія фізичного або сексуального насилля також може сприяти розвитку розладів харчової поведінки у деяких людей.
- Емоційне здоров'я. Перфекціонізм, імпульсивна поведінка та складні відносини можуть сприяти зниженню самооцінки людини і зробити його вразливим для розвитку розладів харчової поведінки.

Розладам харчової поведінки схильні всі типи людей, але є певні фактори ризику розвитку розладів харчової поведінки:

- Вік. Мають більшу схильність підлітки та вік близько 20 років.
- Стать. Жіноча стать більш має схильність до розладів харчової поведінки, ніж чоловіки. Проте варто пам'ятати, що чоловіків може бути не вірно діагностовано через відмінності у пошуку засобів лікування.
- Історія родини. Наявність батьків, братів та сестер з розладами харчової поведінки підвищує ризик.
- Дієти. Дієти що зайшли занадто далеко, можуть стати розладом харчової поведінки.
- Зміни. Активні зміни у житті, такі як вступ в учбовий заклад, нова робота, розлучення, можуть стати стресом для розвитку харчової поведінки.
- Визнання та діяльність. Особливо широко розповсюдженні розлади харчової поведінки серед гімнастів, бігунів, борців та танцюристів [80].

У сучасній психологічній науці порушення харчової поведінки потребують додаткового аналізу з позиції виділення соціально-особистісних

детермінантів. Ставлення до цієї проблеми варіює від повного несприйняття осіб із нестандартними статурами до повного прийняття та активного пропагування бодіпозитиву. Завдяки насаджування засобами масової інформації думки, що сучасна успішна особистість має бути неодмінно стрункою, молодод виглядати та бути в усьому бездоганною, маємо як наслідок гіперкомпенсаторні, псевдораціональні інструменти досягнення мети, що призводять до погіршення як фізичної складової здоров'я так і психологічного [52].

Маркетологи усього світу працюють над тим, щоб споживання товарів та послуг щоденно збільшувалось, тим самим провокуючи надмірне споживання в тому числі й продуктів харчової промисловості. В торгівельних мережах активно просувають акції типу «береш 3, платиш за 2», або «щасливі години» в ресторані японської кухні що передбачає подвоєння замовленої страви при оплаті лише за одну з замовлених страв.

Фокус з тарілками великого розміру також стимулюють споживання більшої кількості їжі, ніж того треба з фізіологічної точки зору. Ресторанна індустрія провокує на надмірне споживання позиціонуючи це як ознаку приналежності до заможного, «кращого» класу.

Культурологічно спотворене сприйняття свята, часто перетворюється на застілля з багатьма змінами страв, що провокує переїдання і або призводить до симптомів ускладненого травлення, або змушує людину застосувати очисні заходи для полегшення стану.

Рекламування препаратів для схуднення, які мають чарівний результат без застосування дієт та фізичної активності, дарують ілюзію контролю, а насправді заганяють в залежність і додають проблем зі здоров'ям.

На думку М. Сулассіє та А. С. Синха проблему малорухливого способу життя посилює образ життя, науково-технічний прогрес та довкілля: достатня кількість висококалорійної їжі, скорочення часу що припадає на фізичні навантаження, виконання домашніх справ за допомогою високотехнологічної домашньої техніки (пральні машинки, пилосмоки, посудомийні машини та інше кухонне приладдя, що значно полегшує роботу), а також час що

проводить людина сидячи або лежачи, перед телевізором, за комп'ютером, та з телефоном в руках [89].

Доступність продуктів харчування на відстані витягнутої руки у найближчому магазині робить «полювання» для здобуття їжі дуже легким та в процесі витрачається мала кількість фізичних сил і відповідно калорій. Доступність транспорту для швидкого пересування, ще більше знерухомлюють людину у щоденному житті і роблять енергетичні витрати мінімальними та не обов'язковими, враховуючи розповсюдженість сервісів доставки. Натомість повсякденне харчування стає все більш висококалорійним та концентрованим.

Культ «смачної їжі», а «не здорової їжі», смак якої досягається за рахунок фальсифікації, вступає в протиріччя з культом «здорового харчування» [47]. Незважаючи на доступність інформації щодо шкоди рафінованої їжі та добавок, які маркуються «Е», більшість з них провокують розвиток різноманітних захворювань шлунково-кишкового тракту, нервової системи, серцево-судинної системи та мають канцерогенний вплив, більшій частині населення або важко подолати «залежність», звичку вживання «смачної» та «зручної їжі» з їх вмістом, або ж вони не зважають на можливі негативні впливи і погоджуються з ризиком, натомість отримують психологічне задоволення та миттєве задоволення від вживання того, що їм подобається.

П. Вінкільман, К. Берідж та Дж. Вілбергер з загального впливу на людину виділяють безпосередні та опосередковані, які людина відчуваючи на собі, формує власну харчову поведінку. Найбільш широкою є безпосередні соціальні впливи, в які автори включили кулінарні стереотипи та традиції, груповий досвід. Опосередковані соціальні впливи передбачають наявність у процесі харчової взаємодії іншої людини. На думку вчених, соціальні чинники посилюють свої впливи на формування харчової поведінки через дію соціальної фасилітації, родинних харчових правил у молодшому віці, соціальне навчання [101].

М. Мантел ввів важливий особистісний чинник, виділив психологічно здорового їдця, який володіє певними характеристиками: здатний легко розпізнавати емоційні тригери, припиняти прийом їжі, коли настає ситість, з інтервальним локусом контролю. Вони не використовують їжу як засіб задоволення емоційних потреб або уникнення неприємного почуття чи ситуації [77].

Вченими з Argosy University було визначено складові психологічно правильної харчової поведінки:

1. Ставлення до їжі (нездоровими вважаються використання їжі для переживання відчуття комфорту або задоволення якихось соціальних потреб).
2. Використання соціальних та емоційних чинників для корекції неадекватної харчової поведінки.
3. Емоційна прив'язаність зазвичай сприймається як негативна емоція. Повне усвідомлення буде сприяти створенню нового позитивного емоційного зв'язку з процесом споживання. Здорове харчування сприяє доброму самопочуттю та гарному настрою.
4. Вживання їжі в оточенні людей, які мають здорові звички споживання їжі без засуджень, змушуванню та контролю.
5. Споживання їжі має відбуватись без відволікання на сторонні подразники такі як: телевізор, комп'ютер, телефон, книги, газети. Споживання їжі в таких умовах сприяє переїданню та незникаючому відчуттю голоду [85].

Було помічено, що особи з розладами харчової поведінки мали дитячі психологічні травми: були жертвами жорстокого поводження в дитинстві, не мали достатньої кількості турботи та піклування, мали низьку самооцінку [85].

За Л. С. Виговським, який розглядав харчову поведінку як результат психологічно-соціальної активності, спрямовану на задоволення не тільки фізіологічних потреб особистості, а впершу чергу соціальних та психологічних [13].

Важливе значення у формуванні харчової поведінки є харчові звички батьків та соціального оточення. З розширенням інформаційного простору і посиленням його впливу на повсякденне життя людини, додався ще один дуже

потужний фактор впливу, який ще й задає моду на харчову поведінку та спосіб життя.

Розлади харчової поведінки виникають в той момент, коли вживання їжі від фізіологічної потреби позбутись відчуття голоду та насолодитись смаком їжі перетворюється на потребу зняття психологічної та фізичної напруги.

Особливістю розладів харчової поведінки є те, що прояви розладів можна не помічати багато років і навіть люди які проживають однією родиною можуть не помічати проблеми допоки вони не стануть занадто серйозними. У важких випадках тривалих розладів харчової поведінки, шкода що була нанесена здоров'ю людини, може бути настільки велика, що повне відновлення організму навіть при комплексній терапії буде неможливе. Нажаль розлади харчової поведінки також призводять до смерті, тому вони входять до переліку психологічних захворювань, що мають виражений негативний медико-соціальні наслідки та мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань, оскільки дослідження проведені в 2016 році показали, що кожні 62 хвилини помирає одна особа від наслідків розладів харчової поведінки [61].

В залежності від типу адаптації, що залежить від особливостей стосунку в сім'ї, формується відповідна схильність до того чи іншого типу розладу харчової поведінки. Також має вплив фіксація родичів на типі адаптації ще в дитинстві (їжа як винагорода за успіхи, при хворобі – смачненьке, примус до їжі, надмірний контроль, обмеження в їжі, розлади харчової поведінки батьків).

Великий вплив має фон, простір навколо особистості, який впливає на формування та розвиток адиктивного радикалу та на особистість клієнта. Фон може бути мортідальним – енергія смерті, або ж вітальним – енергія життя. При розладах харчової поведінки часто формується радикал. Радикал розладу харчової поведінки – фігура хвороби, що виникає внаслідок впливу мортідального фону, яка виконує захисну функцію задоволення потреб, ще називають уявний друг або ж «синдром Карлсона».

Незалежно від виду розладу харчової поведінки, жодна людина з розладом не хоче одужати. Та всі вони мають спільні потреби – прийняття, безумовної любові та відчуття безпеки.

Багато людей відчувають вегетативні розлади при відмові від звичного харчування, що дозволяє розглядати харчову залежність поряд із залежністю від нікотину, алкоголю, наркотиків і наркотиків. Таким чином, депресія під час дієти виглядає як абстинентний синдром, про що свідчать дослідження частого поєднання емоційної харчової поведінки та тяги до алкоголю та тютюну.

1.2. Розлади харчової поведінки особистості, різновиди

Харчові звички – це особисте ставлення людини до самої їжі та її споживання, а також особистісне ставлення до образу власного тіла, сформоване в житті під впливом міжособистісних і міжособистісних конфліктів, зовнішнього середовища, життєвих цінностей і моральних установок. В. С. Литвин-Кіндратюк дає таке визначення харчової поведінки: «...ціннісне ставлення до їжі, стереотипи про харчування в повсякденних умовах і стресових ситуаціях, а харчова поведінка розуміється як така, що приймає форму образу людини. спрямована на власне тіло і діяльність по формуванню цього образу» [28, с.241].

До функцій харчової поведінки О. Мойріст відносить релаксацію, спілкування, самоствердження, пізнання, ритуал, задоволення естетичних потреб, підтримку гомеостазу та задоволення [31].

Розлади харчової поведінки - це група психологічно детермінованих синдромів, при яких людина їсть не для насичення, а для усунення емоційного дефіциту та покращення настрою. Розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, булімію, психогенне переїдання тощо.

Існує кілька способів класифікації розладів харчової поведінки. Клінічна класифікація використовується в 10-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10) і розглядає розлади харчової поведінки в розділі «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та

фізичними факторами». Ця класифікація використовується в психіатричній практиці.

Розлади харчової поведінки можна виділити окремо і включають емоційну харчову поведінку, обмежувальну харчову поведінку та екзотичну харчову поведінку [1]. Л. Абсалямова розмежувала поняття «розлад» і «розлад» харчової поведінки. "Розлади харчової поведінки - це такі відхилення у споживанні їжі, які не є хворобою, але заважають людині повноцінно функціонувати. Розлади харчової поведінки включають зовнішню, емоційну та обмежувальну харчову поведінку. Тим не менш, не всі розлади харчової поведінки є хворобами" [1, с. 28].

Розлади харчової поведінки включають в себе стійкі порушення прийомів їжі або поведінки що пов'язана з прийомом їжі, які:

- змінюють споживання або засвоєння продуктів харчування;
- значно погіршує фізичне здоров'я та/або психосоціальне функціонування.

Найбільш розповсюджені та більш досліджені є наступні специфічні розлади харчової поведінки:

- нервова анорексія;
- унікаючий/обмежувальний розлад прийому їжі;
- компульсивне переїдання;
- булемія;
- піка;
- розлад румінації [79].

Л. Вольнова розмежування розладів харчової поведінки та розладів. До розладів авторка відносить емоційну, зовнішню та обмежувальну харчову поведінку, яка, на її думку, виникає внаслідок емоційного дискомфорту, підвищеної чутливості до зовнішніх подразників та самообмеження їжі [14, С. 35].

Нажаль Україна не має власних статистичних відомостей стосовно поширеності розладів пов'язаних з харчовою поведінкою. В офіційній

статистиці Міністерства охорони здоров'я України Центра медичної статистики МОЗ України (Додаток А) інформація щодо розладів харчової поведінки подаються разом з захворюваннями ендокринної системи та з «Розладами психіки та поведінки (F00-F99)». Враховуючи низький відсоток зареєстрованих захворювань у офіційних статистичних даних та те, що ці розлади в статистичних даних подаються разом з захворюваннями ендокринної системи та з розладами психіки та поведінки, у порівнянні з показниками інших розвинених країн, ми можемо зробити висновки, що рівень діагностики розладів харчової поведінки в Україні дуже низький [16].

Абсалямова Л. розділяє визначення «розлади» та «порушення» харчової поведінки. «Порушення харчової поведінки означає такі відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному функціонуванню людини. До порушень харчової поведінки відносять, екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки. Тобто, не всі порушення харчової поведінки є розладами» [3, с. 28].

Перше описання нервової анорексії було зроблено ще у 1689 році Річардом Муртоном (1637-1698) в якому він описав пацієнтку 18 років, яка впала в повну пригніченість від психологічних проблем і втратила внаслідок апетит, погіршилось травлення, вона мала вигляд скелету обтягнутого шкірою. (Рис.1)

Нервова анорексія характеризується прагненням мати худорляву статуру, патологічним страхом ожиріння, викривлене уявлення про тіло та обмежене споживання їжі, що призводить до значного зниження маси тіла. Розпочинається зазвичай в підлітковому віці, здебільшого схильні дівчата. Юнаки зустрічаються рідко, приблизно 1 на 10 випадків, часто бісексуали або гомосексуалісти. Хворий на анорексію часто не знає хто він – чоловік чи жінка. Дуже рідко хвороба розвивається після 40 років [79].

Психологічні особливості, які притаманні хворим на анорексію: перфекціоністсько-обсесивний тип особистості, низька самооцінка,

схильність до депресії, емоційна нестабільність, відчай, мають почуття власної меншовартості та невпевненості, а також «Комплекс відмінниці».

Розрізняють обмежувальний та очисний тип. При обмежувальному типі анорексії обмежуються прийом їжі, без переїдання та очищення, проте деякі надмірно тренуються. При очисному типі регулярні переїдання закінчуються очисними діями як то блювання чи застосування проносних, діуретиків або очисних клізм [22].

Найбільш значними факторами ризику розвитку нервової анорексії є: жіноча стать, соціальне несприйняття зайвої ваги, стале культурне сприйняття зайвої ваги, як ознаки відсутності здоров'я та привабливості. Генетичні дослідження виявляють певні локуси, що можуть відповідати за порушення.

Понаднормова увага, що приділяється вазі, їжі та різноманітним дієтам, вказує на підвищений ризик виникнення або вже й існуванню розладу харчової поведінки у людини. Також варто звернути увагу, що до нервової анорексії більш схильні представники середнього та вищого соціально-економічного класу, які проживають в індустріально розвиненому регіоні, де струнка фігура визначається головною ознакою краси, мають середній або вище середнього інтелект, високі стандарти досягнення успіху.

В родині конфліктні стосунки, часто відмічається домінування жіночого авторитету, психологічна відсутність батька, психотравмуючою подією може виступати втрата близьких, сексуальне або фізичне насилля.

Особливістю нервової анорексії є те, що незважаючи на недостатню вагу, більшість хворих вважають, що вони важать занадто багато, або виділяють певні частини тіла, які на їх думку занадто товсті. Мають нав'язливе прагнення схуднути і не зважають на думку оточуючих. Мають викривлене сприйняття власного тіла та краси і прагнуть зниження ваги навіть тоді, коли вже мають виснаження. (Рис. 2)

Часто спілкуються з однодумцями в соціальних мережах, мають власні групи у яких обговорюють методи зниження ваги, препарати що позбавляють апетиту та дозволяють ще більше знижувати вагу, дієти. Мають власні визначення та терміни, як то світ «АНІ».

У світі «АНІ» гарні дівчатка не їдять. Бути pro-ана – це не просто бути худю, це стиль життя. Вони носять червону нитку на зап'ястку. Називають себе метеликами та Rеху (походить від *Anorexia*) . Мають скорочення МЖ яке у їх світі означає маложор, тобто людина, яка вживає з їжею не більше 500 Ккал на добу [36].

Хворі на анорексію знають всі дієти і калорійність кожного продукту та страви. Можуть створювати запаси їжі, або викидати її. Полюбляють збирати рецепти, готувати цікаві страви та годувати інших, самі при цьому не їдять, або роблять вигляд, що їдять. Розрізають їжу на дрібні шматочки, можуть брати до рота, пережовувати, але потім випльовувати, так що б ніхто не помітив.

Також хворі на нервову анорексію можуть багато тренуються аби контролювати вагу. Від них часто можна почути вислів «Відпрацюю в тренажерці», тобто якщо на їх думку було спожито більше калорій, то їх неодмінно потрібно позбутись шляхом сильного фізичного навантаження.

Загальні фізичні прояви нервової анорексії: брадикардія, низький кров'яний тиск, скарги на здуття, розлади травлення або ж закреп, гіпотермія, волосся лануго на плечах (м'яке тонке волосся, що зустрічається лише у новонароджених), легкий герсутизм, набряки, тонкий жировий прошарок, карієс у хворих з очисною анорексією, запалення слинних залоз та стравоходу.

Нервова анорексія призводить до серйозних порушень здоров'я, у важких випадках, що не були вчасно виявлені та не проводилось комплексне лікування, призводить до смерті. Саме нервова анорексія має найбільший відсоток смертності у порівнянні з іншими розладами харчової поведінки і наближається до 10% [79]. Ендокринні порушення при нервовій анорексії призводять до порушень в роботі щитоподібної залози, підвищенню рівня кортизола, аменореї, зниження щільності кісток. Знижується вага серцевого м'яза та продуктивність прокачування крові, часто виникає пролапс мітрального клапана.

Головним критерієм для визначення нервової анорексії є не усвідомлення людиною небезпеки низької ваги та обмежень в їжі. Вони чинять супротив лікування та відмовляються від роботи з психологом.

У лікуванні нервової анорексії використовують одночасну нутрітивну підтримку з поведінковою терапією, яка має чітку ціль – відновлення ваги. Лікування може відбуватись стаціонарно при загрозі життю, або ж в домашніх умовах при відсутності загрози. Важливу роль відіграють сеанси сімейної психологічної терапії. Після того як деякий час хворий на анорексію може підтримувати відновлену вагу, терапію направляють на формування здорової особистості.

Важливою причиною виникнення порушень харчової поведінки є стосунки дитини з матір'ю. У випадку годування дитини у відповідь на будь які її негативні емоції чи хвилювання, у неї виникає невміння розпізнавати почуття голоду та переживання страху чи тривоги [66]. Невміння розрізняти тілесні відчуття та емоції та нездатність їх переводити у вербальний план, тобто алекситимія, може призводити до «заїдання» стресу та тривоги.

Булемія – у перекладі з грецької означає «бичачий голод». Нервова булемія – це розлад харчової поведінки, для якого властиве переїдання у поєднанні з надмірним контролем за масою тіла.

Нервова булемія характерна періодичними переїданнями, що завершуються очисними діями, такими як викликання блювоти, вживання проносних та сечогінних засобів, або періодом голодування чи виснажливими фізичними тренуваннями. Якщо такі епізоди виникають в середньому один раз на тиждень на протязі мінімум 3 місяців, можна говорити про те, що людина має такий розлад харчової поведінки, як нервова булемія [79].

Люди з нервовою булемією також мають понаднормову занепокоєність стосовно своєї маси тіла та зовнішнього вигляду, проте мають нормальну або зайву вагу. Страждають близько 0,5% жінок та 0,1% чоловіків [38]: та не має вікового обмеження, хоча зустрічається частіше у більш зрілому віці, а ніж нервова анорексія.

Частіше всього хворі на нервову булемію мають проблеми з зубами через пошкоджену емаль, внаслідок частого контакту шлункового соку, поганий запах з роту. Іноді можуть виникати серйозні водно-електролітні порушення, зокрема гіпокаліємія. Вкрай рідко може призводити до розриву стравоходу та шлунку. Мають шрами на долоні, через багаторазове провокування блювоти.

«Мії», так називають себе хворі на булемію. У їх світі існує чіттинг – брехлива дієта, коли в робочі дні вони притримуються суворо дієти, а на вихідних їдять що завгодно. У марафонах схуднення, якими зараз рясніють всі соціальні мережі, вони залюбки приймають участь. У світі «Мії» також існують «зажор» та «румінація».

Спілкуючись між собою у закритих групах, хворі на булемію визнають, що анорексія – це круто і це бренд, а булемія – соромно, бо вони не можуть себе втримати і їдять та мають застосовувати очисні методи, на відміну від представників з розладами нервової анорексії, яких вважають сильними.

Ризик виникнення булімії у 4-5 разів вищий у тих, у кого в родині були хворі з таким розладом. В таких родинах частіше всього зустрічається імпульсивна комунікація, слабкі зв'язки між людьми, високий рівень стресу, малоуспішна стратегія вирішення проблем, високий рівень очікування успішності та висока конфліктність і насилля. Частіше зустрічається у більш дорослому віці, при цьому чоловіки мають меншу схильність до розвитку булімії, ніж жінки [79].

Також у хворих на булемію визначають надмірне захоплення дієтами, прагнення особистої свободи, акцентування на негайному задоволенні бажань, ідеалізація дієт та фізичних вправ з метою схуднення.

Буліміки схильні до страждань, не сприймають свій стан як хворобу, їм здається що вони можуть у будь який момент припинити переїдання та очищення або відпрацювання після. Мають підвищену тривожність, несприйняття себе проявляється у тому, що, булімік не може розповідати про себе, думає про тих, на кого хоче бути схожим та постійно себе критикує.

Для хворих на булімію характерні переїдання та очищенням. Переїданню характерне швидке споживання їжі в великій кількості та супроводжується втратою контролю. Часто споживають солодкі з великим вмістом жиру продукти (морозиво, тістечка, торти), калорійність яких може обчислюватись тисячами калорій. Напади переїдання провокуються психосоціальним стресом, що можуть виникати кілька разів на день та скриваються від оточуючих. Усвідомлюють свою поведінку та мають докори сумління та почуття провини.

Епізоди переїдання завершуються викликанням блювання, використанням проносних та сечогінних засобів або ж виснажливими фізичними навантаженнями та/або голодуванням.

У лікуванні булемії застосовують когнітивно-поведінкову терапію, міжособистісну терапію, підняття мотивації до змін, зменшення понаднормового занепокоєння з приводу ваги та форми тіла. Формування повноцінного раціону харчування. За необхідності застосовують селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніна.

Томпсон-Бреннер Х. зробив спробу поділити всіх хворих на ожиріння на групи за допомогою кластерного аналізу. Згідно з результатами його дослідження, до першої групи увійшли високофункціонуючі хворі з вираженим перфекціонізмом; до другої – пацієнти з обмежувальною поведінкою; до третьої – емоційно неврегульовані хворі, що не контролюють себе та мають високий рівень імпульсивності [95]. Пацієнти другої групи намагаються себе надмірно контролювати, обмежують себе у задоволенні потреби в позитивних емоціях, близьких стосунках, сексуальності, що помітно відображається в порушеннях харчової поведінки.

Компульсивне переїдання (гіперфагічна реакція на стрес) є реакцією на дистрес. Характеризується рецидивними епізодами вживання великої кількості їжі у швидкому темпі, без відчуття голоду, з почуттям втрати контролю над собою. При цьому на відміну від булемії, переїдання не завершується очищенням.

Компульсивне переїдання зустрічається приблизно у 3,5% жінок та 2% чоловіків в загальній популяції на протязі життя. Часто зустрічається у людей з надлишковою вагою або ожирінням. У порівнянні з хворими на нервову анорексію та нервову булемію, хворі з компульсивним переїданням мають більш старший вік та серед них частіше зустрічаються чоловіки [79].

Під час епізодів переїдання хворий на компульсивне переїдання споживає велику кількість їжі за короткий проміжок часу, відчують що втратили контроль над собою. Переїдання носять епізодичний характер та викликають страждання. Депресія буває від легкої до помірної. Важко розрізняють свої стани, відчуття, переживання (алекситимія). Мають низьку самооцінку, не мають силу волі. Почувають себе самотніми.

Спадково передається схильність до заїдання, а також низький рівень дофаміну, який викликає почуття насиченості та задоволення.

Виявляють збій у роботі гіпоталамуса – органу, який контролює апетит, а також недостатню кількість серотоніну, гормону щастя.

Захоплення смачною їжею, підштовхування дітей з раннього віку до безконтрольного переїдання шляхом підкріплення бажаних дій смачною їжею. Смачненьке під час хвороби, або коли боляче, страшно чи тривожно прокладають місточок до заїдання своїх негативних емоцій та тривоги.

У світі «Жирдяїв». Вони називають себе жирдяями, жирними коровами. Перш за все це стигматизація. Дуже виражена тривожність, почуття сорому помножене на провину перед батьками, перед близькими людьми. Це люди з заниженою самооцінкою і люди які гостро відчують дефіцит любові.

У сім'ях «ненажер» дуже багато замовчувань, відсутній емоційний контакт, порушення кордонів (може бути забагато торкань до дитини), можливе сексуальне використання. Їжа відіграє важливу роль комунікації, вона заспокоює [36].

Фрідман К. із співавторами виокремлюють важливу роль депресії у формуванні розладів харчової поведінки. На їх думку, через надмірну вагу люди з ожирінням стигматизуються, що негативно впливає на їх соціалізацію, міжособистісну взаємодію, самооцінку, викликає почуття вини та

пригніченості й спричиняє депресивні розлади [66, с. 35-41] Також одним з чинників харчових порушень, особливо екстернальної харчової поведінки, є імпульсивність [54, с. 23-30.] , яка може спричинити додаткові залежності.

Компульсивне переїдання можна діагностувати, якщо переїдання відбувається в середньому не рідше, ніж раз на тиждень на протязі мінімум 3-х місяців з втратою контролю над споживанням їжі та високою швидкістю її поглинання. Втрачено відчуття фізичного голоду, а прийом їжі завершують тільки тоді, як відчують дискомфорт. Соромляться їсти в компанії та відчують до себе відразу, сором та почуття провини [79].

Основні психологічні причини схильності до переїдання визначають:

- підсвідоме бажання захиститись від зовнішнього світу, жировий прошарок своєрідний панцир-захист;
- нестача уваги в дитинстві, тоді дитина підсвідомо починає набирати вагу, щоб стати помітною для батьків;
- заїдання хвилювання, стресу. Якщо в дитинстві цукерка була найкращою втіхою, цей механізм залишається актуальним і у дорослому віці;
- невпевненість у собі. Підсвідоме набуття зайвої ваги, щоб здаватись соліднішим, вагомішим;
- психологічне або фізичне насилля провокую до суттєвого підвищення ваги, аби стати менш привабливими та захистити себе від подібного у майбутньому;
- небажання подобатись протилежної статі;
- одержання задоволення лише від їжі, коли людина не вміє радіти іншим речам;
- перед вживанням їжі ненажери відчуваються спустошеними і покинутими, вони не можуть задовільнити себе емоційно і тому вдаються до єдиного їм доступного способу.

Лікування проводиться за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, міжособистісної терапії, використання медикаментозної терапії.

Унікаючий або обмежувальний розлад прийому їжі зазвичай виникає в дитинстві, але може розвинутись у бідь-якому віці. Розлад може мати генетичні та психоемоційні компоненти, включаючи травму, тривогу, аутизм та порушення розвитку. Може нагадувати розбірливість в їжі, що характерно для дитячого віку, але відрізняється від неї. Вони можуть не їсти, тому що втрачають цікавість до їжі, або ж побоюються, що споживання їжі може привести до задущення або блювання. Вони можуть уникати певних продуктів через їх сенсорні характеристики як колір, консистенція, аромат.

У хворих на унікаючі або обмежуючі розлади прийому їжі спостерігаються такі симптоми:

- може призводити до значної втрати, або нездатність рости належним чином;
- значно погіршує соціальне функціонування, наприклад участь у сімейних трапезах;
- значний дефіцит поживних речовин;
- залежність від ентерального харчування (через зонд) або пероральних добавок;
- помітне порушення психоемоційного функціонування.

Лікування проводять за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, щоб допомогти хворому нормалізувати своє харчування, а також допомогти знизити занепокоєність про те, що вони їдять.

Розлади піка, або пікацизм – це постійне вживання в їжу нехарчових речовин, таких як папір, глина, бруд, волосся, крейда, мотузка, вовна. Не діагностується у дітей до 2-х років. Розлади піка розповсюджені під час вагітності, що часто є ознакою дефіцитів мікро та макроелементів.

Якщо виключено психічні розлади, що порушують функціонування такі як аутизм, розумова відсталість та шизофренія, а вживання нехарчових продуктів продовжується від 1 місяця і більше, то рекомендовано застосовувати методи модифікації поведінки, але мало відомо про ефективні методи, що дійсно мають ефект.

Розлади румінації – це багаторазове зригування їжі після харчування їжі, відбувається без нудоти, або позивів до блювання, можуть бути довільними. Їжа може бути виплюнута або проковтнута, деякі пережовують їжу перед повторним проковтуванням. Може виникати у немовлят, підлітків або дорослих.

Зригування може бути навмисним або спонтанним і часто може спостерігатись під час сесії. Психологічну корекцію варто розпочинати лише, якщо виключено захворювання шлунково-кишкового тракту, а симптоми мають неодноразовий прояв протягом одного місяця і більше. Лікування проводиться за допомогою поведінкової модифікації в тому числі з використанням когнітивно-поведінкових стратегій [79].

Причини розладів харчової поведінки розрізняють фізіологічні, соціальні та психологічні фактори. До фізіологічних проблем належать метаболічні проблеми, гормональний дисбаланс, низький рівень серотоніну та відхилення в роботі механізмів насичення [20].

Виготський Л. С. розглядав харчову поведінку як результат психологічно-соціокультурної активності, вона спрямована на задоволення не тільки фізіологічних або біологічних потреб особистості, але у першу чергу, соціальні та психологічні [13, с 108].

Л. Вольнова відзначила негативну роль дієти на емоційну харчову поведінку та її порушення у хворих на ожиріння. На її думку, дотримання дієти може призвести до емоційної нестабільності (дієтичної депресії), яка спонукає пацієнтів змінювати свій емоційний стан через звичний режим харчування. Іншим фактором є так зване «вагове плато» — припинення втрати ваги, що в свою чергу призводить до розчарування та припинення дієти [14, с.21].

Серед психологічних факторів розладів харчової поведінки особливо помітним є вплив установок і стилю виховання батьків на розвиток дітей. Цей тип сім'ї характеризується недостатньою турботою про дітей, байдужістю, емоційною апатією. Часто зустрічаються матері, які є відвертими перфекціоністами, владними та владними. Батьки, як правило,

замкнуті, не беруть участі у вихованні та емоційно стримані. Крім того, батьки не підтримують прагнення дитини до самостійності і часто дають протилежні оцінки, що викликає у неї відчуття незахищеності та власної неадекватності [14].

Згідно з Л. Боернером та ін., батьки часто використовують їжу, щоб закріпити бажану поведінку у дитини, і навпаки — караючи її, не даючи їй чогось смачненького. У той же час привабливість цукерок різко зростає. Крім того, саме під наглядом батьків діти дізнаються, що все, що є на їхній тарілці, має бути з'їдено, особливо в малозабезпечених сім'ях. Автор підкреслює, що вміння відкладати задоволення потреб, терпіти голод, долати невдачі, протистояти прийому їжі є здатністю до саморегуляції, яка поступово набувається в процесі навчання і виховання. Постійне харчування можна розглядати як поведінковий дефіцит, тоді як дефіцит контролю над їжею може бути вбудований у загальний дефіцит саморегуляції [51].

Х. Рабуховська серед найважливіших факторів розладів харчової поведінки він виділив специфіку стосунків у ранньому дитинстві, способи годування дітей до року, депресію, стрес або тривогу, сімейні проблеми та конфлікти [35]. Людина розвиває несвідому реакцію на стресор і використовує звичні, автоматичні моделі харчової поведінки, не розуміючи її справжньої причини.

У дослідженні З. Карпенко зі співавторами отримані результати показали, що схильність студентів до розладів харчової поведінки пов'язана з наявністю депресивних симптомів, при цьому основний акцент припадає на примхливість і сонливість. Автори описують розлади харчової поведінки як звички з компульсивними, мимовільними ознаками, які призводять до автоматизму та не усвідомлюються індивідом [17, с. 361].

Ковальчук З. С. досліджувала людей з розладами харчової поведінки та встановила, що для них характерні депресія, істеричність, егоїзм, самотність, надмірна вимогливість до себе, перфекціонізм. Крім того, жінки з розладами харчової поведінки намагаються приховати свої харчові

бажання від оточуючих і намагаються компенсувати проблеми з харчовою поведінкою іншими досягненнями. Авторка вважає, що респондентки не можуть визнати власні недоліки та невідповідні своїм ідеалам, цінність їжі для них стоїть на першому місці, а переважна більшість занять та інтересів пов'язані з приготуванням їжі та прийомом їжі [19].

В. Щербанова вказує на домінуючу роль перфекціонізму в розладах харчової поведінки. Прагнення до ідеального тіла та дихотомічне мислення (товстий і худий) можуть змусити перфекціоністів надмірно стурбуватися своєю вагою та зовнішнім виглядом. Вони пред'являтимуть до себе непомірні вимоги і намагатимуться дотримуватися занадто жорсткої дієти, що може призвести до подальшого психічного розладу [46]. За словами Б. Волша, дотримання дієти дозволяє жінкам з розладами харчової поведінки відчувати позитивні емоції: вони відчують себе успішними, вірять у власні сили, підвищують самооцінку та почуття переваги над іншими. . Натомість у ситуаціях невдачі та переїдання вони принижують себе та перекреслюють свої досягнення [102].

Сучасні дослідження намагаються пояснити психологічні переваги переїдання. Так, Дж. Бейкер та Н. Спілейн твердять, що люди, які переїдають, приховують (прикривають) проблеми в інших сферах свого життя, намагаючись пояснити свої страждання проблемами переїдання, а не тими, що знаходяться поза їх контролем [49]. Це означає, що переїдання або надмірна вага маскують інші життєві проблеми. Друге припущення, яке пояснює «переваги», бажаність переїдання, припускає, що людина досягає стану комфорту, споживаючи велику кількість їжі. У цьому стані людина відчуває себе комфортно, дає відчуття безпеки і знімає дискомфорт. Відповідно до гіпотези відволікання, процес купівлі продукту, приготування їжі та споживання їжі може бути захоплюючим сам по собі, дозволяючи людині відвернути увагу від проблем до приємного проведення часу [63].

Важливою причиною харчових розладів є стосунки дитини з матір'ю. Якщо дитина годує через будь-яку негативну емоцію чи хвилювання, вона

не зможе розпізнати голод, а також переживання страху чи тривоги [42]. Концепція алекситимії пропонує подібне пояснення: нездатність розрізняти тілесні відчуття та емоції може призвести до «з'їдаючого» стресу та тривоги.

К. Фрідман та співавтори окреслили важливу роль депресії у розвитку розладів харчової поведінки. Згідно з ними, люди з ожирінням відчують стигматизацію через надмірну вагу, що може негативно вплинути на їхню соціальну, міжособистісну самооцінку, призвести до почуття провини та депресії, а також призвести до депресії [66]. Крім того, одним із факторів розладів харчової поведінки, особливо явної харчової поведінки, є імпульсивність [33], яка зумовлює супутні захворювання (алкоголь, паління, наркоманія тощо).

М. Гупта, згідно з його висновками, першу групу складають високофункціональні пацієнти з вираженим перфекціонізмом, другу - пацієнти з обмежувальною поведінкою, третю - емоційно неконтрольовані пацієнти, які не можуть контролювати себе і відрізняються високою імпульсивністю [68]. Цікаво, що друга група пацієнтів намагається надмірно контролювати себе, обмежується задоволенням потреб у позитивних емоціях, інтимній близькості, сексуальному потягу, а потім відповідає безладним прийомом їжі.

В. Смоляр та Г. Петрашенко підкреслюють домінуючу роль емоційно-вольових рис у розвитку розладів харчової поведінки. Встановлено, що у жінок із зайвою вагою та схильністю до дієт спостерігаються ознаки гіперестезії: підвищена чутливість, збудливість, швидка стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, емоційна лабільність [42, с. 95-96]. Також були виявлені знижені пороги збудливості, пов'язані зі стимулами, що провокують тривогу, ознаки збудження, нервозності, невпевненості в спілкуванні, погана толерантність до очікування, нетерплячість і нерішучість. Для самок характерний високий ступінь непрямой агресії, ворожий стиль спілкування, недовіра до оточуючих, обережність у спілкуванні з оточуючими.

1.3. Розлади харчової поведінки викликані екстремальними та кризовими ситуаціями, подіями воєнного характеру

Українська війна, безперечно, торкнулася кожного українця, залишила відбиток у серцях і свідомості солдатів і мирних жителів, змінила історію нашої країни, змінила поведінку і спосіб життя кожного окремого українця.

У тому, як український народ переживає ці травматичні події, є колективні та індивідуальні процеси.

Те, як кожен із нас бореться за виживання на індивідуальному рівні, і як ми дбаємо про свою фізичну та психічну стабільність, безпосередньо впливає на динаміку всього соціального групового процесу.

Війна – потужний стресор, який не зрівняється з мирним життям, тому стресова реакція організму на воєнні події непередбачувана. Ми всі зараз у стресі, кожен по-своєму реагує та адаптується до життя в умовах воєнного стану. Під впливом стресора змінюється не лише робота наших внутрішніх органів — ми також реагуємо на стрес, змінюючи свою поведінку. Зміни в харчовій поведінці можуть варіюватися від «відсутності їжі в роті» до «їсти весь час» (навіть без розладу харчової поведінки)

У воєнний час люди перебувають у постійному фізичному стресі (наприклад, недоїдання, перепади температур, відсутність належної особистої гігієни тощо) та психологічному стресі (наприклад, постійна небезпека, пильність щодо можливих саморобних вибухових пристроїв чи снайперів, або жертв чи смертей). І зрозуміло, що більшість з них так чи інакше відреагує. Ці реакції зазвичай проявляються як сильний страх (наприклад, інтенсивна реакція на гучні звуки), підвищена пильність (боксер завжди наготові та готовий до дії), кошмари/жах, дратівливість, труднощі зі сном тощо. Хоча все це звучить негативно, деякі з цих реакцій вважаються адаптивними, включаючи надмірний страх і підвищену пильність, а також інші реакції на бойовий стрес, такі як підвищена витривалість, підвищена витривалість, відчуття компетентності тощо (тобто не всі реакції на стрес є негативними) .

Багато людей, які пережили емоційну травму, відчувають короточасні симптоми та проблеми одразу після травматичної події, гостру реакцію на стрес, яка зникає протягом кількох днів або тижнів. Такий травматичний процес є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію.

Стрес, викликаний війною, відрізняється від повсякденного, оскільки, здебільшого він перевищує нашу здатність адаптуватися та змінюватися. Хочеться додати, що до такого нас не готували та не вчили. Також війна це подія довготривалого характеру, а отже і стресові фактори, що виникають щоденно в умовах війни можуть бути різноманітні.

Воєнна психологія має справу в першу чергу, з проблемами адаптації суспільства, соціальних груп, особистості до стану війни та виведення із стану війни й адаптації до мирного життя. Ці, якісно відмінні від традиційного мирного життя, перехідні стани ще на початку ХХ століття були позначені В. Озером терміном – воєнний стрес [34].

Гостра хвороба [19] триває не менше двох днів - але не більше чотирьох тижнів. Гострий стресовий розлад можна не відрізнити від ПТСР протягом місяця після травми, за винятком того, що шок може виникнути під час або відразу після травми. Характеризується уповільненням розумової та рухової активності. При цьому спостерігаються стани відчуження, розлади дереалізації, коли навколишні предмети сприймаються як неприродні, іноді нереальні, «неживі», змінюється сприйняття звуку, стають іншими голоси людей, відчуття зміни відстані між оточуючими предметами. .

Найчастіше люди реагують на екстремальні події психомоторним збудженням, що проявляється надмірними, швидкими, а іноді й безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людина відчуває труднощі з концентрацією та відновленням інформації, особливо у зв'язку з травматичними подіями, пов'язаними з порушенням короточасної пам'яті. Швидкість розмови збільшується, голос стає вищим, а модуляція слабшою. Часто повторюються

одні й ті ж фрази, мова може бути монологічною, а судження поверхневими. У такому стані важко зберігати поставу: люди то лежать, то встають, то ходять безцільно. Можуть виникати вегетативні розлади (тахікардія, підвищення артеріального тиску), почервоніння обличчя, підвищена пітливість, відчуття спраги або голоду.

Воєнні події сповненні різноманітних стресових факторів, які своїм мортидальним впливом можуть погіршувати як психологічний так і фізичний стан людини. Люди які під час війни пережили психотравматичні події, часто закриваються у собі, втрачають інтерес до спілкування, життя. Наслідком хронічного стресу можуть стати не тільки психологічні розлади, а й хронічні захворювання органів травної системи та серцево-судинної системи.

Коли реальна загроза зникає, настає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу травматичної ситуації (від 15 до 30 днів). Зазвичай у такому стані не скаржаться і не просять допомоги. Без фізичного навантаження люди відчують порушення сну, зміну харчової поведінки, втрату ваги, прискорений пульс, підвищення артеріального тиску, частішає дихання.

В воєнних реаліях люди живуть в стані постійної небезпеки та готовності у будь яку мить тікати, а отже працює найважливіший інстинкт людини – вижити. При гострому стресі інші базові потреби як то сон, потреба в їжі чи воді відходять на другий план. Перебування організму в стані критичної готовності, призводить до того, що м'язова система знаходиться в постійній напрузі.

Стресові ситуації можуть призводити до панічних атак та приступів істерії. Крім того часто стресові ситуації, особливо довготривалі стреси, а тим паче стреси пов'язані з подіями воєнного характеру, через свою специфіку часто призводять до безсоння. Довготривале безсоння також може призводити до погіршення самопочуття, та здоров'я людини. А чим більше незадоволених базових потреб має людина, тим вищий ризик розвитку різноманітних поведінкових розладів.

З початком тотальної війни в Україні ми стали свідками загострення проблем психічного здоров'я серед цивільного населення, і розлади харчової поведінки (РХП) не є винятком.

У кожного своя реакція на стрес, хтось починає переїдати, а хтось навпаки – відмовляється від їжі. Ця зміна харчової поведінки може супроводжуватися коливаннями маси тіла, що може бути не тільки важливим тригером у пацієнтів з розладами харчової поведінки, а й спровокувати розвиток РХП.

Так, екстремальні та кризові ситуації, зокрема події воєнного характеру, можуть викликати розлади харчової поведінки у людей. Це може бути спричинено кількома факторами:

1. Стрес: Воєнний конфлікт призводить до великого рівня стресу серед людей. Стрес може впливати на апетит та харчові пристрасті. Деякі люди можуть втрачати апетит і відмовлятися від їжі, тоді як інші можуть шукати комфорту в їжі та переживати переїдання.

2. Недоступність харчових продуктів: Воєнний конфлікт може призвести до обмеженості доступу до їжі. Люди можуть бути змушені жити у зоні конфлікту або біженцями, де може бути обмежений доступ до харчових продуктів або нестабільний ринок з продуктами харчування. Це може викликати недоїдання, або неправильне харчування, зловживання простими вуглеводами.

3. Психологічні травми: воєнний конфлікт може призводити до психологічних травм, депресії та тривожності. Люди можуть використовувати їжу як засіб заспокоєння або засіб втекти від емоційного дискомфорту. Це може призвести до розвитку розладів харчової поведінки, таких як обжерство, булімія або анорексія. Або повна відмова від їжі через нервову перенапругу та психологічні травми і як наслідок може розвинути нервова анорексія.

4. Зміни в соціальному середовищі: Воєнний конфлікт може змінити соціальне середовище, включаючи зміни в рутині, втрату близьких людей та переїзд. Ці зміни можуть впливати на харчування, включаючи зміну харчових

звичок, втрату інтересу до їжі або використання їжі як засобу знайти комфорт у нових умовах.

5. Загострення хронічних захворювань, або виникнення нових, внаслідок впливу подій воєнного характеру, що спричиняє погіршення процесу харчування, вимагає дотримання певного виду дієти довгий час та може призводити до набору ваги (порушення вуглеводного обміну, гормональні порушення), або зниження ваги (порушення резорбції з шлунково-кишкового тракту, виникнення виразково-колітних хвороб на фоні пережитих травмуючих подій).

Розлади харчової поведінки, спричинені екстремальними та кризовими ситуаціями, потребують серйозної уваги та підтримки. Важливо забезпечити людей, які переживають такі ситуації, доступ до належних харчових ресурсів, медичної допомоги, психотерапевтичної допомоги та психологічної підтримки.

Зараз багато людей помилково вважають, що навіть якщо ти в безпеці і в хороших умовах, ти повинен страждати. Але варто нагадувати всім і собі в першу чергу, що зараз настав час для кожного з нас максимально подбати про себе, насамперед про себе, своє фізичне та психічне здоров'я. В екстремальних та кризових ситуаціях варто використовувати правило літака: «спочатку одягнути кисневу маску на себе, потім допомогти оточуючим».

Також досить поширеною є ситуація коли люди наче впадають в анабіотичний стан і просто продовжують існувати, відкладаючи життя на потім, наче поставивши його на паузу. Тут можна побачити прояви від «веселитись, одягати гарні сукні, фарбуватись, ходити в ресторан, кафе, театри буду потім, після того як завершиться війна» до відверто депресивних проявів з втратою інтересу до життя. Такі психологічні стани також можуть призводити до розладів харчової поведінки як переїдання, так і відмови часткової або повної від їжі.

Оскільки організм реагує на стрес, а потім повертається до норми чи відносної норми, втрачений апетит внаслідок стресу також поступово

відновлюється і апетит повертається. В цей час можливо відхилення в інший бік, людина може почати їсти більше звичайного, що теж нормально. Дефіцит їжі викликає компенсаторну харчову поведінку. Оскільки наше тіло керується властивими йому інстинктами виживання, для того, щоб забезпечити безперервність життя, воно намагається надолужити те, чого не вистачає (підвищений апетит), і зробити запас (умовне переїдання) на випадок, коли знову отримає їжу.

Якщо людина не отримує необхідну кількість їжі кілька днів поспіль, то, коли з'являється така можливість, людина несвідомо намагатиметься заповнити нестачу, щоб відновити рівновагу. Людський мозок (найстаріша частина) починає працювати в режимі виживання і намагається накопичувати ресурси, стимулюючи споживання їжі.

Про компенсаторну харчову поведінку добре написано в книзі «Психолог у концтаборі», де автор описує власний досвід у концтаборах. В. Франкл писав про жахливі умови життя в'язнів, мізерні наднизькокалорійні раціони та загальне недоїдання, від якого вони страждали під час перебування в полоні. І коли він виявився одним із небагатьох щасливчиків, хто вижив, у його книзі про його «свободу від харчових обмежень» йдеться:

«Тіло вивільняє його швидше, ніж мозок. Воно повністю використовує свою свободу з самого початку. Починає їсти годинами й днями, навіть посеред ночі. Дивно, скільки їжі можна з'їсти».

Так, як не парадоксально, більшість випадків переїдання викликані досвідом недоїдання.

З часом інтенсивність цього компенсаторного потягу до їжі повинна зменшуватися, а механізми природного харчування повинні відновлюватися. Важливо відзначити, що коли людина в цей період починає «відбирати їжу», вона провокує негативну реакцію власного організму в циклі «обмеження-переїдання».

Екстремальні та кризові ситуації, включаючи події воєнного характеру, можуть викликати розлади харчової поведінки у людей. Це може

бути пов'язано з різними факторами, включаючи фізичний, емоційний та психологічний стрес, обмежений доступ до їжі, зміни в звичках харчування та нестабільність умов життя.

Розлади харчової поведінки, спричинені екстремальними та кризовими ситуаціями, можуть мати наступні наслідки:

1. Недоїдання: У воєнних конфліктах доступ до їжі може бути обмежений або недостатнім. Недостатнє харчування може призвести до недоїдання, де людина не отримує достатню кількість необхідних поживних речовин. Це може призвести до загрози здоров'ю, втрати маси тіла, слабкості та імунодепресії;

2. Надмірне харчування: Зворотна ситуація також можлива, коли стрес та емоції, пов'язані з воєнним конфліктом, призводять до надмірного споживання їжі. Деякі люди можуть використовувати їжу як засіб заспокоєння або втіхи у стресових ситуаціях, що може призвести до надмірного набору ваги та здоров'я;

3. Екстремальні ситуації можуть сприяти розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія (патологічний страх перед набором ваги та відмова від їжі) або булімія (періодичне переїдання та спровоковане блювання або вживання засобів, щоб уникнути набору ваги). Стрес та нестабільність можуть поглиблювати ці розлади;

4. Психологічні проблеми: Екстремальні ситуації впливають на психологічний стан людей. Розлади харчової поведінки можуть бути спробою людини знайти контроль або впоратися з емоційними та психологічними труднощами, пов'язаними зі стресом воєнного конфлікту.

У період воєнного конфлікту, люди можуть зазнавати стресу, тривоги, депресії та травми, що може вплинути на їхні звички харчування. Деякі люди можуть реагувати на стрес, звертаючись до надмірного переїдання або, навпаки, втрачаючи апетит. Відсутність стабільного доступу до їжі із-за зруйнованих інфраструктур, обмежень на переміщення та відсутності необхідних ресурсів також може сприяти розвитку розладів харчової поведінки.

Розлади харчової поведінки, такі як анорексія, булімія або компульсивне переїдання, за даними спеціалістів «Асоціації лікарів та психологів. Розлади харчової поведінки: терапія та превенція», важко піддаються коригуванню, або не піддаються зовсім, поки людина знаходиться під впливом подій воєнного характеру та не може забезпечити свої базові потреби. Через розлади харчової поведінки особистість може намагатись взяти хоч якусь частину свого життя під контроль, може бути спробою контролювати власні емоції або намаганням відволіктися від негативних думок та почуттів.

Важливо підтримувати фізичне та психологічне здоров'я в умовах екстремальних ситуацій. Доступ до адекватного харчування, медичної допомоги та психологічної підтримки може бути важливим для запобігання розвитку та лікування розладів харчової поведінки.

Якщо на безпеку та наявність адекватного харчування в умовах війни вплинути важко, то на психологічну підготовленість, можливо. На мою думку, особливо в умовах подій воєнного характеру суспільство має бути максимально обізнаним та розуміти що відбувається не тільки фізіологічно з тілом, але й ментально з психікою особистості.

Якщо в достатній мірі проводити психоедукаційні заходи, що особливо важливе в умовах подій воєнного характеру як для цивільних, так і для військових то стикаючись в житті з проявами розладів харчової поведінки у себе, або оточуючих, люди матимуть змогу на більш ранніх етапах помітити розлад та забезпечити вчасність звернення до спеціалістів за допомогою, аби уникнути важких наслідків для життя та здоров'я особистості. Бо як вже вказувалось раніше, саме розлади харчової поведінки мають один з найвищих показників летальності серед інших психологічних розладів.

Такі заходи можуть бути організовані як в рамках навчальних закладів, так і відповідними асоціаціями та спілками, для проведення просвітницької роботи серед відповідних верств населення. Особливу увагу психоедукації в умовах подій воєнного характеру варто приділити особливо

вразливим підліткам та молоді, адже розлади харчової поведінки останніми роками почали фіксувати вже навіть в дитячому віці. Тож дуже важливо щоб викладачі, вчителі, та вихователі теж мали достатні знання з розладів харчової поведінки, адже вони також входять в коло осіб, які можуть першими помітити тривожні прояви і запобігти серйозним наслідкам розвитку розладу.

Важливо розуміти, що робота з розладами харчової поведінки має проводитись мультидисциплінарною командою фахівців, що співпрацюють між собою: психотерапевт, психіатр, лікар загальної практики та лікар вузької спеціалізації за потреби. В такій співпраці можливі найкращі результати, адже часто робота з розладами харчової поведінки необхідне стаціонарне лікування та медикаментозна підтримка, в важких випадках палата інтенсивної терапії.

Висновки до розділу 1

Аналіз наукової літератури, публікацій, дописів та інформація отримана на вузькоспеціалізованих курсах з проблематики розладів харчової поведінки та фактори, що на них впливають, дозволяє зробити наступні висновки.

Розлади харчової поведінки - це група психологічно детермінованих синдромів, при яких людина їсть не для насичення, а для усунення емоційного дефіциту та покращення настрою. Розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, булімію, компульсивне переїдання, унікаючий або обмежувальний розлад та інші. Також виділяють розлади харчової поведінки – відхилення в споживанні їжі, яке не є захворюванням, але заважає людині повноцінно функціонувати, як обмежувальна та зовнішня харчова поведінка.

Така харчова поведінка відома як емоційна, коли людина їсть не тоді, коли вона голодна, а під впливом негативних емоцій і переживань. Існує два підтипи емоційної харчової поведінки: компульсивна поведінка та синдром нічного переїдання. Обмежувальна харчова поведінка відома як регулярне дотримання суворої дієти, яка може призвести до емоційної нестабільності

та призвести до нервових зривів і переїдання. Зовнішня харчова поведінка характеризується підвищеною чутливістю пацієнта до внутрішніх харчових стимулів, але підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів: обіднього столу, їжі, яку їдять інші, реклами продуктів.

Соціальні причини розладів харчової поведінки передусім передбачають вплив суспільства на норми та цінності, пов'язані з естетичними ідеалами та харчовими звичками. Загальноприйняті ідеали худорлявості асоціюються з успіхом і здоров'ям і змушують дівчат і жінок непропорційно зосереджуватися на проблемах із зайвою вагою. Серед психологічних факторів розладів харчової поведінки особливо помітним є вплив установок і стилю виховання батьків на розвиток дітей. Цей тип сім'ї характеризується недостатньою турботою про дітей, байдужістю, емоційною апатією. Дослідники також вказують на депресію, імпульсивність, істерію, егоїзм, самотність, надмірну вимогливість до себе, перфекціонізм, незадоволеність життям, стрес, тривогу та сімейні конфлікти як психологічні чинники харчових розладів.

Події воєнного характеру може виступати потужним стресовим фактором, під впливом якого у людей можуть розвиватись ПТСР, тривоги, панічні атаки, депресії та інші травми, що може впливати також на їх відношення до їжі та впливати на звички харчування. Дехто може реагувати на стрес, звертаючись до надмірного переїдання, інші навпаки, втрачаючи апетит. Відсутність стабільного доступу до їжі із-за зруйнованих інфраструктур, обмежень на переміщення та відсутності необхідних ресурсів також може сприяти розвитку розладів харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ПОДІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ

2.1. Організація та методики емпіричного дослідження розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру

Теоретико-методологічний аналіз феномену розладу харчової поведінки під час подій воєнного характеру зумовив необхідність проведення емпіричних досліджень цього питання. Наше дослідження мало на меті вивчити зв'язок між подіями воєнного характеру та харчовою поведінкою особистості.

Ми ставимо такі завдання:

1. Вивчення впливу стресових ситуацій, викликаних війною, на харчову поведінку особистості;
2. Визначення рівня харчового здоров'я;
3. Дослідження зв'язку між подіями воєнного характеру та харчовою поведінкою особистості;
4. Розроблення практичних рекомендацій щодо профілактики адиктивної харчової поведінки у осіб, що пережили стрес пов'язаний з подіями воєнного характеру.

Емпіричний матеріал було зібрано шляхом Google-опитування людей різного віку. У віковій групі 16-68 років 42 особи, з них 32 (76,19 %) жінки і 10 (23,809 %) чоловіків.

Ми припустили, що наступне дослідження, яке окреслить цю тему, дасть можливість охопити більшу кількість людей, щоб підтвердити отримані результати та визначити взаємозв'язок між подіями воєнного характеру та харчовою поведінкою особистості.

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань було проведене емпіричне дослідження розладів харчової поведінки, зумовлених подіями воєнного характеру.

Етапи дослідження:

1. Організація та проведення діагностики порушень харчової поведінки у осіб, що постраждали від війни в Україні, за допомогою блоку психодіагностичних методик.

2. Оброблення групових результатів, обрахування описових статистик та відсотків по кожній методиці, представлення отриманих даних у вигляді таблиць та діаграм.

3. Встановлення порушень харчової поведінки за допомогою методів математичної статистики.

4. Розроблення та апробація програми психокорекції розладів харчової поведінки у осіб, що постраждали від війни в Україні.

5. Узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків.

1. Для проведення дослідження було використано ряд опитувальників, що дозволяють виявити індивідуальні симптоми, особливості харчової поведінки та клінічну форму розладу: особистий модифікований метод тематичного ретроспективного аналізу (MTRA-food); тест ставлення до їжі EAT-26 (Eating Attitudes Test); Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ); опитувальник щодо розладів харчової поведінки Eating Disorder examination questionnaire (EDE-Q).

1. Модифікований метод тематичного метода ретроспективного аналізу (MTRA-food).

У дослідженні використовується особистий модифікований метод тематичного метода ретроспективного аналізу (MTRA-food) (Додаток В). Основою методології MTRA-food є біографічний підхід, який дозволяє реконструювати повний індивідуальний спосіб життя, виявляючи стійкі способи взаємодії людини з макро- та мікрочинниками середовища. Дискурсивний аналіз використовувався як метод ідентифікації значення, при цьому суб'єктивний дискурс індивіда був ідентифікований як привабливий метафільтр, що визначає розвиток харчової поведінки.

Опитувальник складається з 20 питань які дають можливість об'єктивно оцінити чи могли події воєнного характеру мати вплив на харчову поведінку

особистості, як змінилась вага та чи задоволений респондент власним виглядом.

Процедура дослідження: суб'єктам було запропоновано відповісти на запитання про власну вагу та ставлення до ваги (задоволеність/незадоволеність своєю вагою, намір-бажання набрати чи схуднути, як зазначено конкретними цифрами), антропометричні дані (стать, зріст, вага), чи мали вплив події воєнного характеру на відношення до їжі та чи був обмежений доступ до їжі через вплив подій воєнного характеру. Дані обробляли за допомогою методу математичного аналізу.

2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).

Методика була розроблена в Голландії (Нідерланди) в 1986 році для діагностики обмежувальних, емоційних і екстремальних розладів харчової поведінки. Дана робота проводилась на кафедрі харчування та соціальної психології аграрного університету. Завдання цієї методики — кількісна оцінка специфічних розладів харчової поведінки, що призводять до ожиріння, що супроводжується переїданням (Додаток В).

Валідацію методу проводили на вибірці з 1170 осіб, розділених на групи чоловіків і жінок, з ожирінням і без нього. Теорія розладу харчової поведінки, яка пояснює переїдання як емоційну харчову поведінку, зовнішню чи обмежувальну, стала обґрунтуванням для тесту.

Емоційне харчування - це розлад, при якому стимулом до їжі є не голод, а негативні емоції. Тобто людина їсть не тому, що вона голодна, а тому, що відчуває тривогу, напругу, збудження, стрес тощо. Як правило, людина з цим розладом харчової поведінки прагне їсти багато солодощів або випічки, щоб змінити свій емоційний стан і відновити спокій і впевненість у собі.

Зовнішня харчова поведінка характеризується почуттям голоду у відповідь на зовнішні подразники: смачна їжа, реклама, спостереження за їжею іншої людини тощо. Якщо для здорової людини почуття голоду залежить від рівня глюкози в крові, наповненості шлунка та перистальтики,

то для людини з цим розладом харчової поведінки воно залежить від зображення продуктів, їх запаху та зовнішнього вигляду, а також від їжі.

Обмежувальна харчова поведінка відноситься до несистематичного самообмеження нездатності індивіда підтримувати їжу протягом тривалого часу, що призводить до декомпенсації в психічній і вегетативній сферах. В результаті суворої дієти людина відчуває емоційну нестабільність, що може призвести до повернення до нормального харчування або переїдання.

Методика складається з 33 тверджень, які випробувані повинні оцінити за шкалою від 1 до 5: ніколи – 1, рідко – 2, іноді – 3, часто – 4, дуже часто – 5. В 31 питанні оцінювання відбувається навпаки де: дуже часто - 1, часто – 2, іноді – 3, рідко – 4, ніколи – 5 балів.

Обробка результатів: кожен показник у 3 шкалах (емоційна, зовнішня та обмежувальна харчова поведінка) розраховувався окремо. Для цього суму балів за шкалою ділять на кількість питань, тобто обчислюють середнє арифметичне.

Нормальними вважалися такі бали: за шкалою обмежувальна харчова поведінка – 2,4 бала, емоційна – 1,8 бала, зовнішня – 2,7 бала. Перераховані вище показники свідчать про відсутність розладу харчової поведінки, тоді як відхилення в більшу чи меншу сторону будуть вказувати на наявність проблеми.

Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися як компульсивне переїдання та як синдром нічної їжі, характерна тим, що не відчуття фізичного голоду є фактором для прийому їжі, а емоційний дискомфорт. Їжа виконує ролі не лише насичення організму, а й заспокоєння, задоволення, розслаблення, знімає емоційне напруження, підвищує настрій.

Екстернальна харчова поведінка, пов'язана з підвищенням чутливості до зовнішніх стимулів споживання їжі: люди з такою поведінкою їдять не через відчуття голоду і зниження рівня глюкози і вільних жирних кислот у крові, а через зовнішні подразнюючі фактори, як то вигляд їжі, гарно накрытий стіл, рекламу харчових продуктів, вигляд людини яка їсть.

Обмежувальна харчова поведінка полягає в харчовому обмеженні, дотриманні суворої дієти, униканню певних видів продуктів.

Цінність даного методу полягає у виробленні рекомендацій щодо лікування хворих на основі діагностованого розладу харчової поведінки. Таким чином, у разі емоційного переїдання психологічна допомога спрямована на вирішення внутрішніх конфліктів, зосереджуючись насамперед на сенсорній сфері. У разі зовнішньої харчової поведінки рекомендується когнітивно-поведінкова терапія для виправлення неправильних моделей поведінки, тобто шкідливих звичок. Дієтичні втручання необхідні через обмежувальну харчову поведінку.

3. Тест EAT-26 ставлення до їжі (*Eating Attitudes Test*) — діагностичний інструмент, розроблений Інститутом психіатрії Кларка при Університеті Торонто (Великобританія) у 1979 році (Додаток В).

Спочатку тест ставлення до їжі використовувався для первинної діагностики нервової анорексії і складався з 40 питань. Пізніше розробники змогли модифікувати тест і створили версію EAT-26 із 26 запитаннями, які були більш зрозумілими та корисними для визначення розладів харчової поведінки.

Тест EAT-26 дав більш високі показники в оригінальній версії і виявився більш однорідним при скринінгу різних розладів харчової поведінки. Пізніше тест ставлення до їжі EAT-26 широко використовувався не тільки для діагностики нервової анорексії, а й для діагностики таких розладів харчової поведінки, як нервова булімія.

В даний час EAT-26 є найбільш широко використовуваним інструментом дослідження розладів харчової поведінки у чоловіків і жінок різного віку.

EAT-26 має 3 критерії оцінки:

1. Оцінки за 26 основних питань тесту (частина 1)
2. Поведінкові симптоми або втрата ваги за останні 6 місяців (частина 2 тесту на анорексію та булімію);

3. Недостатня вага порівняно з нормою (медичною нормою) для певного віку та статі.

ЕАТ-26 складається з 26 основних питань і 5 додаткових питань. Для проходження тесту вам необхідно відповісти на ці 26 основних питань, вибравши одну з відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «дуже часто». Всі питання окрім останнього оцінюються за шкалою від 0 до 3, де 0 – це іноді, рідко та ніколи, 1 – досить часто, 2 – зазвичай, 3 – завжди. У 26 питанні відповіді оцінюються навпаки: завжди, зазвичай, досить часто – 0 балів, іноді – 1 бал, рідко – 2 бали, ніколи – 3 бали.

Обробка результату. Від 0 до 5 балів. Харчова поведінка нормальна. Якщо зайва вага є проблемою, то причина полягає не в харчуванні, а у відсутності фізичних вправ.

Від 0 до 15 балів. Низька ймовірність розладів харчової поведінки.

Від 16 до 30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.

З 31 до 45. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

Від 46 до 60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

Від 61 до 75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

Тест ЕАТ-26 не розцінюється як самостійний інструмент, а використовується тільки для початкового скринінгу симптомів розладів харчової поведінки та дозволяє виявити певні поведінкові симптоми, установки та типи харчової адаптації.

4. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q).

Анкета обстеження (EDE-Q) складається з 28 питань, що стосуються самооцінки, складеного на основі напівструктурованого інтерв'ю Eating Disorder Examination (EDE) і створений для оцінки діапазону та тяжкості ознак, пов'язаних з діагностикою розладів харчової поведінки за допомогою 4 субшкал. EDE-Q можна використовувати починаючи з 14-ти річного віку.

За допомогою EDE-Q отримують два типи даних, що стосуються частоти ключових особливостей поведінки розладів харчової поведінки з точки зору кількості епізодів та в деяких випадках кількості днів, протягом яких така поведінка мала місце. Субшкали надають данні про тяжкість аспектів проявів розладів харчової поведінки. Опитувальник EDE-Q, має 4 підшкали, а саме: підшкала обмеження, підшкала занепокоєння щодо їжі; підшкала занепокоєння формою тіла; підшкала стурбованість вагою.

Для підрахунку певних показників підшкал, бали відповідних пунктів складаються разом та діляться на кількість питань що утворюють підшкалу. Для отримання загальної оцінки, отриманні результати 4-х підшкал сумуються та діляться на 4

Запитання опитувальника відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Запитання 1-12, 19-28 містять числові показники, характерний для особистості. Запитання 13-18 є відкритими, тому необхідно вказати конкретну та чітку відповідь.

Середні бали по опитувальнику:

Загальний бал (4 шкали) – 1,554

Підшкала обмеження – 1,251

Підшкала занепокоєння щодо їжі – 0,624

Підшкала занепокоєння формою тіла – 2,149

Підшкала стурбованістю вагою – 1,587

Якщо бали перевищують середнє значення, можна розглядати можливість прояву розладу харчової поведінки. Чим вищі бали, тим більш виражені розлади харчової поведінки.

Вище зазначені методики були використані, так як вони частіше інших використовуються для визначення наявності розладів харчової поведінки і вважаються надійними. В даному дослідженні вони були використані для збору інформації щодо наявності або відсутності розладів харчової поведінки серед респондентів що зазнали впливу війни.

За допомогою даних методик досліджувалась наявність чи відсутність розладів харчової поведінки та за допомогою підшкал було з'ясовано до якого саме типу розладу відноситься дана харчова поведінка.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

1. Особистісний модифікований метод тематичного метода ретроспективного аналізу (MTRA-food).

Дослідження проводились за допомогою гугл-форм. Що стосується взаємодії, то це індивідуальні опитування та групові опитування.

Вік респондентів був в межах від 16 років до 67. 13 респондентів у віці від 16 до 20 років включно. 14 респондентів у віці від 21 до 40 років включно. 12 респондентів у віці від 41 до 50 років включно. 4 респонденти у віці від 52 до 67 років. Отже можемо зробити висновок, що вибірка нерівномірно розподілена за віком.

Що стосується гендерного розподілу, то вибірка неоднорідна. Серед опитаних 32 жінки і 10 чоловіків. Тобто у відсотковому розподілі частка опитаних чоловіків складає 23,809 %, частка жінок – 76,19 % (рис. 2.1.)

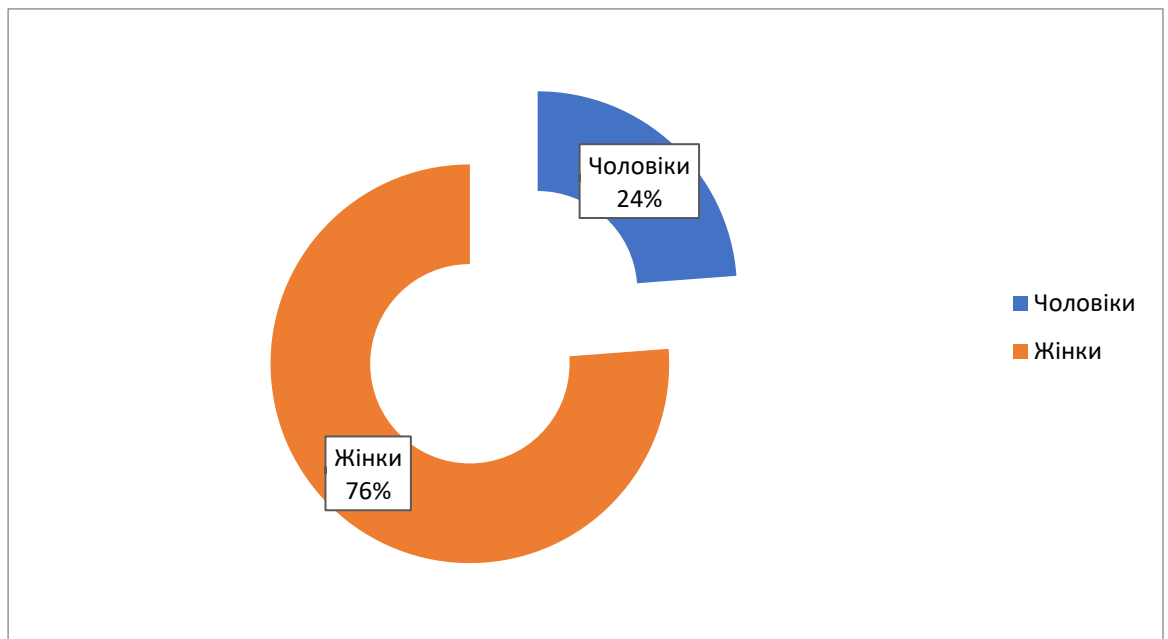


Рисунок 2.1. Розподіл опитаних за статтю

Важливими факторами дослідження були питання щодо чинників, які могли призвести до РХП, зокрема респонденти мали відповісти на питання: «Чи перебували ви в окупації?», Чи переживали ви ситуацію, в якій їжа була відсутня, або її кількість була дуже обмежена, або їжі було недостатня кількість?» та «Якщо так, то чи було це пов'язане з подіями воєнного характеру?». Відповіді респондентів представлено на (рис. 2.2.)

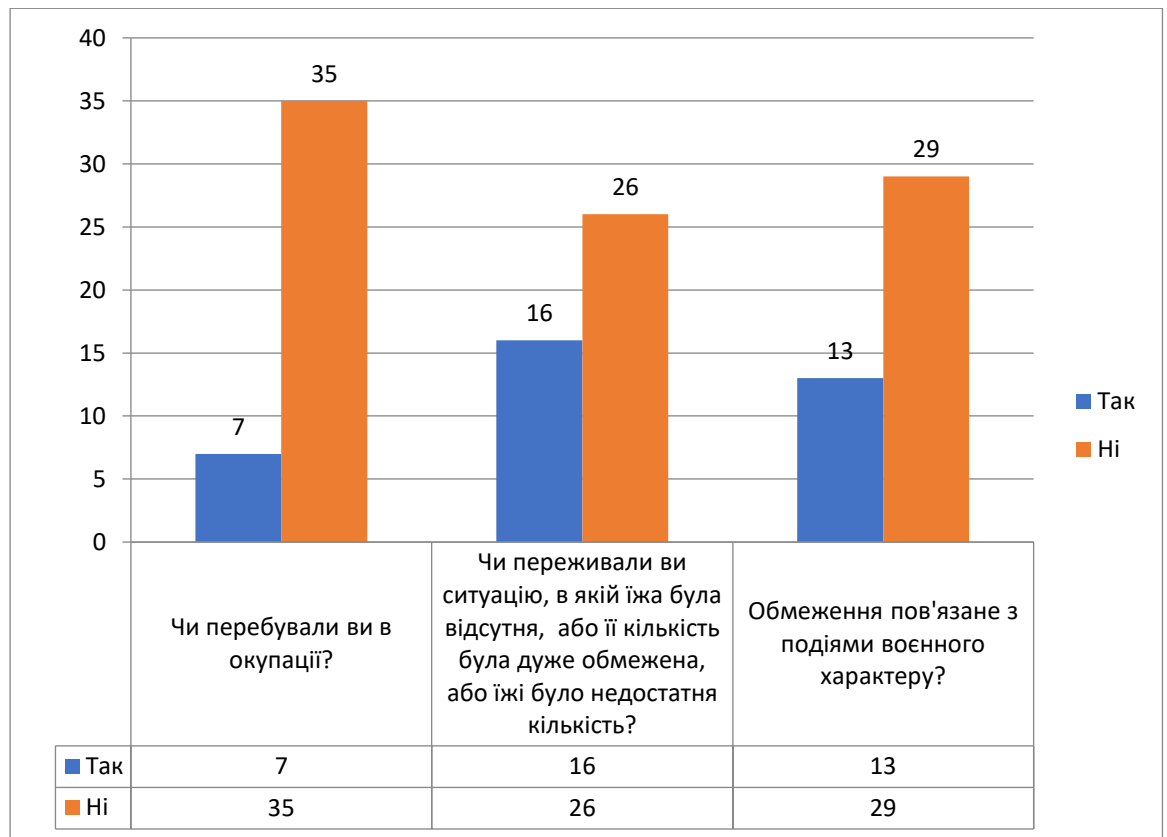


Рисунок 2.2. Чинники, які могли мати вплив на РХП

З результатів діаграми можна зробити наступні спостереження: 7 (16,666 %) респондентів перебували в окупації. 16 (38,095 %) респондентів переживали ситуації, коли їжа була відсутня або її кількість була дуже обмежена. 13 (30,952 %) респондентів зазначили що обмеження в їжі було пов'язане з подіями воєнного характеру. Це може свідчити про те, що ці особи були позбавлені доступу до достатнього харчування через воєнні події, що мали місце в їхньому регіоні. 3 (7,142 %) респонденти мали обмеження в їжі через інші події, що не мають відношення до подій

воєнного характеру. Це означає, що ці особи також зазнали обмежень у харчуванні, але це було пов'язано з іншими життєвими складнощами. Це можуть бути ситуації, коли ці люди зазнали обмежень у харчуванні через інші невоєнні обставини, наприклад, економічні труднощі, природні катастрофи тощо.

Загалом, діаграма відображає різні ситуації, коли люди зазнали обмежень у харчуванні, включаючи ті, що пов'язані з воєнними подіями та іншими причинами. Це свідчить про важкість ситуацій, які впливають на доступ до їжі і можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психологічного благополуччя людей.

Досліджуючи вплив війни на харчову поведінку, ми визначили, що важливим аспектом буде самоцінювання респондентів, тому було обрано наступні питання: «Чи змінилось у вас відношення до їжі з моменту впливу на вас подій воєнного характеру?» та «Чи змінилась Ваша вага з моменту початку впливу на вас подій воєнного характеру?». Відповіді респондентів представлено на рис. 2.3.

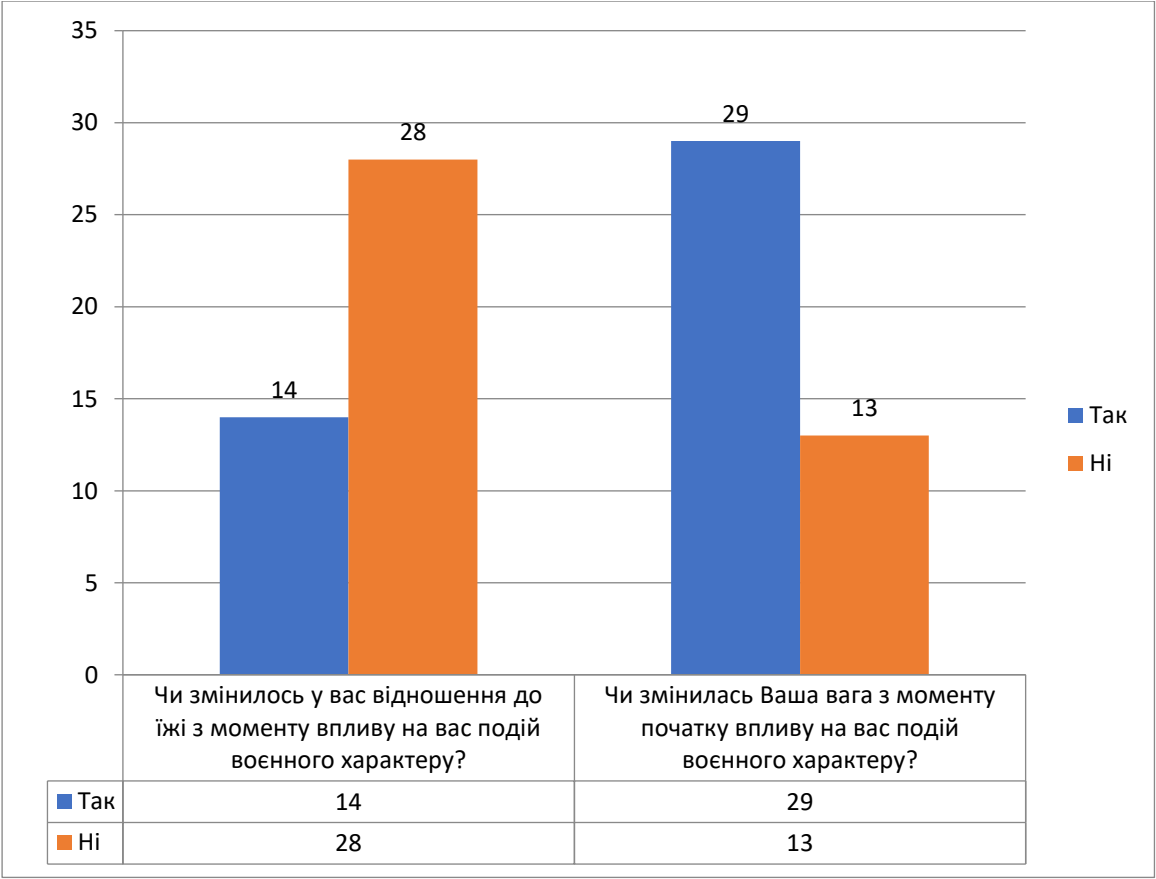


Рисунок 2.3. Вплив війни на харчову поведінку

З результатів діаграми можна зробити наступні спостереження: 29 респондентів (69,047 %) мають зміни у вазі під впливом дій воєнного характеру. Це може свідчити про те, що воєнні події мали великий вплив на харчову поведінку цих осіб. Зміни у вазі можуть бути пов'язані зі зменшенням доступу до достатнього харчування або зміною харчових звичок під впливом обставин воєнного конфлікту. 14 респондентів (33,333 %) змінили ставлення до їжі під впливом війни. Це може означати, що воєнні події вплинули на сприйняття їжі цими особами. Воєнна ситуація може спричинити зміну відношення до харчування, наприклад, зменшення інтересу до їжі, емоційні переїдання, зміни в харчових пристрастях тощо.

Загалом, діаграма показує, що воєнні події можуть мати значний вплив на харчову поведінку та ставлення до їжі. Це може бути пов'язано з фізичними, емоційними та психологічними наслідками війни, які впливають на спосіб харчування людей.

Досліджуючи питання зміни ваги було виявлено, що у 12 респондентів (28,571 %) вага залишилась незмінною. 17 респондентів (40,476 %) відзначили зменшення ваги під впливом подій воєнного характеру. І 13 респондентів (30,952 %) відзначили збільшення ваги під впливом подій воєнного характеру.

РХП напряду впливає на вагу, тому важливим аспектом було визначення меж змін серед респондентів. Результати представлено на рис. 2.4.

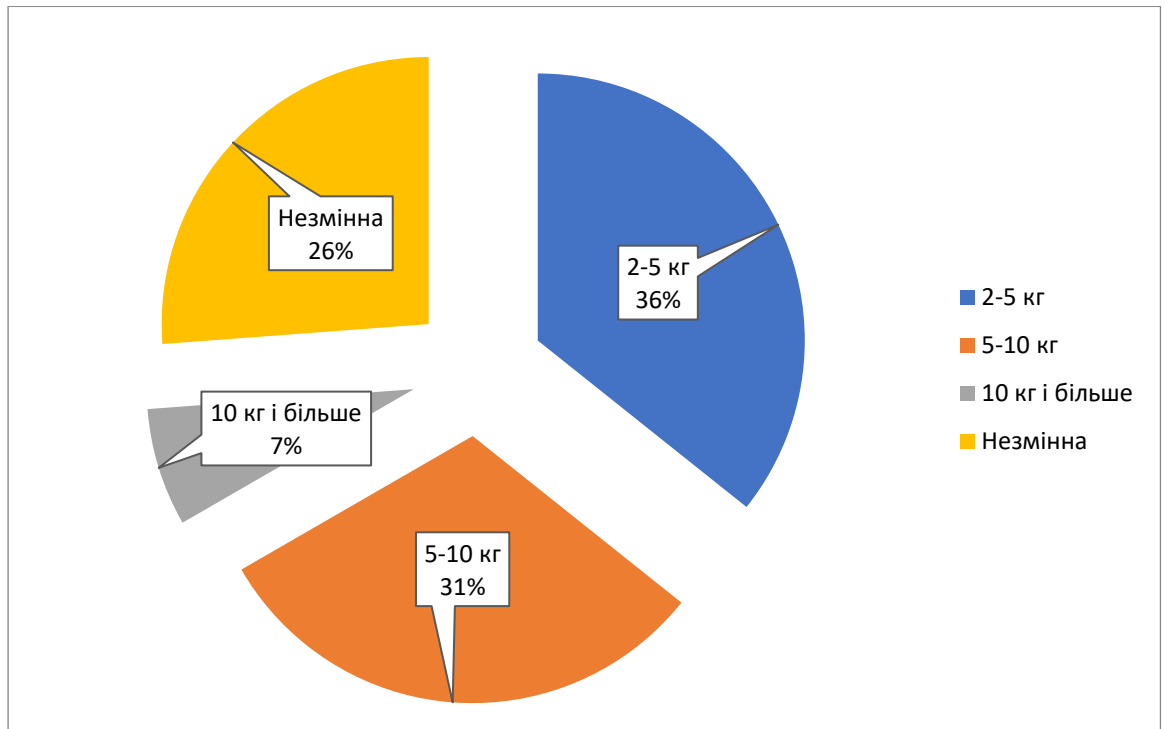


Рисунок 2.4. Межі зміни ваги під впливом подій воєнного характеру

З результатів діаграми можна зробити наступні висновки: 31 респондент помітив зміни у вазі, а це 73,809% від всіх опитаних. Це свідчить про те, що воєнні події мають значний вплив на здоров'я та харчову поведінку людей. Зміни в вазі можуть бути результатом фізичного напруження, стресу, обмеженого доступу до достатнього харчування, постійним заїданням та переїданням харчових продуктів що мають надвисоку калорійність та можуть провокувати швидкий набір або інших факторів, пов'язаних з воєнним конфліктом.

Серед усіх опитаних, 3 респондента і це складає (7,142%) помітили зміну у вазі від 10 кг та більше. Це може свідчити про серйозні наслідки воєнних подій на здоров'я і харчову поведінку цих осіб.

Найбільша група респондентів, 15 осіб (35,714%) зазначила зміни у вазі в діапазоні 2-5 кг. Це може вказувати на помірні зміни ваги, які можуть бути пов'язані зі зміною харчових звичок або фізичною активністю під час подій воєнного характеру.

11 осіб зазначили, що їх вага залишилась незмінною, а це 26,19% від усіх опитаних респондентів. Це може означати, що вплив який зазнали ці

люди під час подій воєнного характеру не мав значного впливу на їх харчову поведінку.

13 респондентів зазначили що їх вага змінилась в діапазоні від 5 до 10 кг (30,952%). Такі данні можуть говорити про те, що події воєнного характеру могли мати досить значний вплив на харчову поведінку особистості в наслідок чого відбулись досить суттєві зміни ваги.

Отже, результати діаграми свідчать про те, що події воєнного характеру можуть мати значний вплив на здоров'я та харчову поведінку людей, і це варто враховувати при аналізі наслідків воєнних конфліктів на індивідуальному рівні.

З метою конкретизації впливу подій воєнного характеру на харчову поведінку необхідним було визначити, чи змінилось харчові звички серед опитаних. Результати представлено на рис. 2.5.

За результати опитування більша частина респондентів не вважає що зазнала змін в харчовій поведінці під впливом війни. Проте частина респондентів, включаючи тих, хто не перебував в окупації помітили зміни у харчовій поведінці. Зокрема, 10 респондентів (24,047 %) збільшили кількість перекусів протягом дня, а 3 (7,142 %) – зменшили. 9 (21,428 %) респондентів стали рідше їсти протягом дня, а 10 респондентів (24,047%) – частіше. Також 10 респондентів (24,047 %) помітили, що стали їсти більше звичайного, після того, як події воєнного характеру мали на них вплив. 15 респондентів (35,714 %) зазначили зміни в потягах до певних видів продуктів (солодке, солоне, жирне, смажене), тобто до тих продуктів, які мають більш насичений смак. Важливим показником є відсутність почуття голоду, перед прийомом їжі серед 17 респондентів (40,476 %). Результати цієї групи питань свідчать про зміну в харчових звичок під вплив подій воєнного характеру.

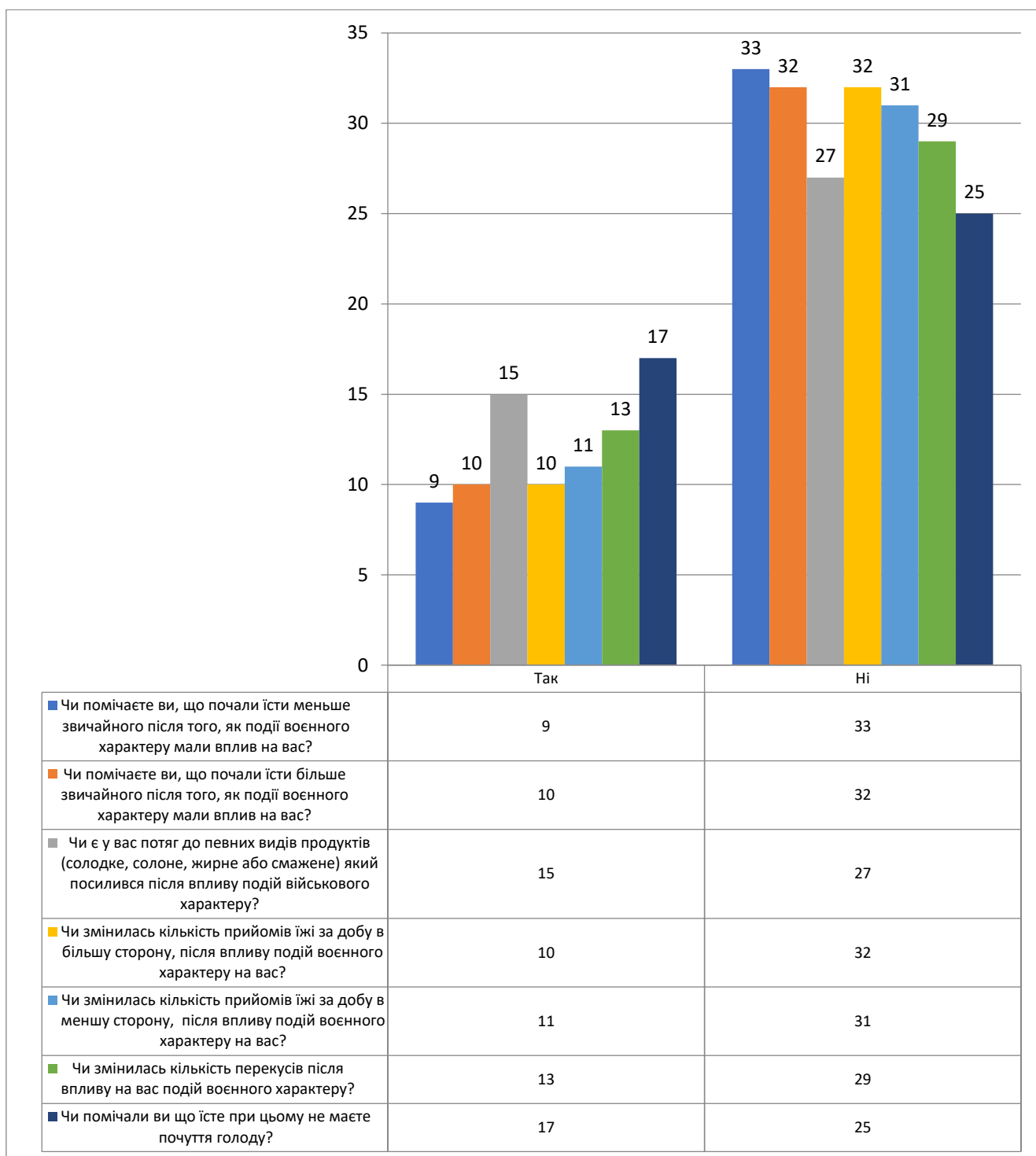


Рисунок 2.5. Вплив на харчові звички подіями воєнного характеру

Отже, результати діаграми свідчать про зміни в харчовій поведінці під впливом воєнного характеру подій, а також про індивідуальні реакції респондентів на ці зміни.

Важливо зазначити, що серед 42 опитаних 23 респонденти (54,761 %) не задоволені своїм зовнішнім виглядом, що може свідчити також про

наявність інших психологічних факторів, які могли виникнути або посилитись під впливом подій воєнного характеру.

2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEB-Q).

Для діагностики розладів харчової поведінки серед респондентів що зазнали впливу подій воєнного характеру було проведено Голландський опитувальник щодо харчової поведінки (DEB-Q). Результати занесені в таблицю. 2.1 та рисунок 2.6.

За результатами Голландський опитувальник щодо харчової поведінки (DEB-Q) було виявлено, що лише 4 респондента задоволені своєю вагою та не хочуть її змінювати.

7 респондентів вважають, що для досягнення ідеальної ваги, їм варто збільшити свою вагу.

31 респондент (73,809 %) вважає, що їх ідеальна вага має бути меншою ніж є зараз. Причому 12 (28,571 %) респондентів вважає що їх вага перевищує їхню ідеальну на 5 кг, 9 (21,428 %) респондентів вважають, що їх вага перевищує їхню ідеальну на 10 кг, 7 респондентів (16,666 %) вважають, що їх вага перевищує ідеальну на 15 кг. І 3 респонденти (7,142 %) вважають, що їх вага перевищує ідеальну на 15 і більше кг.

При оцінці індексу маси тіла (ІМТ) було виявлено, що нормальний ІМТ мають 22 респонденти (52,380 %) (діапазон показників нормальної маси тіла варіює від 18,5 до 29,4). 6 респондентів (14,285 %) (мають занижений ІМТ, менше за 18,5 і це свідчить про недостатню вагу. Вага 8 респондентів (19,047 %) входить в межі показників 25,0 – 29,9 і вказує на наявність зайвої ваги. І 6 респондентів (14,285 %) мають показники ІМТ більше 30 і це є ознакою ожиріння.

Таблиця 2.1

Результати за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEB-Q)

Тип харчової поведінки	Норма		Наявність розладу	
	кількість	%	кількість	%
Обмежувальний $\geq 2,8$ (утримання від їжі)	10	23,809	15	35,714
Обмежувальний ≤ 2 (безладне вживання їжі)	10	23,809	17	40,476
Емоціогенний $> 1,8$	24	57,142	18	42,857
Екстернальний $\geq 2,7$	26	61,904	16	38,095
По всіх шкалах	3	7,14	7	16,666

Дані з таблиці 2.1 показують, що значна частина респондентів має ознаки розладів харчової поведінки хоча б по одній зі шкал. І 16,666 % респондентів мають ознаки розладів харчової поведінки по всіх трьох шкалах.

Обмежувальна харчова поведінка. Цей показник був свідомо виділений в дві окремі строки, оскільки нормою вважається по даному критерію оцінка 2,4 бали і невелике відхилення в одну та іншу сторону допускається. Проте значне відхилення в ту чи іншу сторону як то значення $\geq 2,8$ і значення ≤ 2 є клінічно значущим і має інтерес при дослідженні. Оскільки значення $\geq 2,8$ вказують на виражене обмеження в їжі як то дотримання суворих дієт, обмеження чи уникання їжі керуючись ідеєю корисності їжі чи обмеження задля схуднення чи страхом перед збільшенням ваги, та може свідчити про наявність чи розвиток анорексії.

Серед респондентів з оцінкою в такому діапазоні визначено 15 осіб (35,714%). Тобто вони обмежують себе в прийомі їжі, дотримуються дієти чи просто обмежують себе. Слід зазначити що серед цих осіб 2 респонденти мають знижений ІМТ і це може свідчити про наявність такого розладу харчової поведінки як анорексія, також вони зазначили що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Натомість оцінка що ≤ 2 , вказує на те що респондент має нерозбірливе ставлення до їжі та може споживати їжу без обмежень. Серед респондентів з оцінкою ≤ 2 було визначено 17 осіб (40,476 %). Серед них 1 особа має ІМТ що вказує на наявність зайвої ваги, та 1 особа що має ІМТ що свідчить про ознаки ожиріння. Тобто 17 осіб мають нерозбірливе відношення стосовно їжі, що може свідчити про відсутності усвідомленого споживання їжі та може носити емоційний характер та вказувати на можливу наявність компульсивного переїдання, 5 із них вказали, що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру. 2-є з них вже мають значну зайву вагу і вірогідніше за все можуть мати такий розлад як компульсивне переїдання. Один з вищевказаних респондентів вказав, що його відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Емоційна харчова поведінка: у 18 респондентів (42,857 %) діагностовано емоційну харчову поведінку, коли вони споживають їжу під впливом емоцій з метою зміни свого психічного стану. Це може бути спроба заспокоїтися або зняти напруження, що може бути спричинене подіями воєнного характеру.

Серед 18 респондентів у яких виявлено емоціогенну харчову поведінку 4 (9,523 %) мають низький показник за Обмежувальною шкалою, що свідчить про те, що під час споживання їжі під впливом емоцій, вони споживають її без розбору.

Серед 18 респондентів у яких показники вказують на наявність емоційної харчової поведінки 9 (21,428 %) мають також високі бали за шкалою Обмежувальної харчової поведінки. Це вказує на те, що

незважаючи на обмеження в їжі, вони можуть споживати їжу під впливом емоцій, з метою зміни свого психічного стану.

Екстернальний або зовнішні типи розладів харчової поведінки: 16 респондентів (38,095 %) більше стурбовані зовнішніми подразниками, такими як реклама або соціальний тиск, ніж своїми власними почуттями голоду та ситості. Це означає, що вони віддають перевагу зовнішнім факторам при виборі їжі, та можуть споживати їжу під впливом оточуючих, чи просто побачивши щось привабливе. 5 із них вказали що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

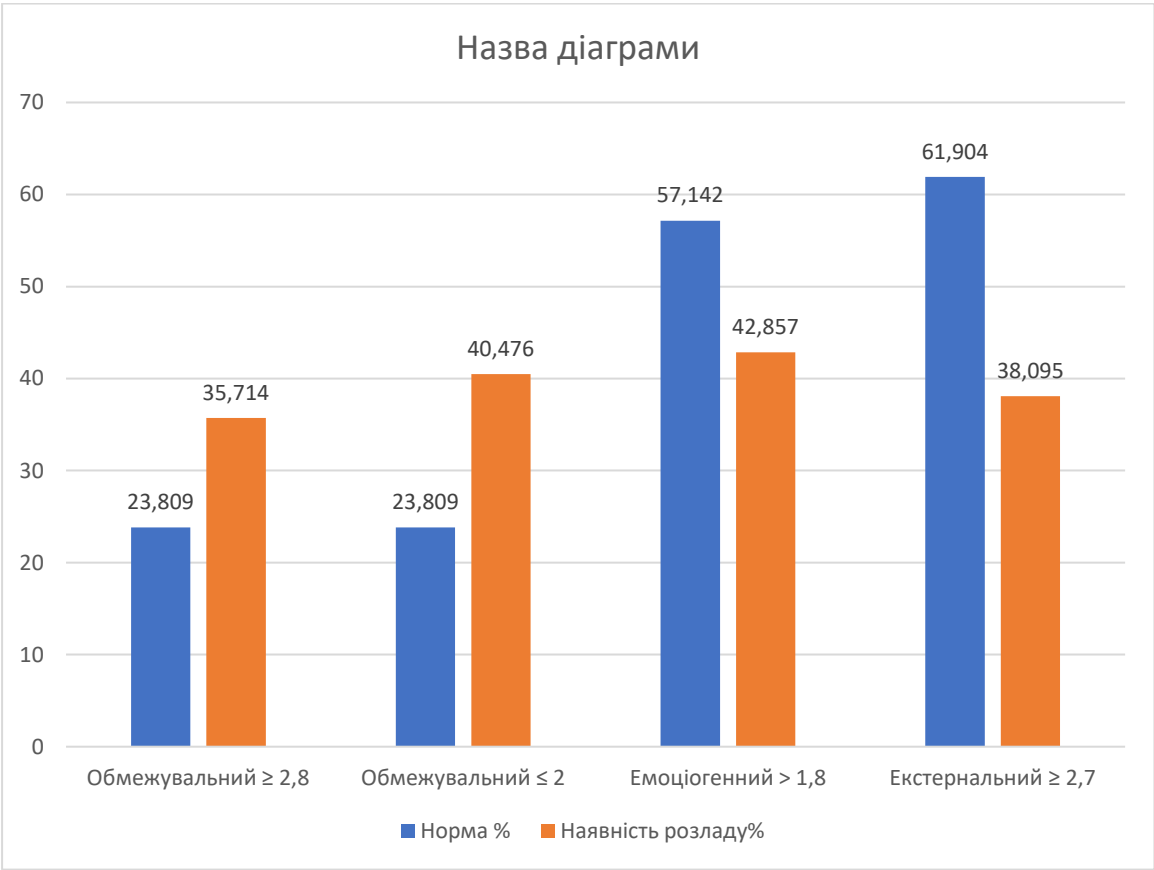


Рисунок 2.6. Результати за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEB-Q)

Вході обробки даних було виявлено 5 респондентів (11,904 %)у яких по всім шкалам виявлено наявність розладів за шкалою Обмежувального типу бали високі, тобто обмеження в їжі поєднується з емоціональним

споживанням їжі та екстернальним типом розладу, споживання з орієнтацією на зовнішні подразники. Такий тип поєднань може призводити до такого розладу як булемія. З-є з них вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Один респондент має прояви трьох типів розладів харчової поведінки, але обмежувальна шкала має низький бал, що свідчить про нерозбірливість в їжі, емоційне споживання та орієнтацію на зовнішній подразник. ІМТ цього респондента має ознаки ожиріння. Таке поєднання може свідчити про наявність такого розладу харчової поведінки як компульсивне переїдання.

Дві особи має поєднання низьких балів за Обмежувальною шкалою та високим балом за Екстернальною шкалою. Тобто це може свідчити про поєднання нерозбірливість в їжі з орієнтацією на зовнішній подразник, а не на власні відчуття голоду. Враховуючи що ІМТ цього респондента входить в норму, можна рекомендувати звернути увагу на культуру харчування та взяти орієнтир на більш здорове харчування задля запобігання виникнення проблем в подальшому.

Дві особи мають поєднання обмежувальної поведінки та екстернальної, тобто обмежувати себе в їжі зазвичай, але під впливом зовнішніх подразників споживати. При таких ознаках може свідчити про ознаки такого розладу харчової поведінки як булемія.

Одна особа має поєднання емоціональних та екстернальних ознак розладів харчової поведінки. В поєднанні з ІМТ що вказує на наявність зайвої ваги, може свідчити про ознаки компульсивного переїдання, або достатньо вагомого ризику розвитку такого розладу харчової поведінки.

Серед тих респондентів у кого було виявлено ознаки розладів харчової поведінки згідно результатів Голландського опитувальника харчової поведінки DEB-Q по двом шкалам і більше, 21 респондент (50%) і 3 респонденти із них (14,285%) вказали що їх відношення до їжі змінилось після впливу на них подій воєнного характеру.

Лише у 3-х (7,142%) респондентів з опитаних не було виявленого відхилення від норми за жодною зі шкал Голандського опитувальника

харчової поведінки DEBQ і 1 із них (33,333%) вказав, що події воєнного характеру мали вплив на його відношення до їжі, але вочевидь не призвели до виникнення розладу харчової поведінки.

39 (92,857%) респондентів з опитаних 42 (100%) мають відхилення хоч б по одній зі шкал Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ і 12 (30,769%) з них зазначили, що події воєнного характеру змінили їх відношення до їжі.

Лише 1 (2,38%) з респондентів, що не мають жодних відхилень від норми з трьох шкал, відповів що задоволений на момент опитування своїм зовнішнім виглядом.

В результаті дослідження було виявлено 5 осіб показники яких можуть свідчити про схильність до розвитку булемії, або вже ймовірно присутнього розладу.

Один респондент має ознаки компульсивного переїдання.

Два респонденти виявлено з ймовірною анорексією.

Отже підсумовуючи результати Голандського опитування харчової поведінки DEBQ, та зіставляючи їх з власним модифікованим опитуванням, можна сказати що події воєнного характеру мали вплив на зміну відношення до їжі, а також могли бути фактором що проявили чи посилили данні розлади у 28,571% респондентів, що брали участь в цьому опитуванні.

Високий рівень стресу може спровокувати переїдання або використання їжі як способу зниження стресу. Люди можуть звертатися до їжі як до механізму саморегуляції, щоб заспокоїти свої емоції та зменшити внутрішній дискомфорт, пов'язаний зі стресом.

Отже, результати підтверджують, що воєнні події можуть мати значний вплив на харчову поведінку людей.

3. Тест ЕАТ-26. Тест ставлення до їжі (скорочено ЕАТ, походить від англійського Eating Attitudes Test)

За результатами цього дослідження не було виявлено жодного респондента чий бал перевищував би 30, що відноситься до зниженого показника.

Проте було виявлено 4 особи (9,523%), які використовують блювання в якості контролю ваги 1 раз на день або частіше.

Ще 3 респондента (7,142%) використовують блювання для контролю ваги 1 раз на місяць.

2 респонденти (4,761%) використовують таблетки для схуднення або діуретики 1 раз на день або частіше.

2 респонденти (4,761%) використовують таблетки для схуднення або діуретики 2-4 рази на тиждень.

3 респонденти (7,142%) використовують таблетки для схуднення або діуретики один раз на місяць.

4 респонденти (9,523%) тренуються більше 60 хвилин на день, щоб скинути або контролювати вагу раз на день або частіше.

6 респондентів (14,285%) тренуються більше 60 хвилин на день, щоб скинути або контролювати вагу 2-6 разів на тиждень.

2 респондент (4,761%) щодня контролює вагу за допомогою щоденного блювання, прийому препаратів для схуднення та щоденного тренування більше 60 хвилин. Ці респонденти також вказали, що втратили за останні 6 місяців 9 або більше кг та мають недостатню вагу за ІМТ. Навіть за відсутністю високих балів, така поведінка може вказувати на такий розлад харчової поведінки, як анорексія. Ці ж респонденти вказали, що відношення до їжі змінилось з моменту впливу на них подій воєнного характеру. Також вищевказані респонденти зазначили, що переживали ситуації в яких їжа була відсутня, або її кількість була обмеженою, або їжі була недостатня кількість. Ці обмеження в їжі були пов'язані з подіями воєнного характеру.

4. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q).

За результатами проведеного опитування за підшкалою Обмеження було виявлено 16 (38,095%) респондентів у яких кількість балів перевищувало середній показник. Серед них у 6 (14,285%) респондентів кількість балів у двічі і більше перевищує середнє значення. Це може

говорити про схильність до харчової поведінки внаслідок якої харчова поведінка носить обмежуючий характер.

За результатами проведеного опитування за підшкалою Обмеження було виявлено 16 (38,095%) респондентів у яких кількість балів перевищувало середній показник. Серед них у 6 (14,285%) респондентів кількість балів у двічі і більше перевищує середнє значення. Це може говорити про схильність до харчової поведінки внаслідок якої харчова поведінка носить обмежуючий характер.

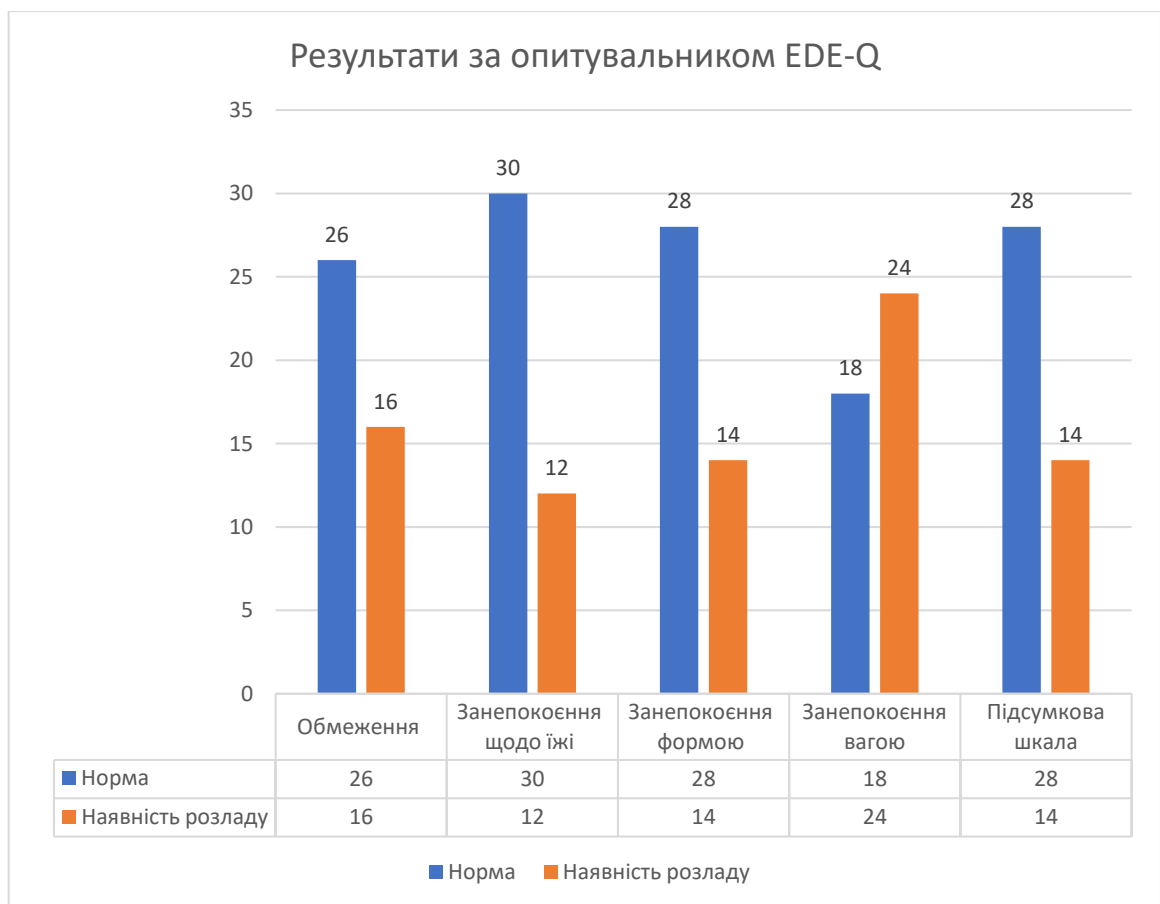


Рисунок 2.7. Результати за опитувальником EDE-Q

За підшкалою Занепокоєння щодо їжі було виявлено 12 респондентів (28,571%), кількість балів у яких в двічі і більше перевищує середнє значення. Високі бали за даною шкалою можуть свідчити про те, що респондент боїться втратити контроль над їжею, може мати стурбованість щодо калорійності їжі та відчувати провину стосовно спожитої їжі.

За підшкалою Занепокоєння формою виявлено 14 респондентів (33,333%) у яких бали перевищували середнє значення, що вказує на занепокоєння респондентів формою власного тіла, що може супроводжуватись відчуттям сорому щодо власного тіла, занепокоєності та почуттям вини.

За підшкалою Занепокоєння вагою високі бали були виявленні у 24 респондентів (57,142%), що вказує на високе занепокоєння власною вагою у більше ніж половини опитаних респондентів.

Загальна підсумкова шкала виявила 14 респондентів (33,333%) що мають бали вищі за середні, серед них у 5 респондентів (11,904%) бали вдвічі і більше перевищують середні показники, що може свідчити про наявність розладів харчової поведінки що мають незначну вираженість та більш значущу. Також 6 респондентів (14,285%) із них раніше в модифікованому особистому опитнику зазначили, що їх ставлення до їжі після впливу подій воєнного характеру змінилось.

Результати дослідження показують, що події воєнного характеру можуть мати вплив на розвиток розладів харчової поведінки. Це може бути одним із способів компенсації емоційного дискомфорту або спробою знайти комфорт через харчування, особливо в період стресу та невпевненості.

В умовах потужних стресових факторів, якими є події воєнного характеру єдиним стабільним фактором та тим, що вона може відносно контролювати для людини може залишатись їжа. Також вона з дитинства дарує відчуття наповнення та теплоти і залишається необхідним елементом для виживання.

Високий рівень стресу може спровокувати переїдання або використання їжі як способу зниження стресу. Люди можуть звертатися до їжі як до механізму саморегуляції, щоб заспокоїти свої емоції та зменшити внутрішній дискомфорт, пов'язаний зі стресом.

Отже, результати підтверджують, що воєнні події можуть мати значний вплив на рівень стресу та харчову поведінку людей, особливо у тих, хто має розлади харчової поведінки.

Висновки до розділу 2

У цьому розділі було докладно описані методи, що були використані для дослідження та враховано той факт, що при організації досліджень необхідно оптимально поєднувати набір методів, маючи на увазі, що таке поєднання призначене для надання вичерпної інформації про предмет дослідження. Представлена інформація про власні дослідження, особливості вибірки, матеріали, необхідні для дослідження.

Отримані дані обробляли засобами математичної статистики: описова статистика, порівняння середніх значень, кореляційний аналіз. Описано вибірку досліджуваних, що має досить широкий діапазон віку та не дуже рівномірно розподілена за віковими критеріями. Що стосується гендерного розподілу, то дівчат більше, ніж хлопців.

За даними емпіричного дослідження було з'ясовано, що значної частини опитаних було виявлено певні ознаки розладів харчової поведінки, що могли виникнути або посилились під впливом подій воєнного характеру.

Виходячи з наведених вище даних, за результатами опитування було визначено:

1. 16 людей мали життєві ситуації в яких доступ до їжі або її кількість була обмеженою. 7 людей перебували в окупації і 4 з них переживали ситуації, коли їжа була відсутня або обмежена. 13 осіб зазнавали обмеження в їжі через події воєнного характеру. Це може свідчити про те, що ці особи були позбавлені доступу до достатнього харчування через воєнні події, що мали місце в їхньому регіоні. 3 респонденти були обмежені в їжі через інші життєві події, що не пов'язані з подіями воєнного характеру.

2. За Голландським опитувальником DEB-Q було визначено:

- 2 особи що мають ознаки анорексії і вони вказали що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 17 респондентів мають схильність до компульсивного переїдання і 5 із них вказали, що їх відношення до їжі

змінилось після впливу подій воєнного характеру. Двоє з них вже мають понаднормова вагу і вірогідніше за все можуть мати такий розлад як компульсивне переїдання, один з них зазначив, що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;

- 18 респондентів мають емоціогенну харчову поведінку, 4 з них мають ще й ознаки безконтрольного споживання їжі під впливом емоцій. 9 респондентів серед 18 мають виявили ознаки обмежуючої та емоціогенної поведінки, що свідчить про те що вони можуть споживати їжу під впливом емоцій, хоч зазвичай і обмежують себе, є ризик виникнення булемії;
- 16 респондентів мають ознаки екстернального типу, 5 з них вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 5 респондентів мають по трьом шкалам високі бали, це може говорити про те, що існує високий ризик розвитку булемії, 3-є з них зазначили що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 1 респондент має відхилення по 3 підшкалам, проте за обмежувальною низький бал і ІМТ з ознаками ожиріння, це свідчить високий ризик наявності ознаки компульсивного переїдання;
- 2 респонденти має ознаки нерозбірливого відношення до їжі в поєднанні з високими балами за Екстернальною шкалою;
- 2 респонденти мають високі бали за обмежувальною та екстернальною підшкалами, що може призводити до розвитку булемії;
- 21 респондент має відхилення по двом підшкалам і більше і 3 з них вказали, що їх відношення до їжі змінилось під впливом подій воєнного характеру;

- 39 респондентів мають відхилення хоча б по одній підшкалі і 12 із них вказали що їх відношення до їжі змінилось під впливом подій воєнного характеру.

Отже можемо припустити, що події воєнного характеру мали значущий вплив на посилення чи прояв ознак розладів харчової поведінки.

3. За результатами опитувальника Eating Attitudes Test (EAT-26) не було виявлено жодного вагомого відхилення, проте були виявлені тривожні ознаки що пов'язані з контролем ваги за допомогою блювання, використання препаратів для схуднення, діуретиків та важких тренувань. У 2-х респондентів незважаючи на відсутність відповідних балів за тестами було виявлено ознаки анорексії, що проявляються щоденним блюванням, прийомом препаратів для схуднення, тренувань понад 60 хвилин на день щодня. Ці респонденти вказали, що за останні 6 місяців втратили вагу на 9 або більше кг та мають недостатню вагу за ІМТ. Вони вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

4. Результати опитувальника EDE-Q свідчать про те, що:

- у 16 респондентів було виявлено обмежувальну харчову поведінку;
- 12 респондентів бояться втратити контроль над їжею;
- 14 респондентів мають занепокоєння щодо форм власного тіла;
- 24 респонденти мають занепокоєння власною вагою;
- за підсумковою шкалою 14 респондентів мають бал вище середнього і серед них 6 респондентів вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Отже, дослідження показало, що події воєнного характеру можуть мати значний вплив на здоров'я та харчову поведінку людей, і це варто враховувати при аналізі наслідків воєнних конфліктів на індивідуальному рівні, а також враховувати при індивідуальній та груповій роботі психологів та психотерапевтів.

Результати цього дослідження дали підстави припускати, що вплив подій воєнного характеру в рамках осіб серед яких було проведено опитування міг мати значний вплив на харчову поведінку особистості, враховуючи кількість респондентів, що зазначили, що події воєнного характеру мали вплив на їх відношення до їжі та результати по опитувальниках, що визначають наявність розладу харчової поведінки.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Програма роботи з особами з розладами харчової поведінки

Проект психологічної корекції сформульований за результатами встановлення психологічних особливостей осіб з розладами харчової поведінки та спрямований на формування нової моделі харчової поведінки та зменшення впливу факторів, що викликають розлади харчової поведінки. Досягнення поставлених цілей відбувається за рахунок комплексного поєднання психологічного корекційного впливу, дієтотерапії, фізичної активності та тренувальних вправ.

В пошуках нових наукових розробок що стосуються впливу дихання та харчування на організм, було знайдено цікаве дослідження що проводилось О. Халіуліною, Н. Лов та В. Харріс що стосувалось механізму розвитку при пухлиноутворенні та висвітлено в публікації «Позбавлені поживних речовин клітини-попередники сітківки проліферують у відповідь на гіпоксію: взаємодія шляху HIF-1 і mTOR». В результаті проведеного дослідження *in vivo* (тобто всередині живого організму) були отримані результати [72], які дозволяють говорити про те, що в умовах обмеження поживних речовин в поєднанні з контрольованою короткотривалою гіпоксією, має позитивний вплив на поліферацію клітин-попередників, що означає, що в таких умовах відбувається зростання молодих клітин, тобто омолодження організму.

Це дає можливість говорити про те, що за допомогою дихальних вправ можливо спровокувати аналогічний стан в організмі людини і отримати зростання клітин-попередників, тобто омолодження клітин в організмі людини. Цю наукову інформацію можна використати при створенні програми корекції звичок осіб з розладами харчової поведінки особистості, сподіваючись на те, що в результаті дихальних вправ зростання клітин-попередників також буде серед клітин нервової системи та клітин мозку, що

ймовірно дасть більшу нейропластичність та кращу відповідь на формування нових звичок.

В своїй роботі я хотіла би звернути більше уваги на розлади харчової поведінки що пов'язані з компульсивним переїдання, синдромом нічного переїдання

Психологічна програма корекції розладів харчової поведінки складається з двох етапів:

1. Діагностика, психоедукація та формування поняття самоцінності (4 заняття) .

2. Тренінгова програма, спрямована на зменшення впливу психологічних факторів на розлади харчової поведінки та формування нових навичок та звичок за допомогою технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) (6 занять).

Перший етап. Діагностика, психоедукація та формування самоцінності.

Цілі: Діагностика типу та ступеня розладів харчової поведінки, виявлення неправильних харчових звичок, мотивація учасників програми до зміни харчової поведінки, введення режиму дня та харчування, застосування антистрес практик націлених на стабілізація психологічного стану.

Складається з 4 уроків, кожне по 1,5 години проектного часу. Перше заняття проводиться індивідуально з кожним клієнтом, а інші три заняття проводяться як групова робота.

Урок1. Діагностика розладів харчової поведінки та постановка мети.

Цілі: Виявити наявність розладу харчової поведінки, діагностувати його тип, визначити індекс маси тіла, виявлення причин та передумов для формування надмірної ваги, встановлення цілі та індивідуальної мотивації до подальших маленьких посильних кроків на шляху до нормалізації харчових звичок та зниження надлишкової маси тіла.

Завдання: - Усвідомлення дезадаптивних патернів харчової поведінки клієнтів; - Визначення типу та тяжкості харчових розладів; - Діагностика

індексу маси тіла; - Діагностика «образу тіла» та постановка цілей зниження ваги.

В залежності від результатів первинного інтерв'ю, обрати найбільш підходящий тест із запропонованих та провести тестування та виконати аналіз даних.

В залежності від результатів тесту провести психоедукацію виникнення розладів харчової поведінки та особливості виявленого типу. Провести ознайомчу розмову стосовно гожного типу розладів харчової поведінки.

Також на першому сеансі виміряйте зріст і вагу клієнта та розрахуйте індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Квітлі.

Відповідно до інтерпретації індексу маси тіла, ІМТ менше 18,5 означає недостатню вагу, якщо індекс становить від 18,5 до 24,9, це нормальна вага, коли ІМТ 25-29,9 діагностується як надмірна вага, схильність до ожиріння більше 40 балів означає ожиріння.

Обговоріть результати зважування та розрахунку ІМТ і задайте наступні запитання:

Як ви оцінюєте свою вагу?

Коли з'явилась зайва вага?

Чи слідкували ви за своїм харчуванням?

Чи комфортно вам рухатися, підніматися сходами, бути активним?

Які незручності приносить зайва вага, або недостатня вага?

Як часто потрібно оновлювати гардероб через збільшення/зменшення ваги?

Ви хочете схуднути/набрати ваги?

Якщо так, то скільки кілограмів ви втратили/набрали?

Коли б ви хотіли скинути зайву вагу, набрати вагу?

Ви коли-небудь намагалися схуднути, поправитись?

Чого вдалося досягти?

Якого результату хотіли б досягти?

Наступним кроком у першому сеансі є діагностика «образу тіла» або «я» за допомогою тесту Color-A Person Body Dissatisfaction Test (CAPT).

Надайте клієнту 2 зображення жіночого тіла (фронт і профіль) і набір з 5 кольорових олівців.

Спосіб використання: розфарбуйте малюнок відповідно до заданих значень кольорів: червоний – частини тіла, які зовсім не задоволені; жовтий – частини тіла, якими незадоволені; чорний – нейтральні частини тіла; зелений – ті, що задовольняють; синій - ті, що тобі подобаються (дуже сильно).

Обговоріть результати та варіанти клієнтки щодо частин тіла, які вона хотіла б змінити.

Урок 2. Щоденник харчової поведінки.

Мета: Розрізнити поняття «голод», «апетит» і «насичення», навчити виявляти емоції, що призводять до деструктивної поведінки, допомогти побачити точки зростання та побачити можливість зміни раціону харчування на більш раціональний. Завдяки щоденнику клієнта та за непрямыми ознаками виявити дефіцити в організмі, спираючись на потяг до тих чи інших продуктів, та виявити взаємозв'язок між потягом до певних продуктів та емоціями.

Завдання: - розрізняти голод і апетит; - розвиток мотивації до зміни моделей харчової поведінки; - навчитися припиняти їсти при появі ознак раннього насичення; - заповнювати щоденник харчової поведінки та емоцій. Скоригувати раціон для закриття нутрітивних потреб організму.

Заняття проводяться в малих групах і тривають 1,5 години.

Заняття починається з обговорення понять «апетит», «голод» і «насичення», учасникам пропонується прокоментувати своє розуміння цих понять і пояснити різницю між голодом і апетитом.

Проводиться невелика лекція, в якій пояснюється психофізіологічний механізм голоду та чим він відрізняється від апетиту. Пояснює механізми первинного та вторинного насичення та демонструє переваги припинення їжі під час первинної фази насичення.

Далі обговорюється з учасниками групи кількість їжі, яку їм потрібно з'їсти, щоб відчувати ситість. Учасники діляться досвідом та порівнюють свої стереотипи харчової поведінки.

Проводиться аналіз звичної моделі харчової поведінки учасників: що вони їдять, коли вони їдять, де вони їдять, коли вони їдять на самоті або з сім'єю і що вони їдять.

Визначати які події та емоції спонукають їсти більше і таким чином запобігають надмірному споживанню, обговорити.

Учасники групи продовжують вести щоденник харчової поведінки в якому зазначають окрім їжі, напоїв та води, яку вони споживають протягом дня, ще й події які відбуваються протягом дня та емоції які вони відчують до під час та після споживання їжі. Для людей що страждають компульсивним переїданням запропонувати записувати калорійність їжі, яку вони споживають. Для осіб з анорексією та булемією підрахунок калорій проводити не слід.

Обговоріть калорійність продуктів, надайте учасникам таблиці калорійності різних продуктів, навчіть рахувати калорії.

Домашнє завдання: вести щоденник харчування весь тиждень і бути готовим обговорити результати.

Учасників також фіксують свою вагу та антропометричні данні в щоденнику. Данні оновлюються щотижнево (для осіб з зайвою вагою). Для осіб з анорексією та булемією кількість зважувань обмежити 1 раз на тиждень.

Урок 3. Закриття базових потреб. 10 видів емоційного голоду.

Провести міні-лекцію про піраміду Маслоу і провести аналогію з базовими потребами нашого організму як складної системи, в якій перший рівень Фізіологічної потреби в щоденному харчуванні будуть складати певна кількість (в залежності від віку, статі та ваги) білків, жирів та вуглеводів (БЖУ). Де білки – це будівельний матеріал для наших тканин, жири – основа для створення багатьох гормонів, а вуглеводи – паливо, яке

забезпечує енергією наш організм. Разом вони будуть фундаментом піраміди.

Другою сходинкою в піраміді Маслоу Безпековий можна порівняти з наявністю в щоденному харчуванні необхідної кількості мінералів, які роблять наші кістки міцними, допомагають контролювати їх ріст, регулюють кількість рідини, відповідають за нормалізацію нервових та м'язових функцій, метаболізм та ріст сполучних тканин.

Третьою сходинкою за Маслоу є потреба в любові. Тут дуже влучне порівняння з вітамінами, які також мають бути в нашому щоденному раціоні в певній кількості. І одразу згадуються вітаміни А, С, D, Е які часто призначають вагітним, а вагітність асоціюється в першу чергу з коханням. Без необхідної кількості вітамінів не зможуть відбуватись процеси обміну в організмі. Вітаміни необхідні для засвоєння їжі, підвищення працездатності, покращують настрій та стійкість організму до захворювань, підвищують рівень стресостійкості, впливають на стан шкіри, волосся, нігтів, а отже роблять нас привабливими для протилежної статі.

Якщо ці три базові сходинки не будуть забезпечені для нашого організму, він почне вимагати, але на своїй мові.

Нажаль із урбанізацією та пришвидшенням темпу життя, дуже багато людей перестали чути себе і розуміти свій організм для того щоб вчасно помітити його підказки та дати йому те, що йому хочеться. От на цьому етапі часто і відбуваються перші «збої» в розумінні і організм вимагаючи щось солодке, маючи на увазі фрукти, а в них вітамін С, фітонциди, рутинові кислоти і таке інше, отримує порцію цукру і жирів у вигляді тортика. І доведеться розпихувати надлишки простих вуглеводів перетворюючи його в жир і відкладаючи про запас.

Потребуючи жирів для побудови, наприклад статевих гормонів, організм почне їх вимагати, маючи на увазі що йому потрібні горіхи, насіння, жирненька рибка, натомість отримує чіпси, смажені крильця або знову ж ті самі тортики... І нажаль не зможе використати їх для побудови

необхідних гормонів в повній мірі, натомість відкладе в «чулан», тобто в судини, в підкожний жир та вісцеральний жир.

А коли захоче білку, то скоріше за все отримає жирне смажене... білку трохи буде, але й жиру багато і знов його відправить в «чулан».

Отже отримуємо повний «чулан» надлишкового жиру, а фундамент не сформований. З таким харчуванням на повноцінне надходження вітамінів та мінералів і сподіватись годі, тож страждають всі системи та органи. Отже фізіологічні потреби не закриті, безпеки немає, тож про любов і годі думати.

А людині згідно піраміди Маслоу ще хочеться закрити потреби у повазі (4-та сходинка), пізнавальні (5-та сходинка), естетичні (6-та сходинка), потреба в самоактуалізації (7-ма сходинка). Тож виходить до них з точки зору фізіології організму геть байдуже, бо бази немає.

Тож виходячи з того, що людина це не мішечок з органами і свідомістю, а єдиний складний функціонуючий організм, для досягнення найбільшої мети самореалізації варто спочатку звернути увагу на побудову міцного фундаменту та всіх попередніх сходінок.

Доречі східна древня медицина аюрведа розглядає аналогічне формування та наповнення всіх тканин та органів людини, її піраміда виглядає так: плазма, кров, м'язи, жир, кістки, нерви, репродуктивні органи. І так само благополуччя та формування наступного рівня залежить від благополуччя попереднього.

Тож бачимо що базові потреби необхідно закривати як з точки зору фізіології так і психології, як з точки зору сучасної науки, так давньої медицини.

10 видів емоційного голоду.

1. Голод за словами підтримки та розуміння.
2. Голод по прийняттю і любові.
3. Голод по почуттю впевненості в собі.
4. Голод по праву на своє життя.
5. Голод по відпочинку.
6. Голод свободи.

7. Голод нових відчуттів.
8. Голод емоційної безпеки.
9. Голод по внутрішній дисципліні.
10. Голо на «НІ».

Запропонувати в групі обговорити кожний з цих пунктів та визначити який саме голод є у них, який вони частіше за все відчують, коли відчують бажання їсти. Чи завжди це голод фізичний, чи це все ж таки може бути емоційний голод і його можливо задовільнити виконавши певну дію, чи закривши певну потребу?

Запропонувати кожного разу при бажанні щось з'їсти, визначати який саме голод вони відчують та який продукт хотілося б з'їсти. Записувати свої спостереження в щоденник, потім разом з психологом провести аналіз почуттів та бажаної їжі.

Завжди задавайте собі питання «Я це дійсно хочу з'їсти, чи я хочу щось інше?»

Урок 4. Зміни в моделях харчової поведінки.

Мета: поступово зменшити калорійність їжі, або збільшити в залежності від проблеми. Побудувати 3-4 разовий режим харчування з 4-х годинним інтервалом перед сном. Підібрати фізичне навантаження за інтересом та можливостями клієнта та запропонувати збільшити фізичну активність протягом дня.

На початку сесії учасників просять поділитися спостереженнями зі своїх щоденників харчової поведінки та проаналізувати ситуації, емоції та думки, які спонукали їх їсти більше чи менше.

Згадати, коли вперше познайомились/зустрілись з емоцією або думкою, яка спонукає їсти більше. Коли це було, за яких обставин і що саме тоді відбувалось?

Колективно визначити успішні способи уникати переїдань чи очищувальних заходів. Записати їх.

Запропонувати техніку «Стоп румінація» з когнітивно-поведінкового методу «5-4-3-2-1», «Не мій автобус» або «Радіо» і в ході пропрацювання за

цими методиками звернути увагу, що важливим моментом буде саме «ПОМІТИТИ» румінацію, тоді її можна буде зупинити. У групі обговорити найбільш ефективні способи уникання негативних думок та емоцій, що призводять до переїдання/обмежуючих чи очисних заходів.

Визначити, чим можна покращити настрій, уникаючи тем пов'язаних з їжею.

Використовуючи абетку створити «Абетку ресурсних дій», які допоможуть при відсутності внутрішнього ресурсу для отримання насолоди від життя, а не від їжі, обирати надихаючу ресурсну дію і замінювати заїдання виконанням ресурсної дії. Ресурсна абетка має бути складена за абеткою і постійно знаходитись в вільному доступі клієнта та бути перед очима.

Обговоріть кількість калорій, необхідних організму для нормального функціонування та закриття всіх фізіологічних потреб, і скласти план харчування на тиждень. Учасники обирають продукти, які вони використовують і які їм подобаються, таким чином формують власний раціон в залежності від фізіологічних потреб кожного індивідуально та смакових вподобань.

Ведучий наголошує на необхідності отримувати здорову кількість кілокалорій та закриття фізіологічної потреби в мікро та макронутрієнтах. Обговорюється способи приготування та їх вплив на калорійність обраних продуктів.

Визначити які продукти ще хотілося б виключити з раціону з яким би хотіли попрощатись?

Згадати ті продукти з якими вже вдалось попрощатись і як ви від цього відчуваєтеся?

Подивитись що ще в моїй тарілці такого, чому тут не місце? І скласти план поступового виключення цих продуктів з раціону.

Наступним кроком є визначення ідеї винагороди за дотримання правил щодо їжі протягом наступного тижня. Нагорода може бути матеріальною або духовною. Це може бути поїздка, прогулянка,

відвідуванням цікавих місць або заходів. Іноді учасники можуть винагородити себе висококалорійним продуктом, від якого вони відмовилися, але в невеликих кількостях.

Важливо акцентувати увагу на тому, що не має бути жорстких заборон або обмежень, не має бути жорсткої дієти. Має бути розуміння чи принесе ця їжа мені користь, чи краще такого не вживати. Їжа потрапляє в організм через рот, і ми можемо контролювати що туди потрапляє, тобто наголосити на тому, що клієнт має взяти відповідальність за те що він їсть на себе, а не перекладати відповідальність на оточуючих, культуру, обставини і таке інше.

Урок 5. Значення фізичної активності.

Провести лекцію на тему користі фізичної активності, пояснити різницю між спортом та фізичною активністю. Акцентувати увагу на роль кількості м'язів в швидкості процесів обміну речовин та звернути увагу на виконання надлишковою жировою масою в організмі людини ролі додаткової «гормональної фабрики».

Учасники мають описати своє життя в будні та вихідні дні, акцентуючи увагу на фізичній активності:

Вони тренуються, тренуються, бігають, займаються спортом?

Який вид фізичної праці вони виконують?

Якщо є крокомір - скільки кроків вони роблять щодня?

Вони гуляють? Скільки триває прогулянка?

Яка їх робота? Їй потрібні фізичні вправи чи вона малорухлива?

Звертаємо увагу на зв'язок між малорухливим способом життя та збільшенням ваги. Пропонує переглянути відео, яке містить прості фізичні вправи, які можна виконувати вдома чи на найближчому стадіоні чи полі.

Обсудити важливість фізичної активності у нормальному функціонуванні організму, руху лімфи та травлення.

Кожен учасник може вибрати комплекс вправ і частоту виконання вправ. Також пропонують включити в щоденний моціон прогулянки на свіжому повітрі.

Щоб зареєструвати фізичну активність, учасників просять записувати кількість зроблених кроків за добу, тривалість фізичної активності та записати набір фізичних вправ, які вони виконували.

Другий етап. Програма навчання, спрямована на зменшення впливу психологічних факторів на розлади харчової поведінки та формування нових звичок за допомогою технік з когнітивно-поведінкової терапії.

Мета: Зменшити вплив факторів розладу харчової поведінки: підвищити самооцінку, розвинути самоконтроль, зменшити рівень стресу та відчуття самотності, сформуванати нову поведінкову реакцію.

Кожне з таких занять має включати дихальну практику, її можна обирати в залежності від пори року (температури в приміщенні) та емоційного стану клієнтів, якщо настрій апатичний, на вулиці зима, то обирати дихальну практику «пранаяма», яка буде розігрівати та активізувати активність в організмі, в спекотні дні варто обирати дихальні практики що будуть сприяти охолодженню. Якщо клієнт потребує стабілізації та заспокоєння, обирати відповідну дихальну практику, як то дихання «по квадрату» чи з 1-2 секундними проміжками затримки дихання між вдихом та видихом. Наприклад вдих на 4 чи 6 рахунків, потім затримка 1-2 рахунки, видих 6-8 рахунків. Дихальні практики допомагають стабілізувати стан клієнта, та активізувати роботу парасимпатичної нервової системи завдяки стимуляції блукаючого нерву.

З метою фокусування уваги на собі тут і зараз варто застосовувати медитативну практику «Бодіскан» метою якої є розвиток особистої здатності приділяти увагу до всіх систем організмів, включаючи кістки, шкіру, внутрішні органи. Особливо корисна ця практика для дослідження того, як фізичні відчуття пов'язані з емоціональними переживаннями. Кожна емоція, що зароджується зсередини, супроводжується відгуком на фізіологічному рівні.

Медитація «Бодіскан» допоможе краще розуміти та відчувати своє тіло, направляти увагу на те, що відбувається в даний момент, виробляється

навик усвідомленого спостереження, навчитись направляти стійку увагу на даний момент та бути «тут та зараз».

Медитацію «Бодіскан» варто включати в програму на початку, в середині та в кінці курсу та давати групі як домашнє завдання для того, щоб навчити відчувати власне тіло.

Запропонувати завершувати кожен день медитацією люблячої доброти «Метта» на 5-10 хвилин, метою якої є звільнення від будь-якої агресії та формування доброзичливого відношення до себе та інших. Регулярна практика медитації «Метта» може бути корисною як для розуму, так і для тіла. Оскільки медитація «Метта» передбачає декламування добрих фраз на свою адресу, це може сприяти почуттю співчуття до себе. Ідея полягає в тому, що ви повинні полюбити себе, перш ніж полюбити інших людей. Співчуття до себе також може зменшити негативні емоції щодо себе, таких як: негідність, невпевненість у собі, судження, гнів, самокритика. Клінічні дані показали, що медитація усвідомленості, якщо її практикувати регулярно, також може зменшити реакцію запалення, спричинену стресом. (<https://www.healthline.com/health/metta-meditation>)

Урок 6. Підвищення самооцінки.

Мета: Розвивати усвідомлення власної цінності як особистості. Очікувані результати: 1) Розширення знань та уявлень про себе; 2) Формування вміння адекватно оцінювати себе на основі внутрішньої системи цінностей; 3) Розвиток впевненості в собі, усвідомлення власної цінності особистості; 4) Самопізнання та бажання саморозвитку.

Розширити свої думки про себе, своє самопізнання використовуючи вправу «Хто Я»

Практика «Хто Я»?

Мета: Розвивати самопізнання та розуміння власної концепції.

Запропонуйте учасникам написати 20 відповідей на запитання «Хто я?» Писати треба швидко, особливо не роздумуючи, а відповідати можна іменниками та іменниково-прикметниковими зворотами: жінка або чарівна

жінка. Ведучий запитує, як важко було дати 20 відповідей, які риси першими, а які останніми? Обговорити.

Практика «Не носити маску».

Мета: Поглибити самосвідомість, зняти емоційну та поведінкову напругу, сформуванати навички щирого вираження та аналізу сутності «Я».

Ведучий пропонує учасникам «зняти маску», тобто діяти максимально чесно, бути тими, ким вони є насправді, а не для інших.

Кожен учасник отримує картку з реченням, яке потрібно закінчити, щиро. Приклади фраз: «Всі навколо мене помиляються і думають, що я...»; «Ніхто не знає, що я...»; «Я сподіваюся, що близькі люди нарешті зрозуміють, що я...».

Під час дискусії психолог цікавиться, наскільки важко було бути відвертим, і що нового про себе дізналися учасники? Чи є випадки, коли уявлення учасників про навколишнє середовище збігаються з їхнім фактичним ставленням до себе?

Практика «Але Я».

Мета: Пізнати власні ресурси та можливості для саморозвитку.

Учасникам тренінгу пропонувалося записати на аркуші паперу свої недоліки та ті риси, які їм не подобаються.

Кожне речення повинно починатися зі слова «я». Обговоріть: чи справді це недоліки? Як саме вони вас турбують?

Наступне завдання: А тепер до кожної вади напишіть «Але Я...». Подумайте, як ви можете виправити або компенсувати свої недоліки. Що найважче? Чи є недоліки, які ви не змогли компенсувати? У цьому випадку група надає допомогу учасникам.

Практика «Символи віри».

Мета: розвивати позитивне самосприйняття.

Ведучий просить учасників заплющити очі й уявити себе символом власної впевненості: це може бути тварина, будівля, дерево чи будь-який предмет. На це варто звернути увагу і спробувати ототожнити себе з

символом впевненості в собі. Наприклад, твердий камінь, на який не впливає час і хвили.

Наприкінці вправи попросіть учасників поговорити про свій символ впевненості та проаналізувати, чим він схожий на них і чому вони його обрали.

Урок 7. Робота над зміною звичної поведінки.

Провести роз'яснення щодо сталих реакцій та звичних моделей поведінки що базуються на глибинних переконаннях.

Запропонувати когнітивно-поведінкову модель адаптації до змін «Равлик». Провести лекцію, запропонувати власний приклад і пропрацювати з кожним учасником його власну ситуацію.

За допомогою вправи «Приємно познайомитись...» виховуйте позитивне ставлення до себе.

1. Вправа-розминка «Приємно познайомитися...»

Мета: виявити позитивні сторони учасників.

Запропонуйте учаснику повернутися до сусідки ліворуч і привітати його такими словами: «Приємно познайомитися, тому що ви...». Далі необхідно вказати деякі якості, бажано не фізичні характеристики, а особисті якості.

Ведучий запитав, наскільки важко було знайти позитивні риси особистості в іншого учасника. Було з'ясовано власний досвід вітання учасників.

2. Практика «Дитячі мрії».

Мета: Реалізація та лінгвістика своїх ресурсів.

Учасникам пропонується пригадати таланти, здібності та навички, на які вони звертали увагу в дитинстві, але не усвідомлювали їх пізніше.

Обговоріть: Які у вас були здібності в дитинстві? Чому ці захоплення з часом забуваються? Хочете зараз повернутися до свого хобі?

3. Практика «Як бачать мене оточуючі»

Мета: Розширювати самоуявлення, самопізнання.

Обладнання та матеріали: олівець або ручка, папір А4.

Для кожного учасника психологом обирається партнер, про якого він буде писати. Учасникам пропонується сісти окремо (щоб не було можливості бачити записи один одного) і написати 5-7 позитивних поведінкових або фізичних якостей про партнера, які він в ньому бачить.

Записи збирає психолог та зачитує вголос та відбувається обговорення позитивних якостей.

4. Практика «Сміття».

Мета: позбутися негативних емоцій.

Обладнання та матеріали: 2 аркуші паперу, ручки на кожного.

Учасникам пропонується записати якості, яких вони хочуть позбутися, на першому аркуші, а потім записати якості, які вони хочуть мати, на другому аркуші. Листівки з негативними якостями можна розірвати та вкинути в керамічну миску, в якій психолог всі розірвані листки спалить, або ж спалити листки на вулиці, якщо в приміщенні немає такої можливості (головне щоб всі учасники групи були учасниками спалення), а листівки з бажаними якостями скласти акуратно і сховати в сумочку.

Обговорити зміст двох листків та поміркувати як можна позбутись негативного впливу.

Урок 8. Робота з внутрішньою дитиною. яка буде сприяти зціленню травм минулого.

Робота з внутрішньою дитиною буде сприяти зціленню травм минулого. Так як більшість травм в нас родом з дитинства, а більшість розладів харчової поведінки формується в досить ранньому віці, буде корисно попрацювати з внутрішньою дитиною, долюбити і прийняти її такою якою вона є, дати відчуття турботи та прийняття.

Важливо стати для своєї внутрішньої дитини тим самим люблячим і турботливим дорослим, якого їй так не вистачає. Травмою може бути що завгодно, що вас засмутило в дитинстві. Важливо не знецінювати те що вам відкриється, визнання буде першим кроком до зцілення старих ран. Озираючись на давні травми, зараз ви бачите їх з позиції «дорослого Я», ви дивитесь на них під іншим кутом, ніж в дитинстві. Легко залишити поза

увагою якісь важливі деталі, тому що зараз вони здаються незначними, але їх заперечення сприяє збереженню травми всередині вас. Важливо розпізнати травму і з позицію люблячого дорослого – взяти на себе відповідальність.

Успіх роботи зі своєю внутрішньою дитиною залежить від того, як ви з нею взаємодієте. Ваша внутрішня дитина вам не ворог, навіть якщо ви чуєте її як негативний голос в своїй голові, вона таким чином намагається звернути увагу на себе та хоче бути почутою, отримати любов, якої не отримувала в дитинстві.

Для цього запропонувати зробити кілька вправ.

Вправа № 1. Написання листа до своєї внутрішньої дитини.

Чудовий спосіб більше виражати себе – почати писати на папері свої почуття, це гарний спосіб створити зв'язок зі своєю внутрішньою дитиною. Писати лист необхідно з точки зору люблячого дорослого, яким ви зараз є. Можна писати від імені вигаданого персонажу, який демонструє всі риси, які на вашу думку потрібні вашій внутрішній дитині в її житті. Можливо це буде лист вибаченням.

Цей лист пишемо правою рукою.

Вправа №2. Написати листа від своєї внутрішньої дитини до самого себе.

Змінивши точку зору, написати листа від своєї внутрішньої дитини до себе дорослого. Писати лист від дитини до дорослого лівою рукою, іншою ручкою, іншим кольором. В цей час варто зануритись у так би мовити трошки медетативний стан і писати відсторонено, не замислюючись над тим, що пишете, не оцінювати, просто писати. У «правильному» стані, інформація буде легко лягати на бумагу. Ви зможете багато чого дізнатись і точно будете здивовані тим, що вийде.

Не критикуйте, не піддавайте цензурі, будьте чесні, пишіть все що приходить.

Вправа №3. Створіть кокон з любові для своєї внутрішньої дитини.

Використання тверджень – це один з найкращих методів переосмислення себе, таким чином ви можете дізнатись, яких змін ви хочете у своєму житті. Ви можете змінити свої негативні розумові конструкції і поліпшити стосунки із самим собою, перебудовуючи свою підсвідомість.

Наприклад: «Я більше, ніж будь-коли, поєднаний зі своєю внутрішньою дитиною»; «Я вдячний за присутність моєї внутрішньої дитини»; «Я в єднанні та мирі зі своєю внутрішньою дитиною».

3. Практика «Мої позитивні якості»

Мета: Розвивати навички самовираження та усвідомлення своєї унікальності.

Запропонуйте учасникам по черзі вийти в центр кімнати, щоб оголосити свої навички, починаючи зі слів «Я вмію...», а потім вказуючи, що саме вона вміє робити добре. Завдання психолога вміння трансформувати в якості і повернути їх людині.

Які б не були обставини внутрішні чи зовнішні, якості людини ніколи не змінюються, це те що вона завжди може застосувати.

Разом з групою обговорити де можна з найбільшим успіхом застосувати вказані якості. Це дасть більше впевненості людині, а можливо й розкриє перед нею ще невідомі двері. Під час обговорення було проаналізовано, чи було важко самохвалитися і чому. Коли потрібно підкреслювати свої переваги?

4. Вправа «10 позитивних і 10 негативних якостей».

Мета: самопізнання, усвідомлення власних сильних і слабких сторін.

Учасникам було запропоновано записати свої 10 позитивних якостей і 10 негативних якостей і проаналізувати, чи змінилося їхнє ставлення до негативних рис після того, як вони були вміло переосмислені та переосмислені. Рекомендується переоцінити переваги окремих негативних характеристик.

6. Практикуйте Minecraft.

Мета: Сформувати уявлення про свій потенціал і ресурси для розвитку.

Кожному учаснику видається аркуш паперу, в центрі якого необхідно зобразити сонечко, а посередині написати «Я». Сонце випромінює 18-20 променів, на кожному з яких ви напишете відповіді на питання про свої здібності, захоплення, настрої, уміння, інтереси, особистість, мрії, особистісні якості тощо, те позитивне, що особистість може «випромінювати».

Ведучий підводить учасників до висновку, що «зоряна карта» кожної людини показує, скільки у неї можливостей, наскільки вона унікальна, що у кожного спільного і що може допомогти людині досягти успіху в житті. Під час обговорень наголошуйте на тому, що кожна людина унікальна і що цей образ показує, скільки позитивних сторін, можливостей і ресурсів для саморозвитку є у кожної людини. Рекомендується зберегти цю картину і дивитися на неї, коли ви сумуєте і розумієте, що ви гідні любові та поваги.

Блок 2. Розвиток самоконтролю та зниження напруги (стресу).

Складається з 2 днів навчальної роботи по 3 години на день з 30-хвилинною перервою.

Мета: Формувати вміння довільно регулювати власний стан у різних ситуаціях, контролювати зовнішню поведінку, стежити за внутрішнім психологічним станом, знижувати стрес і психологічно-емоційну напругу.

День 4. Знизити рівень стресу та психоемоційну напругу

Психолог розповідає про стрес і негативний вплив, який стрес може мати на нашу здатність до саморегуляції. Пояснює механізм виникнення чи зникнення апетиту внаслідок негативних емоцій та психоемоційного напруження.

1. Практика «Неверленд».

Мета: Зняти психологічну та емоційну напругу.

Ведучий пропонує учасникам заплющити очі і уявити себе на красивому острові, де ви відчуваєтеся спокійно, захищено та впевнено. Який цей острів, спробуйте зобразити його в деталях: сонце, пісок, пальми, гори,

водоспади тощо. Хто на цьому острові поряд з вами, а що вони роблять? Які предмети чи улюблені речі вони ви хотіли би забрати на цей острів? Необхідно зосередитися на переживанні, запам'ятати відчуття спокою, свободи і розслаблення і кожного разу відчуваючи напругу, емоційно повертатись на цей острів у ці відчуття.

3. Вправа «М'язова релаксація».

Ведучий пояснив зв'язок між емоційними станами та напругою/розслабленням м'язів обличчя та зробив висновок, що здатність контролювати м'язи обличчя сприяє нормалізації емоційних станів.

Учасникам пропонується відпрацювати напругу-розслаблення м'язів обличчя. Спочатку ведучий дає команду по черзі напружувати і розслабляти м'язи навколо очей, носа, губ, чола і щелепи. Потім учні виконують цю вправу самостійно, а на завершення намагаються розслабити м'язи обличчя і запам'ятати цей стан.

Домашнім завданням буде перед сном зробити повну м'язову релаксацію починаючи від пальців на ногах поступово переходячи вгору і завершити м'язами обличчя.

5. Дихання лева

Психолог пояснює важливість вчасного викиду негативних емоцій екологічним чином і пропонує потренуватись виконувати дихання лева, щоб у разі необхідності в житті учасник завжди зміг вчасно випустити негативні емоції та не консервувати їх у своєму тілі.

Дихання лева виконується широко відкривши рота, виставити язик вниз і зробити гучний видих, викидаючи з тіла разом з повітрям негативні емоції та напруження.

2. Вправа «Смакуємо повільно».

У кожного з учасників має бути стакан з напоем не гарячим і по два шматочки сиру, чи чогось іншого, що можна було б відкусувати маленькими шматочками.

Вправа починається з того, що психолог пропонує набрати в рота невеличку кількість рідини і на протязі кількох хвилин смакувати її в роті

не ковтаючи, таким чином відчуваючи її структуру, температуру, смак, терпкість і т.д. Потім можна проковтнути. Далі маленький шматочок сиру і довго і повільно смакувати його відчуваючи структуру, аромат, смак, відтінки, відчуття на язика і т.д.

Перед тим, як ковтнути напій, потрібно його роздивитись, який в нього колір, аромат, структура, на що він схожий, з чим асоціюється і тільки потім набрати трохи в рот і знову довго його смакувати. Повторити те саме з сиром.

На 100 мл напою та 2 шматочки сиру має піти 40 хвилин практики.

Дана практика дає потужне відчуття релаксації та відчуття ситості від малої кількості їжі. А також дає можливість отримувати задоволення не від кількості з'їденої їжі, а від її органолептичних якостей.

Дану практику не рекомендовано проводити для людей з анорексією.

Домашнє завдання: протягом наступного тижня спробуйте зупинитися принаймні на 5-10 хвилин, перш ніж розпочати прийом їжі. Психолог пояснює, що сучасні люди живуть в епоху прискореного темпу життя і звикли швидко задовольняти свої бажання. Ось чому коротке очікування дає вам час взяти себе в руки, відновити самоконтроль і дозволить вам їсти менше або пропустити висококалорійну їжу.

Варто зауважити, що саме насолоду смаком від їжі ми отримуємо від кількох перших шматочків, далі ми перестаємо фокусуватись на відчутті смаку їжі і вже слабо відчуваємо її смак.

Важливо для прийому їжі виділяти достатньо часу, аби їсти неквапно, не відволікатись на розмови, читання чи перегляд відео. Ретельно пережовувати кожен шматочок їжі, фокусувати увагу на відчутті смаку від початку до кінця.

На будь якому етапі роботи з групою чи індивідуально, якщо відчувається напруженість, та відсутня активність чи труднощі у формуванні словесного опису проблеми, рекомендовано використовувати МАК карти.

За допомогою МАК карт в індивідуальній роботі з особистістю з розладами харчової поведінки, дуже ефективно проходить виявлення та ідентифікацію радикалу. Та відпрацьовувати складні ситуації з яких клієнт не бачить виходу.

3.2. Рекомендації фахівцям щодо роботи з людьми, які мають розлади харчової поведінки під час війни

Основним завданням психологів та психотерапевтів в роботі з клієнтами з розладами харчової поведінки є створення оптимальних психологічних умов самоусвідомлення та психологічного розвитку особистості.

Завданнями супроводу можна визначити основні напрямки:

- виявлення та усвідомлення проблем, що мають вплив на харчову поведінку;
- сприяння знаходження нових стратегій в позитивному ключі, що допомагають вирішенню питань, пов'язаних з порушеннями харчової поведінки;
- формування нових навичок подолання стресових подій та відпрацювання їх для гармонійного вбудовування в повсякденне життя для заміщення негативних стратегій подолання стресу за рахунок харчових звичок.

Психокорекційний супровід осіб з розладом харчової поведінки оснований на принципах гуманізму (І. Дубровіна, С. Максименко, В. Панок, Т. Титаренко, Т. Яценко та інші), системності, наукової обґрунтованості, доцільності та бодінейтральності.

Принцип системності – являється одним з основних у сучасній психології, адже йдеться про вивчення людини, як суб'єкта діяльності.

Принцип наукової обґрунтованості – відповідно до якого всі рішення стосовно діагностики, проведення терапевтичних інтервенцій мають аргументуватись з наукової позиції та направлені на особливості клієнта, які можуть бути важливими для діагностики та терапії.

Принцип доцільності – вимагає знаходити більш оптимальний стосовно конкретного клієнта спосіб взаємодії.

Принцип бодінейтральності полягає у ставленні до власного тіла та до тіл інших людей з повагою. Зниження градусу важливості фізичній привабливості, яку пропагує сучасне суспільство.

Основними напрямками роботи психолога, психотерапевта є проведення діагностики, психоедукація як профілактика та лікування (психотерапія).

Діагностичний напрям спрямований на визначення наявності психічних захворювань та розладів, що потребують втручання лікарів-психіатрів. Діагностика включає в себе стандартизоване детальне інтерв'ю, проведення тестування та анкетування, для надання обґрунтованої підтримки.

Психоедукація (профілактика) спрямована в першу чергу на превенцію дистресу за рахунок розуміння процесів що відбуваються. Сприяє зменшенню симптоматики та уникненню серйозних розладів.

Психотерапія або лікувальний напрям найвідповідальніший, бо використовується вже там де є сформоване порушення поведінки, яке потребує корекції. Всі терапевтичні підходи базуються на трьох основних підходах – гуманістичному, когнітивно-поведінковому та психодинамічному. У своїй практиці психологи та психотерапевти мають дотримуватись професійної етики, безперервно підвищують свою кваліфікацію, набувають нових знань та навичок, необхідних для консультацій терапевтичної роботи.

Найпоширенішими формами роботи психологів є індивідуальні консультації, групові консультації, тренінги, семінари, психологічна допомога, індивідуальна та групова терапія, кризова допомога.

Зважаючи на те, що під час подій воєнного характеру одним із потужних факторів розвитку, прояву чи посилення розладів харчової поведінки є стрес, то важливо направити увагу на мінімізацію впливу стресу на організм людини.

В першу чергу необхідно за можливістю позбавити особистість впливу стресового фактору, якщо це можливо. Якщо повністю позбавитись стресового фактору неможливо, то варто в першу чергу приділити увагу

мінімізації впливу стресового фактору на організм особистості, навчити його саморегуляції та методам першої допомоги при кризових станах.

Легкими у виконанні, дієвими та безпечними для широкого загалу є практики що включають в себе: практики з фізичної саморегуляції, дихальні практики та медитативні практики. Вони зарекомендували себе як ефективні та доступні при цьому для їх виконання не потрібне спеціальне обладнання чи приміщення і їх виконання можливе, як дома, так в бомбосховищі і навіть у окопах.

Для навчання таким технікам достатньо відео зв'язку з практиком та бажання допомогти собі та близьким. Ці техніки є першими в допомозі та не потребують великих капіталовкладень, а отже можуть бути застосовані для більшості населення.

При розробці сучасної професійної психотерапевтичної програми для пацієнтів з розладами харчової поведінки важливо, щоб спеціалісти професійних медичних закладів організували надання медичної допомоги таким чином, щоб вона максимально зручно та ефективно використовувала наявні ресурси. Зокрема, слід звернути увагу на концептуальні характеристики, клінічні та освітні компоненти таких програм, їх роль у загальному терапевтичному середовищі та внутрішніх структурах управління.

Комплексний план лікування розладів харчової поведінки може мати такі характеристики:

1. Програма має бути мультидисциплінарною. Зважаючи на складність розладів харчової поведінки, професійна медична допомога повинна надаватися з використанням багатовимірного та мультидисциплінарного підходу до лікування. В ідеалі члени такої мультидисциплінарної команди повинні включати фахівців, які мають досвід лікування пацієнтів із важкими та стійкими психічними захворюваннями. Команда повинна включати психіатра, який оцінював і лікував пацієнтів з різними розладами харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія та атипові розлади харчової поведінки),

включаючи медикаменти. Психотерапевти повинні пройти (групову та індивідуальну) підготовку, продемонструвати довготривалу ефективність у лікуванні розладів харчової поведінки в рамках професійної психотерапевтичної спільноти. Команда також має включати дієтологів та/або дієтологів із відповідним практичним досвідом; психологів із досвідом взаємодії з членами родин пацієнтів із розладами харчової поведінки; та терапевтів, які зосереджуються на психосоціальних аспектах пацієнтів із нервовою анорексією та нервовою реабілітацією булімії.

2. План має відповідати поточним опублікованим протоколам лікування. Слід описати загальноприйнятий підхід до лікування цих розладів. Крім того, програма повинна забезпечувати різноманітний догляд за пацієнтами, включаючи численні фактори, такі як реабілітація харчування, стабільність ліків, індивідуальна, групова та сімейна психотерапія та медикаментозна терапія. План має бути зосереджений на нормалізації поведінкових розладів (включаючи належне збільшення чи зменшення ваги) та психіатричному лікуванні, необхідному для нормалізації шкідливих установок і переконань щодо ваги та розміру; крім того, важливе значення має лікування супутніх захворювань у пацієнтів.

3. Програма повинна забезпечувати науково обґрунтовану допомогу. Необхідна, але недостатня умова для використання в програмах психотерапевтичного втручання, описаних у фаховій літературі як ефективні інструменти в лікуванні пацієнтів з нервовою анорексією та нервовою булімією.

4. Програма має забезпечувати економічно ефективне лікування та догляд, розумно використовуючи ресурси. Зокрема, можна організувати психотерапевтичне втручання таким чином, щоб спочатку найменш інтенсивні та, відповідно, найдешевші втручання надавалися найбільшій кількості пацієнтів, тоді як найбільш інтенсивні (і найбільш ресурсомісткі) втручання надавалися найважчим.

Особливу увагу варто приділити роботі з родичами особистостей з розладами харчової поведінки, провести роз'яснювальну роботу та навчити,

як варто поводитись надалі, що можна робити, а чого робити точно не варто за для збереження прогресу лікування та мінімізації ризиків погіршення ситуації та посилення проявів розладів харчової поведінки. До того ж робота з розладами харчової поведінки достатньо довгий процес і від нього не можливо позбавитись за 10 сеансів.

Враховуючи що рівень інтелекту і особистостей з анорексією та булемією зазвичай вище середнього, варто враховувати це при роботі з ними та бути готовим до того, що вони будуть чинити опір використовуючи більш складні захисні механізми психіки.

Висновки до розділу 3

Метою проекту є діагностика типу та ступеня розладів харчової поведінки, корекція неправильних режимів харчування та мотивація учасників проекту до нормалізації ваги шляхом зміни режиму харчування та фізичної активності. Протягом 3-х сесій учасники діагностують тип розладу харчової поведінки, розраховують індекс маси тіла, аналізують задоволеність/незадоволеність різними частинами тіла, вчаться вести щоденник харчової поведінки та обмежують деякі продукти. Також була підібрана програма фізичних вправ для підвищення інтенсивності повсякденної діяльності та фізичної активності.

Запропоновані різні практичні заняття за допомогою яких важливо навчити людину з розладами харчової поведінки любити та поважати себе, знаходити в собі опору, просити про допомогу у інших та не вважати себе слабким, якщо є потреба, знову повернутись за допомогою до спеціалістів.

Завдання фахівця в першу чергу навчити людину з розладом харчової поведінки технікам за допомогою яких він міг би самостійно врегульовувати незначні прояви харчової поведінки і навіяти довіру до фахівців, аби людина відчувала себе в безпеці звертаючись за допомогою і мала впевненість, що розлад можна подолати.

Важливо при розладі харчової поведінки мати мультидисциплінарну команду спеціалістів, які кожний зі свого боку зможе забезпечити кваліфіковану підтримку.

Поширення інформації щодо розладів харчової поведінки, можливих причин розвитку, симптомів та наслідків для здоров'я від розладів харчової поведінки мають бути доступні широкому загалу. Однією з форм доступності та відкритості є організація спеціалізованого сайту чи сторінки в соціальній мережі, де буде можливість висвітлювати необхідну інформацію та програми роботи з цими розладами.

Висновки

1. У результаті теоретичного аналізу сучасних вітчизняних та зарубіжних наукових джерел було здійснено аналіз проблем розладів харчової поведінки особистості. Дослідивши передумови формування та особливості культури харчування та їх вплив на розвиток розладів харчової поведінки, провівши аналіз сучасних зарубіжних та вітчизняних наукових джерел можна зробити висновок, що розлади харчової поведінки складні та багатфакторні порушення, що виникають внаслідок генетичних, нейробіологічних, соціальних, культурологічних, сімейних, психологічних, вікових та статевих факторів. Було виявлено, що найбільш вагомими з них: сімейні, психологічні, генетичні та культурні фактори. Пусковими механізмами для розладу харчової поведінки може стати будь-який вагомий стресовий фактор, що має значуще значення для особистості. Виявлено, що високий вплив на розвиток харчової поведінки має культура споживання їжі, як в окремій родині, так і в соціумі. Також значний вплив мають історично сформовані особливості харчування в регіоні, пережиті нацією або окремими індивідами періодами голоду, суттєвого обмеження в їжі, або обмеження в певних продуктах, як наслідок політичних, економічних та соціальних факторів, або внаслідок катастроф чи подій воєнного характеру.

Здійснено аналіз особливостей та різновидів розладів харчової поведінки особистості. Виділені 3 найбільш значущі поняття серед розладів харчової поведінки в сучасному суспільстві, що виходять за межі адаптивної харчової поведінки та можуть набувати ознак клінічного розладу, а саме: анорексія, булемія та компульсивне переїдання. Визначено найбільш впливові зовнішні та внутрішні фактори, що провокують розвиток чи посилення проявів розладів харчової поведінки особистості. Досліджуючи передумов формування та особливості культури харчування та їх вплив на розвиток розладів харчової поведінки вдалось виділити найбільш значущі психологічні фактори, що сприяють виникненню порушень розвитку харчової поведінки – це холодний відсторонений стиль виховання дітей в родині, емоційна відстороненість від дітей та між подружжям; ставлення до їжі та культура

харчування в родині; модні тренди та соціальні мережі та ставлення соціуму до «еталонного» вигляду сучасної успішної особистості та способу її життя.

Стресові фактори якими останні роки наповнене життя, що впливають на все населення планети та виконують роль додаткового пускового механізму для виникнення та посилення проявів різноманітних психологічних та фізіологічних розладів у тому числі і розладів харчової поведінки. Глобальним стресовим фактором що мав вплив на все населення нашої країни і всього світу, була пандемія COVID-19, внаслідок якої значна частина населення всього світу була змушена залишатись у власних домівках та боятись зараження. У 2022 році наша країна поринула у повномасштабну війну, внаслідок якої частина населення нашої країни була змушена покинути свої домівки, деяким з них більше немає куди повертатись. Пандемія та війна це сукупність постійно діючих різноманітних стресових факторів. Внаслідок пандемії люди були зачинені вдома і мали постійний доступ до їжі, війна обмежила доступ до їжі та зробила її як мінімум не такою доступною, як максимум люди помирають від голоду.

Описані найбільш характерні симптоми для цих розладів харчової поведінки особистості

2. Емпірично досліджено особливості розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру. В результаті аналізу особливості та різновидів розладів харчової поведінки особистості вдалось визначити що мають достатньо високі показники поширеності. Було виявлено ознаки анорексії та компульсивного переїдання. Також було визначено розлади що поєднують в собі ознаки обмеження, екстернальні, та емоціогенні поведінки та можуть набути розвитку як в анорексію, булемію так і компульсивне переїдання. Було визначено, що серед респондентів у яких було виявлено ознаки розладів харчової поведінки, значна частина відмічала зміну відношення до їжі після впливу подій воєнного характеру. Дане дослідження проведене методом опитування та не може бути використаним для встановлення діагнозу та призначення лікування, проте дає підстави звернути

увагу на поширеність проблем розладів харчової поведінки та враховувати це під час подальших досліджень та в роботі психологів, психотерапевтів, коучів, волонтерів та інших соціальних працівників допоміжних спеціальностей.

3. Розроблено програму стабілізації та зменшення впливу розладів харчової поведінки особистості з урахуванням особливостей розладів харчової поведінки та стресових подій, подій воєнного характеру що впливали та продовжують впливати на осіб з розладами харчової поведінки. В програмі стабілізації поєднанні знання з різних галузей психологічної, медичної та сфери фізичної культури. Враховуючи що розлади харчової поведінки мають розглядатись мультидисциплінарними командами з залученням спеціалістів загальної лікарської практики, дієтологів, психіатрів, психотерапевтів тощо. Рекомендації щодо стабілізації носять рекомендаційний характер та не можуть бути застосовані як самостійна програма для лікування без залучення інших спеціалістів.

4. Розроблено рекомендації щодо роботи з людьми що мають розлади харчової поведінки особистості що викликані екстремальними та кризовими ситуаціями, подіями воєнного характеру. Оскільки особи з розладами харчової поведінки особистості зазвичай мають інтелект середній і вище, фахівці що працюють з такими розладами мають бути готовими до цікавих викликів що їм готують інтелектуальні клієнти. Краще всього в роботі з розладами харчової поведінки за досвідом світових спеціалістів показав себе метод когнітивно поведінкової терапії, проте поєднання стандартів класики з новими методиками також може допомогти пройти цей шлях з клієнтом більш цікаво та з залученням різних сфер життя клієнта.

Варто враховувати що робота з розладами харчової поведінки особистості в умовах подій воєнного характеру може мати незначний ефект, оскільки на один з потужних стресових факторів – події воєнного характеру ми нажаль не можемо вплинути. Тож бути готовими до того що результати можуть бути мінімальними, або мати динаміку хвилі зі значною амплетудою і провести відповідну психоедукацію клієнту з ознаками розладу харчової поведінки для збільшення розуміння основних процесів що відбуваються.

Здійснене дослідження не претендує на остаточне і вичерпне дослідження зазначеної проблеми. В ході дослідження питання розладів харчової поведінки та впливу стресових факторів таких як події воєнного характеру на них, відкрило ще більше питань, які виходять далеко за межі формату дипломної роботи та потребують широкого дослідження фахівцями в тому числі й суміжних галузей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсаямова Л. М. Дослідження харчових виборів жінок репродуктивного віку. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. № 39. Кам'янець Подільський : Аксіома, 2018 С.19–31.
2. Абсаямова Л. М. Психологічний аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку. PSYCHOLOGICAL JOURNAL № 6 (16) 2018 С. 9-23.
3. Абсаямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2019. №25. С. 8- 35. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-25.%p>
4. Айстраханов Д. Д., Курчатов Г. В., Гаврилюк М. Ф. Узагальнені тенденції змін стану здоров'я дорослого населення України. Україна. Здоров'я нації. 2008. № 1(5). С. 12–18
5. Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
6. Артюх Л.Ф. Традиційна культура. Харчування та їжа. Енциклопедія історії України: Україна—Українці. Кн. 1 Редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. НАН України. Інститут історії України. - К.: В-во «Наукова думка», 2018.-608 с. Електронний ресурс Режим доступу:
http://www.history.org.ua/?termin=tradytsijna_kultura_kharchuvannja_ta_jizha
7. Бацилева О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді. Актуальні проблеми психології. 2015 № 38. с 57–68.
8. Боришевський М. Й. Дорога до себе: від основ суб'єктності до вершин духовності. Київ: Академвидав, 2010. 416 с.
9. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету

- імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. №1 (46). С. 53–66.
10. Вашека Т. В., Долгова О. М. Психологія девіантної поведінки: Навчальний посібник. Київ, 2018. 203 с.
 11. Ващенко І. В. Конфліктологічна компетентність в понятійно-категоріальному дискурсі. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: зб. наук. пр. Київ. нац. ун-та ім. Тараса Шевченка. Київ: Логос, 2011. Т. 3. С. 34–45.
 12. Величко І. С., Сингаївська І. В. Проблема співвідношення індивідуальних особливостей та харчових звичок особистості. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: Міжнародна конференція (21-22 листопада 2019 року, м. Київ). К.: Університет «КРОК», 2019. Ч. 2. С. 427-429
 13. Виготський Л.С. Психологія: монографія. 2000. 108 с
 14. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 224 с.
 15. Гряділь Т. І., Чубірко К. І., Чопей І. В., Гечко М. М., Михалко Я. О., Пулик О. Р. Діагностика, лікування та профілактика ожиріння. Україна. Здоров'я нації. 2015. №21. С. 96–100.
 16. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки. НЕЙRONEWS. 4-5 (97) 2018 - 6-7 с
 17. Карпенко З. С. Онтологічне обґрунтування аксіологічної персонології. Психологія особистості. 2011. №21(2). С.182–190.
 18. Коваленко А. Б., Федосєєва І. В. Психологія розвитку толерантності підлітка. Київ: КНУ ім.Тараса Шевченка; ПереяславХмельницький: СКД, 2014. 329 с.
 19. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
 20. Кокур О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265с.

21. Коломінський Н. Л. Методологічні засади професійної підготовки практичного психолога. Практична психологія та соціальна робота. №4. 2003. С.12–13.
22. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. Медична психологія. 2013. № 3. С. 56–62.
23. Косяк В. А. Людина та її тілесність у різних формах культури: досвід філософської інтеграції: автореф. дис. д-ра філософ. наук: 09.00.04; Ін-т філософії ім. Г. С. Сковороди НАН України. Київ, 2006. 36 с.
24. Коцюба В. А., Сингаївська І. В. Принципи психосамотичної корекції. Актуальні питання сучасної науки та практики: матеріали Науково-практичної конференції (15 листопада 2018 року, м. Київ) К.: Університет «КРОК», 2018. С. 516-519.
25. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник Ред. П. В. Волошин, В. М. Пономаренко, О. К. Напрєєнко та ін. Харків : РВФ «АРСІС, ЛТД», 2000. С. 184–197.
26. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи 2019 № 33 С. 178–191.
27. Кучеренко Є., Півень Л. Теоретико-методологічні засади застосування психосинтезу в роботі з розладами харчової поведінки. Psychology. Humanitarium. 2020 Vol. 44, Iss. 1. ISSN 2308-5126
28. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
29. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія. Вип. 5. Ч. 1. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. С. 160–165.

- 30.Максименко С. Д. Психологічні технології взаємодії суб'єктів освітнього простору: Методичні рекомендації за науковою редакцією академіка НАПН України С.Д. Максименка. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. - 48 с.
- 31.Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К. : Подільського національного унту ім. І. Огієнка. К.-Подільський, 2009 № 6. Ч.2. С. 56–70.
- 32.Мойзріст О. М. Дослідження практичними психологами системи освіти порушень харчової поведінки у підлітків. Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2012 № 23 с 431–440.
- 33.Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23. с 113-121.
- 34.Підчасов Є. В. Чепелева Н. І. Стресові стани дитини під час війни. Особистість, суспільство, війна. Харків 2022 р.
- 35.Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади осіб з розладами прийому їжі. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Харків : ХНПУ, 2012 №44 Т. 2. с 184–191.
- 36.Савель І. Курс «Теорія та практика психотерапії розладів харчової поведінки» серпень 2022 р.
- 37.Самойленко І. В. Війна з їжею. І. В. Самойленко. Київ, 2020. – 208 с.
- 38.Семиченко В. А. Психічні стани. Київ: “Магістр-S”, 1998. 208 с.
- 39.Сингаївська І. В., Даренська К. В. Особливості терапевтичної роботи з посттравматичними проблемами методом казкотерапії. Правничий вісник Університету «КРОК». К.: Вищий навчальний заклад «Університет економіки та права «КРОК». Вип. 30. 2018. С. 175-182.
- 40.Сингаївська І. В., Зіміна І. О. Класифікація соціально-психологічних чинників, що впливають на здоров'я людей з надмірною вагою. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей II Міжнародної конференції (Київ, 20 листопада 2020 р.). К.: Університет «КРОК», 2020. С. 155-158.
<https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE2020/paper/view/214>

- 41.Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. ред. Л. Підлісецька. Львів : Вид-во УКУ, 2014.112 с.
- 42.Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування № 3–4 2010 С. 16–25.
Смоляр
- 43.Супрун У. Що таке розлади харчової поведінки та в чому їх небезпека. 19 вересня 2020 року. <https://suprun.doctor/zdorovya/shho-take-rozladi-xarchovoyi-povedinki-ta-v-chomu-yix-nebezpeka.html?&page=1481>
- 44.Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. Дисертація д. філос. за спеціальністю 053 «Психологія». Київський ун-т ім. Б. Грінченка, Київ, 2021. 236 с.
- 45.Шебанова В. І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Український науковий журнал «Освіта регіону». № 4 2016 С. 256.
- 46.Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : автореф. дис. доктора психол. наук : 19.00.01. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. – 40 с.
- 47.Шебанова В. І. «Харчова поведінка людини, їжа, тілесність, як феномен повсякденної реальності (частина 2). Проблеми сучасної психології 2014. Випуск 24. УДК 159.9.61.
- 48.Юрценюк О. С. Психосоматика розладів харчової поведінки. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2021 № 22 (515).
- 49.Baker J., Runfol C. Eating disorders in midlife women: a perimenopausal eating disorder? Maturitas. 2016. Vol.85. P.112-118.
- 50.Beiseigel J. M., Nickols-Richardson S. M. Cognitive eating restraint scores are associated with body fatness but not with other measures of dieting in women. Appetite. 2004 № 43. С. 47–53.
- 51.Boerner L. M., Spillane N. S., Andersonb K. G., Smith G.T. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures Eating Behaviors. 2004. № 5. P. 209-222.

52. Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 42-50. URL: <https://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml> (28)
53. Carrard I., Van der Linden M., Golay A. Comparison of Obese and Nonobese Individuals with Binge Eating Disorder: Delicate Boundary Between Binge Eating Disorder and Non-Purging Bulimia Nervosa. *Eur. Eating Dis. Rev.* 2012. № 20. C. 350–354.
54. Corstorphine E., Waller G., Lawson R. et al. Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*. 2007. 8. P. 23-30.
55. Comorbidity and outcome in eating disorders. D. B. Herzog, K. M. Nussbaum A. K. Marmor. *Psychiatr Clin North Am.* 1996. № 19. C. 843–859.
56. Daniel Le Grange, James Lock, W. Stewart Agras, Ann Moye, Susan W. Bryson, Booil Jo, Helena C. Kraemer Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.003>
57. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. H. Cena, F. Barthels, M. Cuzzolaro. *Eat Weight Disord.* 2019 № 24 C. 09–246.
58. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. London, 2013. – 970 c.
59. Dolan S. C., Khindri R., Franko D.L. Anhedonia in eating disorders: A meta-analysis and systematic review. *Eating disorders*. Vol. 55, Is. 2. 2022. P. 161- 175.
60. *Eating Behavior*. Int. J. Eat. Disord. 1986 № 5 (2). C. 295–315.
61. Causes and risk factors Medically reviewed by Timothy J. Legg, PhD PsyD-By Kimberly Holland-Updated on March 3, 2017 <https://www.healthline.com/health/eating-disorders-causes-risk-factors>
62. Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellite. S. Kim, S. Lee, E. Kang, K. Hur, *Metabolism*. 2006 № 5. C. 1053–1059.
63. Fabricatore A., Wadden T. Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*. 2004. Vol. 22. Is. 4. P. 332-337.

- 64.Fairburn C., Brownell K. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook – New York, 2003.
- 65.Fisher S., Cleveland S. Body Image and Personality. – New Jersey, 1958. - 459 p.
- 66.Friedman K.K., Reichmann S.K., Coslanzo P.R., Musantc G.J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2002. Vol. 10. № 1. P. 33-41
- 67.Friedman M.A., Brownell K.D. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychologi Bulletin*. 1995. № 117. P. 3–20.
- 68.Gupta M.A. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders. *Eating disorders*. 2005. Vol. 18(4). P. 351-358.
- 69.Hoorens V. Social comparison of health risks: locus of control, the person positivity bias, and unrealistic optimism. V. Hoorens, B. Buunk. *Journal of Applied Social Psychology*. 1993 №23. C. 291–302.
- 70.Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. M. Miniati, A. Callari, A. Maglio, S. Calugi. *Psychological Research Behaviour Management*. 2018. № 11. C. 353–369.
- 71.James I. Hudson, Eva Hiripi, Harrison G. Pope Jr., Ronald C. Kessler. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. Volume 61, Issue3, February 2007, Pages 348-358.
- 72.Khaliullina H., Love N. K., Harris W. A. Nutrient-Deprived Retinal Progenitors Proliferate in Response to Hypoxia: Interaction of the HIF-1 and mTOR Pathway. *J. Dev. Biol*. 2016 , 4 (2), 17; <https://doi.org/10.3390/jdb4020017>
- 73.Kreipe R. E., Mou S. M. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2000. T. 27, № 1.)
- 74.Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders J. Lock *Current Opinion in Psychiatry*. 2011. № 24 (4). C. 274–279.
- 75.Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. M. M. Fichter, N. Quadflieg, S. Hedlund. *Int. J. of Eating Disorders*. 2008 № 41 C. 577–586.

76. Long-term weight maintenance: A meta-analysis of US studies. J. W. Anderson, E. C. Konz, R. C. Frederich, C. L. Wood. American Journal of Clinical Nutrition. 2001 № 74 C. 579–584.
77. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating. ACE Healthy Living. 2012. Режим доступа до ресурсу: <https://www.acefitness.org/education-and-resources/lifestyle/blog/2866/is-there-psychology-behind-healthy-eating/>.
78. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. R. M. Moroze, T. M. Dunn, J. Craig Holland. Psychosomatics. 2015 № 56 C. 397–403.
79. MSD Manuals by Merck Sharp & Dohme Corp. June 2020. <https://www.msdmanuals.com>
80. NAMI – National Alliance on Mental Illness 2022. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Eating-Disorders>
81. Oenema A. Exploring the occurrence and nature of comparison of one’s own perceived dietary fat intake to that of self-selected others. A. Oenema, J. Brug. Appetite. 2003 № 41 C. 259–264.
82. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. L. M. Donini, D. Marsili, M. P. Graziani. Eat Weight Disord. 2004 № 9 C. 151–157.
83. Orthorexic eating behavior. F. Barthels, F. Meyer, R. Pietrowsky. Ernährungs Umschau. 2015 № 62 C. 156–161.
84. Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: a qualitative investigation of parental perspectives. K. Hart, A. Herriot, J. Bishop, H. Truby. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2003 №16. - C. 89-96.
85. Psychology of Healthy Eating. Argosy University. 2011. <https://www.slideshare.net/HelpingPsychology/psychology-of-healthy-eating>
86. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. J. Karlsson, L-O Persson, L. Sjöström, M. Sullivan. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000 № 24 C. 1715-1725.

- 87.Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. W. C. Knowler, E. Barret-Connor, S.E. Fowler, R. F. Hamman. *New English Journal of Medicine*. 2002 № 346. C. 393–403.
- 88.Rogers P., Blundell J. Psychobiological bases of food choice. *The British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 1990. No 15. P. 31–40.
- 89.Selassie M., Sinha A.C. The epidemiology and aetiology of obesity: a global challenge. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2011. Vol. 25, №. 1. P. 1-9.
- 90.Schulz S., Laessle R.G. Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Appetite*. 2012. Vol. 58, №. 2. P. 457-461.
- 91.Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. G. I.lmans, S. G. Benish, C. Marin. *Clin. Psychol. Rev.* 2013 № 33 C. 460–469.
- 92.Stunkard A. J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. A. J. Stunkard, S. Messick. *Psychosom.* 1985 № 29 C. 71–83.
- 93.The Look AHEAD Research Group. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2000 № 30 C. 1374–1383.
- 94.The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. C. G.Fairburn, Z. Cooper, H. A. Doll. *Psychiatry*. 2000 № 57 C. 655–669.
- 95.Thompson-Brenner H. Personality subtypes in eating disorders: validation of aclassification in a Naturalistic sample. *The British Journal of Psychiatry*. 2005. № 186. P. 516-524.
- 96.Tomako Udo, Carlos M Grilo. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults 2018 Sep. 14 84(5): 345-354. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29859631/>
- 97.Tylka T. L., Kroon Van Diest A. M. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. T. L. Tylka, A. M. Kroon Van Diest. *Journal of counseling psychology*. 2010 № 60 (1) C. 137.

98. Van Strien T. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *IJED*. 1986 № 5. C. 295–315.
99. Verdejo-García A., Lawrence A. J., Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008. T. 32. №. 4. C. 777-810.
100. Walsh B. T., Devlin M. J. Eating disorders: progress and problems B. T. Walsh, M. J. Devlin Science. 1998. № 280. C. 1387–1390.
101. Winkielman P. Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value / P. Winkielman, K.C. Berridge, J.L. Wilberger. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005. No 31. P. 121–235.
102. Wurtman J.J. Carbohydrate craving a disorder of food intake and mood. *The psychobiology of bulimic* Ed. by J.I.Hudson, H.G.Pope. Washington. D.C.A.P.P 1977: 229-239.
103. Xu C., Cao H., Liu D. Integrative analysis of shared genetic pathogenesis by obsessivecompulsive and eating disorders. *Molecular Medicine Reports*. 2019. Vol. 19. P. 1761-1766

Всього джерел – 103

Джерела за останні п'ять років – 28

Джерела зарубіжних авторів за останні п'ять років – (57, 59, 70, 79, 80, 96, 103)

Джерел українських авторів за останні п'ять років – (1, 2, 3, 5, 6, 10, 12, 16, 19, 24, 26, 27, 30, 34, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 48)

ДОДАТКИ

Додаток А

Статистичні дані Центру громадського здоров'я МОЗ України
за 2021 рік

Р190001. Показники інвалідності дітей віком до 18 років.
Звіт. рік: 2021
Розріз: 0 Форма у цілому (0)

№ п/п	Найменування	абсолютне число дітей- інвалідів на кінець звітнього року	показник на 10 тис. дітей	питома вага	в т.ч.діти, які вперше в звітному році стали інвалідами		
					абсолютне число	показник на 10тис.дітей	питома вага
А	Б	1	2	3	4	5	6
210	(5.0) Розлади психіки та поведінки F00-F99						
	Україна	29 390	39,4	18,1	4 099	5,5	26,8
	АР Крим	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
	Вінницька	1 181	42,3	18,6	125	4,5	23,9
	Волинська	785	33,2	13,7	113	4,8	20,2
	Дніпропетровська	2 829	49,7	21,5	349	6,1	32,6
	Донецька	1 697	57,4	25,4	199	6,7	34,6
	Житомирська	964	41,4	16,1	136	5,8	26,0
	Закарпатська	733	25,3	10,6	102	3,5	16,2
	Запорізька	1 997	69,8	27,6	256	8,9	35,7
	Івано-Франківська	984	36,1	15,3	175	6,4	24,2
	Київська	1 434	39,6	17,0	205	5,7	25,8
	Кіровоградська	667	41,2	17,4	135	8,3	34,5
	Луганська	437	44,2	20,0	54	5,5	24,9
	Львівська	1 877	39,0	16,8	289	6,0	26,4
	Миколаївська	618	30,7	13,7	56	2,8	15,8
	Одеська	1 809	38,6	21,3	310	6,6	35,3
	Полтавська	1 087	47,5	20,3	125	5,5	24,8
	Рівненська	918	33,4	14,5	117	4,3	17,9
	Сумська	521	31,9	14,2	65	4,0	20,2
	Тернопільська	546	28,4	11,3	84	4,4	17,5
	Харківська	1 295	30,3	13,8	180	4,2	21,2
	Херсонська	946	49,1	23,6	117	6,1	31,5
	Хмельницька	721	31,2	12,4	113	4,9	21,0
	Черкаська	877	45,5	19,1	147	7,6	33,8
	Чернівецька	915	50,2	19,9	127	7,0	27,1
	Чернігівська	898	57,9	20,7	127	8,2	32,2
	м.Київ	2 654	46,6	21,9	393	6,9	31,5
	м.Севастополь	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0

P200002 Середня тривалість лікування та летальність серед дорослого населення (18 років і старші)
Звіт. рік: 2021
Розріз: 0 Форма у цілому (0)

№ п/п	Найменування	Виписано хворих (абсолютні дані)	Проведено виписаними ліжко-днів (абсолютні дані)	Середня тривалість лікування	Кількість померлих (абсолютні дані)	Лікарняна летальність
A	Б	1	2	3	4	5
210	(6.0) Розлади психіки та поведінки (F00-F99)					
	Україна	256 406	6 885 606	26,85	530	0,21
	АР Крим	0	0	0,00	0	0,00
	Вінницька	7 340	327 292	44,59	35	0,47
	Волинська	11 461	210 347	18,35	62	0,54
	Дніпропетровська	21 065	632 774	30,04	1	0,00
	Донецька	8 465	246 898	29,17	22	0,26
	Житомирська	11 020	185 958	16,87	52	0,47
	Закарпатська	6 632	127 908	19,29	35	0,52
	Запорізька	10 292	219 123	21,29	1	0,01
	Івано-Франківська	11 616	195 466	16,83	0	0,00
	Київська	7 130	198 925	27,90	5	0,07
	Кіровоградська	7 628	205 933	27,00	30	0,39
	Луганська	7 813	226 711	29,02	0	0,00
	Львівська	22 025	423 125	19,21	32	0,15
	Миколаївська	5 708	183 105	32,08	15	0,26
	Одеська	8 940	556 770	62,28	7	0,08
	Полтавська	6 607	278 562	42,16	5	0,08
	Рівненська	9 951	204 970	20,60	14	0,14
	Сумська	14 572	295 873	20,30	33	0,23
	Тернопільська	12 230	273 572	22,37	0	0,00
	Харківська	17 274	597 922	34,61	35	0,20
	Херсонська	4 283	202 111	47,19	8	0,19
	Хмельницька	7 341	238 943	32,55	33	0,45
	Черкаська	6 251	217 648	34,82	11	0,18
	Чернівецька	6 565	113 629	17,31	41	0,62
	Чернігівська	5 108	174 401	34,14	53	1,03
	м.Київ	19 089	347 640	18,21	0	0,00
	м.Севастополь	0	0	0,00	0	0,00

P200001 Структура госпіталізованих хворих в стаціонарах в Україні серед дорослого населення 18 років і старші
Рік: 2021
Розріз: (0) 0 Форма у цілому (0)

№ п/п	НАЙМЕНУВАННЯ КЛАСІВ ТА ОКРЕМИХ ХВОРОБ	Кількість виписаних та померлих хворих (абсолютні числа)	Питома вага (в%) від усіх хвороб	Рівень госпіталізації	
				на 100 осіб	на 100 тисяч осіб
A	Б	1	2	3	4
42	порушення згортання крові, пурпура, інші геморагічні стани (D65-D69)	1 793	0,04	0,01	5,28
50	Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (E00-E90)	108 338	2,17	0,32	319,03
51	з них: дифузний зоб II-III стадії (E01.0, E04.0)	448	0,01	0,002	1,32
52	набутий гіпотиреоз та інші форми гіпотиреозу (E01.8, E03)	1 689	0,03	0,01	4,97
53	цукровий діабет (E10-E14)	89 699	1,80	0,26	264,14
60	Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	256 936	5,15	0,76	756,61
70	Хвороби нервової системи (G00-G99)	210 503	4,22	0,62	619,87
71	з них: запальні хвороби центральної нервової системи (G00, G03, G04, G06, G08, G09)	6 194	0,12	0,02	18,24
72	хвороба Паркінсона (G20)	3 078	0,06	0,01	9,06
73	розсіяний склероз (G35)	11 157	0,22	0,03	32,85
80	Хвороби ока та його придаткового апарату (H00-H59)	108 996	2,18	0,32	320,96
90	Хвороби вуха та соскового відростку (H60-H95)	18 422	0,37	0,05	54,25
91	з них: гострий отит середнього вуха (H65.0.1, H66.0)	5 613	0,11	0,02	16,53
100	Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	906 473	18,16	2,67	2 669,31
101	з них: гостра ревматична гарячка (I00-I02)	146	0,003	0,001	0,43

P200125 Середня тривалість лікування та лікарняна летальність серед усього населення
Звіт. рік:

2021

Розріз:

0 Форма у цілому (0)

№ п/п	Найменування	Кількість виписаних хворих (абсолют. дані)	Проведено виписаними ліжко-днів (абсолют. дані)	Середня тривалість лікування	Кількість померлих (абсолют. дані)	Лікарняна летальність
A	Б	1	2	3	4	5
210	(6.0) Розлади психіки та поведінки (F00-F99)					
	Україна	272 366	7 164 453	26,30	530	0,19
	АР Крим	0	0	0,00	0	0,00
	Вінницька	8 116	338 855	41,75	35	0,43
	Волинська	11 781	216 381	18,37	62	0,52
	Дніпропетровська	22 385	654 616	29,24	1	0,00
	Донецька	8 888	257 787	29,00	22	0,25
	Житомирська	11 814	201 346	17,04	52	0,44
	Закарпатська	6 961	133 472	19,17	35	0,50
	Запорізька	11 535	248 373	21,53	1	0,01
	Івано-Франківська	11 703	196 176	16,76	0	0,00
	Київська	7 848	216 520	27,59	5	0,06
	Кіровоградська	8 142	217 070	26,66	30	0,37
	Луганська	8 131	235 418	28,95	0	0,00
	Львівська	23 117	433 467	18,75	32	0,14
	Миколаївська	6 117	191 326	31,28	15	0,24
	Одеська	9 767	570 480	58,41	7	0,07
	Полтавська	6 863	282 041	41,10	5	0,07
	Рівненська	10 151	206 588	20,35	14	0,14
	Сумська	15 203	304 472	20,03	33	0,22
	Тернопільська	13 206	290 018	21,96	0	0,00
	Харківська	18 151	609 764	33,59	35	0,19
	Херсонська	4 881	213 915	43,83	8	0,16
	Хмельницька	7 517	240 819	32,04	33	0,44
	Черкаська	7 336	234 740	32,00	11	0,15
	Чернівецька	7 353	127 342	17,32	41	0,55
	Чернігівська	5 176	175 746	33,95	53	1,01
	м. Київ	20 224	367 721	18,18	0	0,00
	м. Севастополь	0	0	0,00	0	0,00

P200112 Строки та результати лікування хворих дітей віком 0-17р.в стаціонарі

Звіт. рік:

2021

Розріз:

0 Форма у цілому (0)

№ п/п	Найменування	Середня тривал. лікуван.	Загальна летальність	Летальність до року
А	Б	1	2	3
210	(6.0) Розлади психіки та поведінки (F00-F99)			
	Україна	17,47	0,00	0,00
	АР Крим	0,00	0,00	0,00
	Вінницька	14,90	0,00	0,00
	Волинська	18,86	0,00	0,00
	Дніпропетровська	16,55	0,00	0,00
	Донецька	25,74	0,00	0,00
	Житомирська	19,38	0,00	0,00
	Закарпатська	16,91	0,00	0,00
	Запорізька	23,53	0,00	0,00
	Івано-Франківська	8,16	0,00	0,00
	Київська	24,51	0,00	0,00
	Кіровоградська	21,67	0,00	0,00
	Луганська	27,38	0,00	0,00
	Львівська	9,47	0,00	0,00
	Миколаївська	20,10	0,00	0,00
	Одеська	16,58	0,00	0,00
	Полтавська	13,59	0,00	0,00
	Рівненська	8,09	0,00	0,00
	Сумська	13,63	0,00	0,00
	Тернопільська	16,85	0,00	0,00
	Харківська	13,50	0,00	0,00
	Херсонська	19,74	0,00	0,00
	Хмельницька	10,66	0,00	0,00
	Черкаська	15,75	0,00	0,00
	Чернівецька	17,40	0,00	0,00
	Чернігівська	19,78	0,00	0,00
	м. Київ	17,69	0,00	0,00
	м. Севастополь	0,00	0,00	0,00

II. НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ХВОРОБАМИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ, ОБМІНУ РЕЧОВИН, РОЗЛАДАМИ ХАРЧУВАННЯ

Рівень госпіталізацій та летальність дітей, віком 0-17 років включно, терміни їх лікування у 2021 році

Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин

№ з/п	Адміністративні території	Усі стаціонари			
		Рівень госпіталізації на 1000 населення	Виписано хворих (абсолютні числа)	Середня тривалість лікування (у днях)	Летальність на 100 госпіталізованих
UA	У К Р А І Н А	2,64	19 647	8,49	0,17
1	Авт Республіка Крим	-	-	-	-
2	Вінницька	1,95	543	6,41	0,37
3	Волинська	1,53	359	6,61	0,83
4	Дніпропетровська	3,22	1 834	8,33	0,11
5	Донецька	2,06	606	8,14	0,49
6	Житомирська	1,65	384	8,45	0,00
7	Закарпатська	2,10	609	9,49	0,33
8	Запорізька	2,57	734	6,63	0,41
9	Івано-Франківська	2,44	666	7,54	0,00
10	Київська	2,35	849	8,16	0,00
11	Кіровоградська	2,92	472	7,76	0,00
12	Луганська	5,02	496	8,66	0,00
13	Львівська	2,18	1 043	8,37	0,38
14	Миколаївська	2,98	600	8,40	0,00
15	Одеська	1,91	892	7,00	0,11
16	Полтавська	2,65	605	8,59	0,33
17	Рівненська	1,78	489	7,97	0,20
18	Сумська	3,76	613	7,65	0,33
19	Тернопільська	5,49	1 053	7,35	0,00
20	Харківська	3,48	1 484	10,94	0,07
21	Херсонська	2,39	459	8,63	0,43
22	Хмельницька	2,61	604	10,27	0,00
23	Черкаська	4,93	949	7,03	0,00
24	Чернівецька	3,03	548	8,68	0,54
25	Чернігівська	2,23	346	8,47	0,00
26	м. Київ	4,23	2 410	10,23	0,08
27	м. Севастополь	-	-	-	-

Частота госпіталізації та летальність дітей у віці до 1 року в усі стаціонари у 2021 році

№ з/п	Адміністративні території	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин			
		Рівень госпіталізації на 1000 відповідного населення	Виписано хворих (абсолютні числа)	Померло (абсолютні числа)	Летальність на 100 госпіталізованих
UA	У К Р А Ї Н А	2,25	647	9	1,37
1	Авт Республіка Крим	-	-	-	-
2	Вінницька	2,37	26	1	3,70
3	Волинська	2,31	22	2	8,33
4	Дніпропетровська	2,36	49	1	2,00
5	Донецька	3,24	34	0	0,00
6	Житомирська	1,64	15	0	0,00
7	Закарпатська	3,42	46	0	0,00
8	Запорізька	3,54	35	2	5,41
9	Івано-Франківська	1,96	23	0	0,00
10	Київська	0,93	16	0	0,00
11	Кіровоградська	2,84	17	0	0,00
12	Луганська	2,92	9	0	0,00
13	Львівська	1,19	25	0	0,00
14	Миколаївська	2,11	16	0	0,00
15	Одеська	2,89	59	0	0,00
16	Полтавська	3,38	30	0	0,00
17	Рівненська	1,32	15	1	6,25
18	Сумська	5,55	33	0	0,00
19	Тернопільська	0,75	6	0	0,00
20	Харківська	2,48	41	0	0,00
21	Херсонська	1,45	11	0	0,00
22	Хмельницька	1,66	16	0	0,00
23	Черкаська	5,89	42	0	0,00
24	Чернівецька	1,73	13	1	7,14
25	Чернігівська	3,45	20	0	0,00
26	м. Київ	1,05	28	1	3,45
27	м. Севастополь	-	-	-	-

17

III. Інвалідність дітей внаслідок хвороб ендокринної системи, обміну речовин, розладів харчування
Інвалідність дітей в окремих вікових групах внаслідок хвороб ендокринної системи, обміну речовин, розладів харчування у 2021 році

Хвороби ендокринної системи, обміну речовин, розлади харчування

№ з/п	Адміністративні території	Діти до 18 років				у тому числі							
		Діти-інваліди на кінець звітного року		Вперше визнано інвалідами		до 3 років		3-6 років		7-14 років		15-17 років	
		абсолютні числа	на 1000 відповідного населення	абсолютні числа	на 1000 відповідного населення	абсолютні числа	на 1000 відповідного населення	абсолютні числа	на 1000 відповідного населення	абсолютні числа	на 1000 відповідного населення	абсолютні числа	на 1000 відповідного населення
UA	У К Р А Ї Н А	17106	2,29	2093	0,28	458	0,49	2338	1,44	10319	2,77	3991	3,38
1	Авт Республіка Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	721	2,58	71	0,25	18	0,50	84	1,36	447	3,27	172	3,85
3	Волинська	491	2,08	66	0,28	15	0,47	64	1,23	289	2,49	123	3,40
4	Дніпропетровська	1312	2,30	152	0,27	26	0,38	173	1,35	796	2,79	317	3,58
5	Донецька	682	2,31	86	0,29	18	0,53	85	1,37	415	2,72	164	3,53
6	Житомирська	526	2,26	62	0,27	15	0,51	65	1,25	321	2,81	125	3,39
7	Закарпатська	447	1,54	59	0,20	9	0,22	55	0,85	272	1,93	111	2,49
8	Запорізька	689	2,41	74	0,26	18	0,52	96	1,50	415	2,92	160	3,51
9	Івано-Франківська	653	2,39	104	0,38	26	0,71	102	1,69	379	2,86	146	3,35
10	Київська	991	2,74	117	0,32	24	0,44	139	1,63	616	3,58	212	4,22
11	Кіровоградська	301	1,86	38	0,23	10	0,52	39	1,09	177	2,18	75	2,94
12	Луганська	273	2,76	33	0,33	1	0,10	36	2,01	171	3,18	65	3,84
13	Львівська	1212	2,52	150	0,31	32	0,49	177	1,61	721	3,15	282	3,67
14	Миколаївська	428	2,12	57	0,28	14	0,57	55	1,23	278	2,77	81	2,55
15	Одеська	926	1,98	121	0,26	24	0,37	135	1,25	550	2,43	217	3,12
16	Полтавська	676	2,95	87	0,38	20	0,69	96	1,85	404	3,57	156	4,43
17	Рівненська	538	1,96	70	0,25	27	0,72	76	1,22	333	2,49	102	2,45
18	Сумська	431	2,64	42	0,26	14	0,72	71	1,96	264	3,23	82	3,16
19	Тернопільська	469	2,44	49	0,26	12	0,48	70	1,68	283	3,01	104	3,30
20	Харківська	1537	3,60	167	0,39	32	0,60	214	2,20	916	4,42	375	5,47
21	Херсонська	398	2,07	42	0,22	10	0,40	61	1,40	253	2,67	74	2,50
22	Хмельницька	515	2,23	68	0,29	13	0,43	78	1,50	296	2,61	128	3,56
23	Черкаська	459	2,38	46	0,24	10	0,43	54	1,26	264	2,75	131	4,28
24	Чернівецька	329	1,81	52	0,29	11	0,44	39	0,94	184	2,12	95	3,34
25	Чернігівська	388	2,50	60	0,39	8	0,43	50	1,48	219	2,82	111	4,42
26	м. Київ	1714	3,01	220	0,39	51	0,58	224	1,59	1056	4,10	383	4,62
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

26

IV. Захворюваність дітей першого року життя на хвороби ендокринної системи, обміну речовин, розладами харчування

Захворюваність дітей першого року життя у 2021 році

Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин

№ з/п	Адміністративні території	Захворюваність		Смертність		У тому числі вдома	
		Абсолютні числа	На 1000 дітей	Абсолютні числа	На 1000 дітей	Абсолютні числа	На 1000 дітей
UA	У К Р А Ї Н А	5 220	20,95	8	0,03	6	0,02
1	Авт Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	387	40,37	4	0,42	4	0,42
3	Волинська	26	3,04	0	0,00	0	0,00
4	Дніпропетровська	511	29,29	1	0,06	0	0,00
5	Донецька	177	22,53	0	0,00	0	0,00
6	Житомирська	107	14,19	0	0,00	0	0,00
7	Закарпатська	294	24,31	1	0,08	1	0,08
8	Запорізька	536	56,25	0	0,00	0	0,00
9	Івано-Франківська	595	50,82	1	0,09	1	0,09
10	Київська	48	3,64	0	0,00	0	0,00
11	Кіровоградська	80	15,47	0	0,00	0	0,00
12	Луганська	24	6,16	0	0,00	0	0,00
13	Львівська	80	4,20	0	0,00	0	0,00
14	Миколаївська	143	20,38	0	0,00	0	0,00
15	Одеська	482	27,98	0	0,00	0	0,00
16	Полтавська	162	21,47	0	0,00	0	0,00
17	Рівненська	154	14,57	0	0,00	0	0,00
18	Сумська	16	3,39	0	0,00	0	0,00
19	Тернопільська	78	9,87	0	0,00	0	0,00
20	Харківська	197	12,84	0	0,00	0	0,00
21	Херсонська	77	12,49	0	0,00	0	0,00
22	Хмельницька	148	17,41	0	0,00	0	0,00
23	Черкаська	50	6,95	0	0,00	0	0,00
24	Чернівецька	272	36,32	1	0,13	0	0,00
25	Чернігівська	65	12,59	0	0,00	0	0,00
26	м. Київ	511	27,24	0	0,00	0	0,00
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-

Рисунки



Рис. 1



1

Рис. 2. Як себе бачать хворі на нервову анорексію

Додаток В

Модифікований метод тематичного метода ретроспективного аналізу (MTRA-food)

1. Електронна пошта *

2. 1. Ім'я (можливо вигадане, або псевдонім) *

3. 2. Стать. *

Отметьте только один овал.

☐ жіноча

☐ чоловіча

☐ інше

4. 3. Ваш вік. *

5. 4. Де ви зараз проживаєте? *

Отметьте только один овал.

☐ на території України

☐ за кордоном

6. 5. Чи перебували ви в окупації? *

Отметьте только один овал.

☐ так

☐ ні

7. 6. Чи переживали ви ситуацію, в якій їжа була відсутня, або її кількість була дуже обмежена, або їжі було недостатня кількість? *

Отметьте только один овал.

☐ так

☐ ні

8. 7. Якщо так, то чи було це пов'язане з подіями воєнного характеру? (якщо за п. 6 ваша відповідь "ні", відповідайте тут "ні") *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

9. 8. Чи змінилось у вас відношення до їжі з моменту впливу на вас подій воєнного характеру? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

10. 9. Чи змінилась Ваша вага з моменту початку впливу на вас подій воєнного характеру? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

11. 10. Якщо так, то в яку сторону? *

Отметьте только один овал.

- ☐ збільшилась
☐ зменшилась
☐ залишилась незмінна

12. 11. Якщо ваша вага змінилась, вкажіть будь ласка діапазон *

Отметьте только один овал.

- ☐ 2-5 кг
☐ 5-10 кг
☐ 10 кг і більше
☐ залишилась незмінною

13. 12. Чи є у вас потяг до певних видів продуктів (солодке, солоне, жирне або смажене) який посилюється після впливу подій військового характеру? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

14. 13. Чи помічаєте ви, що почали їсти менше звичайного після того, як події воєнного характеру мали вплив на вас? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

15. 14. Чи помічаєте ви, що почали їсти більше звичайного після того, як події воєнного характеру мали вплив на вас? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

16. 15. Чи змінилась кількість прийомів їжі за добу в більшу сторону, після впливу подій воєнного характеру на вас? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

17. 16. Чи змінилась кількість прийомів їжі за добу в меншу сторону, після впливу подій воєнного характеру на вас? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

18. 17. Яка кількість перекусів окрім основних прийомів їжі у вас зараз? *

Отметьте только один овал.

- ☐ один-два
☐ два-три
☐ я постійно щось перекушую
☐ в мене немає перекусів

19. 18. Чи змінилась кількість перекусів після впливу на вас подій воєнного характеру? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так, збільшилась
☐ так, зменшилась
☐ ні, лишилась незмінною

20. 19. Чи помічали ви що їсте при цьому не маєте почуття голоду? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні

21. 20. Чи задоволені ви зараз своїм зовнішнім виглядом? *

Отметьте только один овал.

- ☐ так
☐ ні



ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (EDE-Q)

Інструкція: Наступні запитання відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Просимо уважно прочитати кожне запитання. Просимо відповісти на всі запитання. Дякуємо.

Запитання 1-12: Обведіть номер справа, який характерний для Вас. Пам'ятайте, що запитання стосуються лише останніх 4 тижнів.

	Як часто за останні 28 днів	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
1	Чи Ви свідомо <u>пробували</u> обмежити кількість їжі, яку ви їсте, щоб вплинути на свою вагу чи форму, (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
2	Чи Ви залишалися довгий період (8 годин бадьорості і довше) без їжі з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
3	Чи Ви <u>пробували</u> виключити зі свого харчування певні продукти, які Ви любите з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
4	Чи Ви <u>пробували</u> дотримуватися певних правил харчування (наприклад, обмеження калорій) з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
5	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>порожній</u> живіт з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
6	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>абсолютно плоский</u> живіт?							
7	Чи думки про їжу, <u>харчування</u> чи <u>калорії</u> заважають Вам мати труднощі з концентруванням уваги на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
8	Чи думки про <u>вагу</u> та <u>форму</u> заважають Вам мати труднощі з концентруванням на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
9	Чи Ви маєте страх втратити контроль над кількістю їжі?							
10	Чи Ви маєте страх набрати вагу?							
11	Чи Ви почуваєте себе грубою?							
12	Чи Ви маєте чітке бажання втратити вагу?							

Запитання 13-18: просимо написати потрібне число замість крапочок справа. Пам'ятайте, що питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів.)

За останні 4 тижні (28 днів)

13	За останні 28 днів, як часто Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би <u>неймовірно великою</u> кількістю їжі?	
14	 у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	
15	За останні 28 днів, скільки <u>днів</u> ставалися такі епізоди переїдання (Ви з'їдали неймовірно велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	
16	За останні 28 днів, скільки <u>разів</u> Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	
17	За останні 28 днів, скільки <u>разів</u> Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	
18	За останні 28 днів, скільки <u>разів</u> Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?	



Запитання 19-21: просимо обвести вибране число. Просимо пам'ятати, що для цих запитань компульсивне переїдання означає таку кількість їжі, яку інші люди за таких самих обставин назвали би надмірно великою, а також присутнє відчуття втрати контролю над кількістю їжі.

		Жодного дня	1-5 днів	6-12 днів	13-15 днів	16-22 днів	23-27 днів	Кожний день
19	За останні 28 днів скільки днів Ви їли таємно (крадькома)?не рахуючи епізоди переїдання	0	1	2	3	4	5	6
20	Скільки часу Ви відчуваєте себе винною коли їсте (відчуття, що Ви робите щось погане) тому, що це вплине на вашу вагу та форму?не рахуючи епізоди переїдання	Зовсім ні	Трохи часу	Менше половини часу	Половину часу	Більшу половину часу	Майже весь час	Весь час
		0	1	2	3	4	5	6
21	За останні 28 днів, як сильно Ви хвилювалися через те, що люди бачать, що Ви їсте?	Зовсім ні	Трохи			Середньо		Сильно
		0	1	2	3	4	5	6

Запитання 22-28: Просимо обвести справа відповідний номер. Пам'ятайте, що всі питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів).

	За останні 28 днів.....	Зовсім ні	Трохи	Середньо	Сильно			
22	Чи Ваша <u>вага</u> впливає на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
23	Чи Ваші <u>форми</u> впливають на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
24	Наскільки Вас засмутить те, що Вас попросять зважуватися щотижня (не частіше, ні рідше) наступні чотири тижні?	0	1	2	3	4	5	6
25	Наскільки Ви не задоволені власною <u>вагою</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26	Наскільки Ви не задоволені власними <u>формами</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27	Наскільки Вам не комфортно коли Ви бачите своє тіло (дивитися на себе в дзеркалі, у вітрині магазину, коли роздягаєтесь, чи приймаєте ванну або душ)?	0	1	2	3	4	5	6
28	Наскільки некомфортно Ви чуєтеся коли <u>інші</u> бачать Вашу форму чи фігуру (в загальній переодегальні, в басейні, або коли Ви в облягаючому одязі)?	0	1	2	3	4	5	6

Яка у Вас зараз вага?

Який Ваш зріст зараз?

Для жінок: за останні три-чотири місяці чи були у Вас пропущені менструації?

Якщо так, то скільки?

Чи Ви приймаєте контрацептиви?

Дякуємо!

Тестова методика для оцінки ймовірності нервової анорексії та булімії (EAT-26):

1. Мене лякає думка про те, що я збільшу вагу

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

2. Я утримуюсь від їжі, будучи голодним(ою)

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

3. Я знаходжу, що я поглинений думками про їжу

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

4. У мене бувають напади неконтрольного споживання їжі, під час яких я не можу зупинити себе

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко

- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

5. Я поділяю свою їжу на дрібні шматочки

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

6. Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

7. Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля)

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

8. Я відчуваю, що оточуючі хотіли би, щоб я більше їв(ла)

- ☐ Ніколи

- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

9. У мене блювотний рефлекс після їжі

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

10. Я відчуваю загострене почуття провини після їжі

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

11. Я стурбований бажанням схуднути

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

12. Коли я займаюся спортом, то думаю, що спалюю калорії

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко

- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

13. Оточуючі вважають мене занадто худим(ою)

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

14. Я стурбований думками про жир, що є в моєму тілі

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

15. На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

16. Я утримуюсь від їжі, що містить цукор

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді

- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

17. Я їм дієтичні продукти

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

18. Я відчуваю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

19. У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних із їжею

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

20. Я відчуваю, що оточуючі чинять на мене тиск, щоб я їв(а)

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто

- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

21. Я витрачаю надто багато часу на питання, пов'язані з їжею

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

22. Я відчуваю дискомфорт після того, як споживаю солодощі

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

23. Я дотримуюсь дієти

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто
- ☐ Завжди

24. Мені подобається відчуття порожнього шлунка

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Дуже часто

☐ Завжди

25. Після їжі у мене буває імпульсивне бажання її виблювати

☐ Ніколи

☐ Рідко

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Дуже часто

☐ Завжди

26. Я отримую задоволення, коли пробую нові та смачні страви

☐ Ніколи

☐ Рідко

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Дуже часто

☐ Завжди

Інтерпретація даних анкетування:

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

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

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

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

61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки

РЕЦЕНЗІЯ

на дипломну роботу студентки магістратури спеціальності «Психологія»
Університету економіки та права «КРОК»

Бондаренко Анни Миколаївни,

виконану на тему:

«Розлади харчової поведінки під час війни та шляхи їх подолання»

Актуальність теми дипломної роботи А. М. Бондаренко не викликає сумнівів, оскільки розлади харчової поведінки особистості під час війни можуть суттєво відобразитись на психологічному стані людей, які крім звичних соціальних стресів ще додатково піддаються потужному впливу такого стресового чинника як війна.

В умовах війни люди можуть отримати додаткові психічні розлади, такі як постравматичний стресовий розлад, тривогу, панічні атаки, депресивний розлад, що можуть негативно вплинути на людей, у яких розлад вже був, а також може посилити незначні прояви розладу харчової поведінки, які були в стані адаптаційної поведінки. Тому дипломна робота А. М. Бондаренко актуальна та викликає значний інтерес.

Дослідження даної теми може допомогти в подальшому прогнозувати можливі наслідки впливу війни на суспільство та прогнозувати масштабність саме проявів розладів харчової поведінки як одного із найфатальніших психічних розладів.

Здобувачкою чітко визначено мету, об'єкт, предмет наукового пошуку. Досить вдало обрано і систематизовано методи дослідницької роботи, що дало змогу сформулювати теоретичні узагальнення, повністю виконати поставлені завдання. Структура та зміст рецензованої дипломної роботи цілком відповідають заявленій темі і меті дослідження.

Рівень проведеного дослідження свідчить про глибоке вивчення Бондаренко А.М. наукової літератури з обраної теми. На основі теоретичного аналізу важливих для дослідження праць і проведеного експерименту, магістрантка розробила комплексну програму та систему рекомендацій психологічного супроводу особистості з розладами харчової поведінки.

У цьому контексті вважаємо за доцільне відзначити як позитив те, що розроблена програма містить сучасні методи формування позитивного мислення, подолання негативних емоцій і установок, формування нових поведінкових навичок, формування навичок самоаналізу та саморегуляції. Програма психологічного супроводу спрямована на створення безпечного мікроклімату, організацію толерантного середовища, та формування навички комунікації в групі і знаходження позитивних якостей у інших.

Досить цінним внеском А. М. Бондаренко слід назвати акцентування уваги на впливі подій війни на посилення прояву та розвитку розладів харчової поведінки особистості.

Якість тексту дипломної роботи відповідає вимогам, ілюстративний матеріал добре підібраний та відповідає вимогам державних стандартів.

Попри загальне позитивне враження від роботи, вважаємо за доцільне висловити деякі побажання, які мають здебільшого рекомендаційний характер:

1. Робота значно б виграла, якби здобувачка здійснила історичний екскурс досліджень впливу подій війни в інших країнах.
2. За результатами дослідження рекомендуємо опублікувати наукову статтю у фаховому або зарубіжному збірнику.

Дипломна робота Бондаренко Анна Миколаївни є завершеним, самостійним дослідженням, відповідає вимогам вищої школи, представляє практичний інтерес і для психологів, і для батьків, може бути представлена до захисту і заслуговує на оцінку відмінно, а Бондаренко А. М. – на присвоєння кваліфікації магістр за спеціальністю 053 «Психологія».

Рецензент:

Канд. психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології

Уманського державного педагогічного

університету імені Павла Тичини

Данилевич Л. А.



СОБИСТИИ ПІДПИС	
Данилевич Л. А.	ЗАСВІДЧУЮ
Завідувач канцелярії	УДПУ
08	01 2024 р.

ВІДГУК НАУКОВОГО КЕРІВНИКА
на дипломну роботу здобувачки вищої освіти
Бондаренко Анни Миколаївни
на тему:

«Розлади харчової поведінки під час війни та шляхи їх подолання»

Дослідження розладів харчової поведінки під час війни є важливим і актуальним напрямом досліджень. Воєнні конфлікти та кризові ситуації можуть суттєво позначитися на психічному та фізичному стані людей, включаючи їх харчову поведінку. Особливо це стосується осіб, які перебувають у зоні конфлікту, в зоні окупації або переживають травми, втрату рідних або евакуацію.

Матеріали дослідження можна використовувати в процесі психологічної та психотерапевтичної роботи з особами що мають схильність до порушень харчової поведінки, або мають порушеннями харчової поведінки внаслідок пережитих стресових подій. А також для дієтологів і нутриціологів, для розробки програм корекції ваги та станів що потребують дієтотерапії з урахуванням психологічних особливостей осіб з порушеннями та розладами харчової поведінки. А також розробки програм, тренінгів що стосуються самоставлення та контролю емоцій.

Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Унікальність тексту – 94 %.

Результати дослідження опубліковані у збірнику Міжнародної наукової конференції.

Оцінка виконання окремих розділів та вимог (до 10 балів за кожний показник, якщо інше не встановлено кафедрою), додаткові критерії може встановлювати кафедра або керівник					
1	План, вступ та оглядовий (I) розділ	9	6	Критичний аналіз публікацій з теми дослідження	9
2	Аналітичний (II) розділ	9	7	Використання сучасних наукових методів, моделювання та інформаційних технологій	9
3	Рекомендаційний (III) розділ	9	8	Оброблення, аналіз та інтерпретація фактичного (експериментального) матеріалу	9
4	Висновки і пропозиції	10	9	Візуалізація ключової інформації	9
5	Використані джерела	10	10	Дотримання вимог до оформлення роботи	10
11	Самостійність				10
12	Вчасне виконання роботи				10
Дипломна робота рекомендована до захисту в ЕК. Оцінка наукового керівника: 94/ відмінно					

Професор кафедри психології, канд.
психолог. наук, професор
Посада наукового керівника, науковий ступінь, вчене звання


(підпис)

Сингаївська І. В.

Прізвище, ініціали

«08» січня 2024 року

РЕФЕРАТ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ

«РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ»

Виконав: Бондаренко Анна Миколаївна

**Керівник: Сингаївська Ірина Валентинівна,
кандидат психологічних наук, професор**

Дослідження розладів харчової поведінки під час війни є важливим і актуальним напрямом досліджень. Воєнні конфлікти та кризові ситуації можуть суттєво позначитися на психічному та фізичному стані людей, включаючи їх харчову поведінку. Воєнні конфлікти супроводжуються стресом, травматичними подіями та надзвичайними обставинами, що можуть мати негативний вплив на психічний стан людей. Це може призвести до змін у харчовій поведінці, таких як втрата апетиту, переїдання або розвиток розладів харчування.

Воєнні конфлікти можуть мати значний психологічний вплив на людей, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу та депресію. Ці психологічні стани можуть впливати на харчову поведінку та спричиняти розлади, такі як компульсивне переїдання або анорексія.

Дослідження розладів харчової поведінки під час війни можуть допомогти зрозуміти, як саме конфлікти впливають на харчування та які фактори сприяють появі розладів. Це може включати психологічні стресори, нестабільність у постачанні харчових продуктів, обмеженість доступу до здорової їжі та невпевненість у майбутньому.

Аналіз теоретико-методологічних джерел виявив що, враховуючи складність дослідження цієї теми, наукова розробка продовжується, і необхідно більше досліджень для кращого розуміння проблеми розладів харчової поведінки під час воєнних конфліктів і розробки ефективних стратегій лікування та попередження.

Мета дослідження дипломної роботи є емпіричне дослідження розладів харчової поведінки під час війни та методична розробка шляхів їх подолання.

Завдання роботи:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми розладів харчової поведінки особистості.
2. Емпірично дослідити особливості розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру.
3. Розробити програму стабілізації та зменшення впливу розладів харчової поведінки.
4. Розробити рекомендації щодо роботи з людьми що мають розлади харчової поведінки особистості що викликані екстремальними та кризовими ситуаціями, подіями воєнного характеру.

Об'єкт дослідження – розлади харчової поведінки особистості в умовах війни.

Предмет дослідження – розлади харчової поведінки та їх подолання.

У **вступі** обґрунтовано актуальність досліджуваної проблеми, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, методи; розкрито методологічні та теоретичні засади дослідження, висвітлено наукову новизну і практичне значення дипломної роботи; наведено відомості про апробацію результатів дослідження, їх висвітлення у публікаціях, представлено дані щодо структури й обсягу дипломної роботи.

У першому розділі «**Теоретичний аналіз проблем розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру**» проаналізовано наукова література, публікації, допис та інформація отримана на вузькоспеціалізованих курсах з проблематики розладів харчової поведінки та фактори, що на них впливають, дозволяє зробити наступні висновки.

Розлади харчової поведінки – це група психологічно детермінованих синдромів, при яких людина їсть не для насичення, а для усунення емоційного дефіциту та покращення настрою. Розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, булімію, компульсивне переїдання, уникаючий або обмежувальний розлад та інші. Також виділяють розлади харчової поведінки

– відхилення в споживанні їжі, яке не є захворюванням, але заважає людині повноцінно функціонувати, як обмежувальна та зовнішня харчова поведінка.

Соціальні причини розладів харчової поведінки передусім передбачають вплив суспільства на норми та цінності, пов'язані з естетичними ідеалами та харчовими звичками. Загальноприйняті ідеали худорлявості асоціюються з успіхом і здоров'ям і змушують дівчат і жінок непропорційно зосереджуватися на проблемах із зайвою вагою. Серед психологічних факторів розладів харчової поведінки особливо помітним є вплив установок і стилю виховання батьків на розвиток дітей. Цей тип сім'ї характеризується недостатньою турботою про дітей, байдужістю, емоційною апатією. Дослідники також вказують на депресію, імпульсивність, істерію, егоїзм, самотність, надмірну вимогливість до себе, перфекціонізм, незадоволеність життям, стрес, тривогу та сімейні конфлікти як психологічні чинники харчових розладів.

Події воєнного характеру може виступати потужним стресовим фактором, під впливом якого у людей можуть розвиватись ПТСР, тривоги, панічні атаки, депресії та інші травми, що може впливати також на їх відношення до їжі та впливати на звички харчування. Дехто може реагувати на стрес, звертаючись до надмірного переїдання, інші навпаки, втрачаючи апетит. Відсутність стабільного доступу до їжі із-за зруйнованих інфраструктур, обмежень на переміщення та відсутності необхідних ресурсів також може сприяти розвитку розладів харчової поведінки.

У другому розділі **«Емпіричне дослідження розладів харчової поведінки особистості під час подій воєнного характеру»** докладно описані методи, що були використані для дослідження. Представлена інформація про власні дослідження, особливості вибірки, матеріали, необхідні для дослідження.

В опитуванні приймали участь різного віку жінок більше ніж чоловіків.

За даними емпіричного дослідження було з'ясовано, що у значної частини опитаних було виявлено певні ознаки розладів харчової поведінки, що могли виникнути або посилювались під впливом подій воєнного характеру.

За власним модифікованим опитуванням було визначено що: 16 людей мали життєві ситуації в яких доступ до їжі або її кількість була обмеженою; 7 людей перебували в окупації і 4 з них переживали ситуації, коли їжа була відсутня або обмежена; 13 осіб зазнавали обмеження в їжі через події воєнного характеру; 3 респонденти були обмежені в їжі через інші життєві події, що не пов'язані з подіями воєнного характеру.

За Голландським опитувальником DEB-Q було визначено:

- 2 особи що мають ознаки анорексії і вони вказали що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 17 респондентів мають схильність до компульсивного переїдання і 5 із них вказали, що їх відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру. Двоє з них вже мають понаднормова вагу і вірогідніше за все можуть мати такий розлад як компульсивне переїдання, один з них зазначив, що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 18 респондентів мають емоціогенну харчову поведінку, 4 з них мають ще й ознаки безконтрольного споживання їжі під впливом емоцій. 9 респондентів серед 18 мають ознаки обмежуючої та емоціогенної поведінки, що свідчить про те що вони можуть споживати їжу під впливом емоцій, хоч зазвичай і обмежують себе, у них є ризик виникнення булемії;
- 16 респондентів мають ознаки екстернального типу, 5 з них вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 5 респондентів мають по трьом шкалам високі бали, це може говорити про те, що існує високий ризик розвитку булемії, 3-є з них зазначили що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру;
- 1 респондент має відхилення по 3 підшкалам, проте за обмежувальною низький бал і ІМТ з ознаками ожиріння, це свідчить про високий ризик наявності ознаки компульсивного переїдання;

- 2 респонденти має ознаки нерозбірливого відношення до їжі в поєднанні з високими балами за Екстернальною шкалою;
- 2 респонденти мають високі бали за обмежувальною та екстернальною підшкалами, що може призводити до розвитку булемії;
- 21 респондент має відхилення по двом підшкалам і більше і 3 з них вказали, що їх відношення до їжі змінилось під впливом подій воєнного характеру;
- 39 респондентів мають відхилення хоча б по одній підшкалі і 12 із них вказали що їх відношення до їжі змінилось під впливом подій воєнного характеру.

За результатами опитувальника Eating Attitudes Test (EAT-26) не було виявлено жодного вагомого відхилення, проте були виявлені тривожні ознаки що пов'язані з контролем ваги за допомогою блювання, використання препаратів для схуднення, діуретиків та важких тренувань. У 2-х респондентів незважаючи на відсутність відповідних балів за тестами було виявлено ознаки анорексії, що проявляються щоденним блюванням, прийомом препаратів для схуднення, тренувань понад 60 хвилин на день щодня. Ці респонденти вказали, що за останні 6 місяців втратили вагу на 9 або більше кг та мають недостатню вагу за ІМТ. Вони вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Результати опитувальника EDE-Q свідчать про те, що:

- у 16 респондентів було виявлено обмежувальну харчову поведінку;
- 12 респондентів бояться втратити контроль над їжею;
- 14 респондентів мають занепокоєння щодо форм власного тіла;
- 24 респонденти мають занепокоєння власною вагою;

За підсумковою шкалою 14 респондентів мають бал вище середнього і серед них 6 респондентів вказали що відношення до їжі змінилось після впливу подій воєнного характеру.

Результати емпіричного дослідження дали можливість розширити уявлення про ймовірний вплив подій воєнного характеру на розвиток розладів харчової поведінки та дали підстави припускати, що вплив подій воєнного

характеру в рамках осіб серед яких було проведено опитування міг мати значний вплив на харчову поведінку особистості, враховуючи кількість респондентів, які зазначили, що події воєнного характеру мали вплив на їх відношення до їжі та результати по опитувальниках, що вказують на наявність розладу харчової поведінки.

У третьому розділі **«Психологічні особливості подолання розладів харчової поведінки під час війни»** було складено програму метою якої є діагностика типу та ступеня розладів харчової поведінки, корекція неправильних режимів харчування та мотивація учасників проекту до нормалізації ваги шляхом зміни режиму харчування та фізичної активності. Також була підібрана програма фізичних вправ для підвищення інтенсивності повсякденної діяльності та фізичної активності. Запропоновані різні практичні заняття за допомогою яких важливо навчити людину з розладами харчової поведінки любити та поважати себе, знаходити в собі опору, просити про допомогу у інших та не вважати себе слабким, якщо є потреба, знову повернутись за допомогою до спеціалістів.

Підсумком дипломного дослідження стала розроблена програма стабілізації та зменшення впливу розладів харчової поведінки особистості з урахуванням особливостей розладів харчової поведінки та стресових подій, подій воєнного характеру що впливали та продовжують впливати на осіб з розладами харчової поведінки. В програмі стабілізації поєднанні знання з різних галузей психологічної, медичної та сфери фізичної культури. Враховуючи що розлади харчової поведінки мають розглядатись мультидисциплінарними командами з залученням спеціалістів загальної лікарської практики, дієтологів, психіатрів, психотерапевтів тощо, рекомендації щодо стабілізації носять рекомендаційний характер та не можуть застосовуватись самостійно для лікування без залучення інших спеціалістів.