

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

Ткачук Анастасія Русланівна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота

Харчові розлади особистості на фоні стресу

053 »Психологія«

«Психологія»

Вказати назву освітньої програми

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А.Р. Ткачук

Науковий керівник (консультант) Петрунько Ольга Володимирівна,
доктор психологічних наук, професор

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ НА ФОНІ СТРЕСУ.....	7
1.1. Харчові розлади особистості: поняття, види, причини виникнення	7
1.2. Стрес як небезпечний чинник появи харчових розладів особистості.....	14
1.3. Напрями профілактики та корекції харчових розладів.....	21
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ПОЯВУ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСОБИСТОСТІ.....	30
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження	30
2.2. Результати констатувального етапу емпіричного дослідження впливу стресу на появу харчових розладів особистості	35
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИХОДІ ОСОБИСТОСТІ ЗІ СТАНУ СТРЕСУ ЯК ОСНОВНОЇ УМОВИ НАЛАГОДЖЕННЯ ЇЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	50
3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки (формувальний етап).....	50
3.2. Оцінка ефективності програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки (контрольний етап).....	57
3.3. Рекомендації по роботі з емоціями, які ведуть до розладів харчової поведінки.....	67
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

Актуальність дослідження визначається тим, що у сучасному ритмі життя ми піддаємося впливу стресу в усіх сферах. Усі ми тією чи іншою мірою зіштовхуємося зі стресом практично щодня. Крім того, стрес впливає на наш спосіб життя, зокрема на нашу харчову поведінку. І сьогодні тема харчової поведінки стала досить важливою та поширеною. Усе частіше можна спостерігати порушення або просто невеликі відхилення від норми у різних людей. Однак і досі не зрозуміло, як саме стрес може впливати на наші харчові звички. Досліджень у цій сфері проведено недостатньо, щоб одержати точні дані й з упевненістю відповісти на це запитання.

У науковій літературі під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах й у ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність з формування цього образу. Тобто, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, які стосуються їжі та мають індивідуальний характер. У харчовій поведінці розрізняють: гармонійну або адекватну харчову поведінку та девіантну або поведінку із відхиленнями. Норма й патологія залежать від багатьох параметрів, зокрема - від місця, який займає процес прийому їжі в ієрархії особистісних цінностей людини, від кількісних та якісних показників харчування й т.д. Дослідники у цій сфері відзначають, що їжа для людини є засобом: почуттєвої насолоди; розрядки психоемоційного напруження; спілкування; самоствердження, коли першорядну роль відіграють уявлення про престижність їжі й про відповідну «солідну» зовнішність; підтримки певних ритуалів або звичок (релігійні, національні, сімейні традиції); компенсації незадоволених потреб (потреба в спілкуванні, батьківській турботі); нагороди або заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетики харчової поведінки тощо.

Проблематику розладів харчової поведінки у різний час досліджували

Л. Абсалямова, В. Баранов, Н. Белякова, А. Вейн, О. Камінський, Л.Лимар, В. Лупанов. Фактори, що призводять до розладів харчової поведінки, розглядали І. Малкіна-Пих, А. Махнач, Ю. Седлецький, О. Скомороха. Методи психокорекції розладів харчової поведінки викладені в працях Р. Хілсона, О. Прохорова, Г. Никифорова, О. Напреевко, Т. Хоулі й інших учених. Разом з тим, слід констатувати, що наразі дуже мало комплексних досліджень щодо впливу стресу на харчову поведінку людини.

Мета кваліфікаційної роботи – здійснити теоретичний огляд проблеми харчових розладів особистості на фоні стресу, а також практично дослідити наявність/відсутність взаємозв'язку розладів харчової поведінки та стресу.

Завдання кваліфікаційної роботи:

1. Розглянути сутнісний зміст харчових розладів особистості та їх види.
2. Дослідити стрес як небезпечний фактор появи харчових розладів особистості.
3. Визначити особливості профілактики та лікування харчових розладів.
4. Здійснити емпіричне дослідження впливу стресу на появу харчових розладів у особистості.
5. Запропонувати програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка людина.

Предмет дослідження – розлади харчової поведінки на фоні стресу.

Для розв'язання поставлених завдань у роботі були використані наступні **методи дослідження**:

- 1) теоретичні – аналіз, синтез, зіставлення та узагальнення – дали можливість теоретичного осмислення отриманих нами даних;
- 2) емпіричні: методики «Шкала психологічного стресу PSM25» (або Шкала Лемура-Тесьє-Філліона), «Голландський опитувальник харчової

поведінки» (DEBQ), «Тест ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)», Авторська анкета суб'єктивної оцінки стану стресу та «Копінг-тест Лазаруса»;

3) методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

- розроблено програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки та експериментально доведено її ефективність;

удосконалено:

- техніку застосування методик для індивідуальної профілактичної та психокорекційної роботи; а також психокорекційних програм, де передбачена робота з емоціями, які ведуть до розладів харчової поведінки;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо профілактики стресу як небезпечного фактору появи харчових розладів особистості.

Теоретичне значення дослідження полягає у визначенні сутності харчових розладів, їх різновидів, а також у з'ясуванні ролі стресу у виникненні харчових розладів.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання результатів, отриманих теоретичним та емпіричним шляхом, практичними психологами в якості змістовних орієнтирів у процесі вирішення завдань індивідуального консультування, психологічної допомоги; в діагностичних цілях – для виявлення психологічних аспектів харчових розладів, а також їх корекції.

Експериментальна база дослідження. У дослідженні взяли участь 24 особи різного віку, статі та соціального стану, у яких було діагностовано розлади харчової поведінки.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження обговорювалися на Міжнародній науково-практичній конференції

«Забезпечення психологічної підтримки та адаптації українців у повоєнний період» (Київ, 21-22 листопада лютого 2024 р.).

Основні результати відображені у тезах: Ткачук А.Р., Петрунько О.В. Харчові розлади особистості на фоні стресу. *«Забезпечення психологічної підтримки та адаптації українців у повоєнний період»*.: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. «Забезпечення психологічної підтримки та адаптації українців у повоєнний період» (Київ, 21-22 листопада лютого 2024 р.). Київ : "Університет економіки та права "КРОК", 2024. С. 15.

Структура кваліфікаційної роботи включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг роботи викладений на 102 сторінках та включає 17 ілюстрацій, 12 таблиць, 5 додатків. Список використаних джерел складається з 81 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ НА ФОНІ СТРЕСУ

1.1. Харчові розлади особистості: поняття, види, причини виникнення

Проблематика раціонального харчування багато в чому пов'язана з так званою «пірамідою харчування», що являє собою розроблену дієтологами й представлену у вигляді схеми систему принципів здорового харчування. На вершині цієї піраміди – продукти, вживання яких варто уникати або обмежувати їхню кількість, а в основі піраміди лежать продукти, що становлять основний раціон харчування [1, с. 23].

Саме в такому вигляді ця піраміда була представлена на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я у 2004 році, якою була прийнята «Глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я із харчування, фізичної активності та здоров'я». У цій стратегії міститься заклик до урядів, ВООЗ, міжнародних партнерів, приватного сектору й цивільного суспільства щодо впровадження різних заходів на підтримку здорового раціону й фізичної активності. Згідно із цим документом, існує два основних фактори ризику відносно неінфекційних захворювань – це неправильне харчування й нестача фізичного навантаження, причому обидва ці фактори діють на організм як у поєднанні, так і окремо [10, с. 16]. Тобто, на даний момент роль харчування як механізму активного впливу на всі системи організму з метою регуляції їх діяльності й підтримки здоров'я в цілому вважається доведеною.

Важливе значення у регуляції процесу харчування має харчова поведінка. Остання розглядається одночасно і як ціннісне ставлення до їжі та її прийому, і як стереотип харчування у повсякденних умовах та в ситуації стресу, і як поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і як діяльність з формування цього образу.

М.І. Донченко під харчовою поведінкою розуміє індивідуальні для

кожної людини установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі. Такі установки й звички формуються під впливом традицій сім'ї та суспільства, релігійних уявлень, життєвого досвіду, порад лікарів, моди, економічних й особистісних причин [15, с. 108].

Єстратов А.С. розглядає харчову поведінку як складну реакцію на різні внутрішні й зовнішні фактори, метою якої є збереження всіх видів гомеостазу, і, насамперед – енергетичного, а також стабільності маси тіла й в остаточному підсумку – здоров'я [18, с. 17].

О.О. Камінський стверджує, що в психологічному плані сам по собі стиль харчової поведінки відбиває потреби й емоційний стан людини. Зокрема, сам акт прийому їжі має високу афективну напруженість, пов'язану з відчуттям задоволеності й насичення. В особливостях харчової поведінки виражені багато афектів: любов, протест, лють, почуття сорому. Акт прийому їжі з дитинства наділяють особливою значимістю, він може використовуватися для вираження міжособистісних і внутрішніх конфліктів [23, с. 32].

Психологічні функції харчової поведінки, на думку О.В. Махнач, полягають у:

- розрядці психоемоційного напруження;
- почуттєвій насолоді як самоцілі;
- спілкуванні, якщо прийом їжі пов'язаний з перебуванням у колективі;
- самоствердженні, оскільки при цьому часто першорядну роль відіграють уявлення про престижність їжі й про відповідну «солідну» зовнішність;
- підтримці певних ритуалів або звичок (релігійних, національних, сімейних й інших традицій та стереотипів);
- компенсації незадоволених потреб (потреба в спілкуванні, батьківській турботі тощо);
- нагороді або заохоченні за рахунок смакових якостей їжі;
- задоволенні естетичної потреби [34, с. 38].

Харчова поведінка може порушуватися. За статистикою, протягом життя приблизно у 8% жінок й 2% чоловіків розвиваються різні розлади харчової поведінки. Такі розлади зустрічаються в будь-якій популяції, незалежно від статі, віку, етнічної приналежності або соціально-економічного статусу. Генетична схильність, особистісні характеристики та середовищні чинники є одними з факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки [7, с. 57].

Розлади харчової поведінки – це захворювання, які завдають шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини й погіршують загальну якість її життя – страждають відносини, робота й особистий розвиток людини. При розладах харчової поведінки порушується зв'язок із власним тілом, що приводить до вкрай проблемної харчової поведінки. Надається надмірне значення вазі й формам тіла, ідеалізується недостатня вага, і використовуються різні методи втрати ваги або запобігання її збільшенню. Крім того, при розладі харчової поведінки прийом їжі та пов'язані з ним дії викликають емоційні або фізичні страждання. У цьому випадку прийом їжі стає проблемою сам по собі, а не живить тіло і розум, як це повинно бути [1, с. 21].

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) – офіційній клініко-діагностичній класифікації, прийнятій і в нашій країні, розлади харчової поведінки включено до розділу F50-F59 – «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами», які містять:

F50 - Розлади харчової поведінки:

F50.0 - нервова анорексія

F50.1 - атипова нервова анорексія

F50.2 - нервова булімія

F50.3 - атипова нервова булімія

F50.4 - переїдання, пов'язане з іншими психогенними порушеннями

F50.5 - блювання, асоційоване з іншими психогенними розладами

F50.8 - інші розлади харчової поведінки

F50.9 - розлади харчової поведінки не уточнені [3].

Анорексія, булімія і компульсивне переїдання є трьома найпоширенішими розладами харчової поведінки.

Так, анорексія – це розлад харчової поведінки, за якого людина намагається досягти мінімально можливої маси тіла. Незважаючи на небезпечно низьку вагу, людина почуває себе товстою і боїться набрати вагу. Розлад проявляється в недоїданні й пов'язаних з ним психічних і фізичних ускладненнях. У результаті цього захворювання людина їсть низькокалорійну, часто одноманітну їжу, щоб уникнути збільшення ваги. Основна увага приділяється вазі, зовнішньому вигляду, харчуванню. Часто це стає основним видом діяльності, негативно впливаючи на всі інші важливі сфери життя людини. Порушуються близькі відносини, погіршується здатність до навчання й роботи [23, с. 33].

Анорексія звичайно розвивається в ранньому підлітковому віці. Найчастіше занедажують молоді дівчата. Анорексія зустрічається у 1% жінок й 0,1% чоловіків. Генетична схильність до анорексії вища, ніж до інших розладів харчової поведінки. Вплив спадковості на це захворювання оцінюється в 40-60%. Наявність близького родича, хворого на анорексією, збільшує ризик захворювання в 11 разів. Як і за усіх розладів харчової поведінки, важливу роль відіграють біологічні фактори й навколишнє середовище [23, с. 33].

Симптомами анорексії є:

- недостатня маса тіла – вага значно нижча, ніж повинна бути з урахуванням віку, статі й росту;
- низька маса тіла викликана шкідливими для здоров'я способами: обмеженням харчування, надмірною фізичною активністю, а також навмисно викликаною блювоту або діареєю, зловживанням препаратами для придушення апетиту або проносними засобами;
- перекручене уявлення про тіло, сприйняття себе більшого розміру,

ніж є насправді.

- страх збільшення ваги, дуже суворі обмеження своєї ваги;
- супутні гормональні, метаболічні, фізичні ускладнення;
- у дітей та підлітків порушується нормальний фізичний розвиток, відбувається затримка розвитку [31, с. 161].

Булімія – це розлад харчової поведінки, що характеризується повторюваними приступами переїдання, надмірним занепокоєнням із приводу своєї ваги й надзвичайними заходів за її контролем [35, с. 88].

Під час приступів переїдання з'їдається велика кількість їжі, що згодом компенсується різними видами нездорової поведінки: навмисною блювотою, зловживанням проносними або засобами, які придушують апетит, надмірними фізичними навантаженнями, періодичними періодами голодування. Думки людини обертаються навколо їжі й прийому їжі, багато уваги приділяється вазі й тому, як її контролювати, бажання втратити вагу, страху набрати її. Хвороба характеризується порочним колом, у якому за переїданням ідуть відчуття провини й жалю, що веде до компенсаторної поведінки й тимчасового голодування, а це, у свою чергу, збільшує ймовірність повторення приступів переїдання. Найпоширеніший вік початку захворювання – підлітковий і ранній дорослий. Поширеність булімії становить 1-4% населення [35, с. 88].

Симптоми булімії:

- надання вазі вкрай важливого значення, страх набрати вагу, бажання втратити вагу;
- під час приступів переїдання людина з'їдає значно більше їжі, ніж звичайно в подібній ситуації, уживає продукти, яких звичайно намагається уникати (висококалорійні продукти, солодощі, фастфуд), часто приховує прийом їжі від оточуючих, відчуває втрату контролю;
- переїдання викликає сором і почуття провини;
- компенсація ефекту з'їденої їжі через: навмисне викликання блювоти, зловживання проносними, надмірні фізичні навантаження;

- пацієнти мають нормальну або надлишкову вагу, вага сильно коливається [32, с. 233].

Компульсивне переїдання – це розлад харчової поведінки, при якому спостерігаються приступи переїдання, але не сформовані компенсаторні поведінкові механізми [48, с. 197].

Під час приступу переїдання за короткий проміжок часу споживається значно більше їжі, ніж звичайно, людина відчуває втрату контролю над прийомом їжі. Люди часто їдять, не відчуваючи фізіологічного голоду доти, поки не відчують дискомфорт. Після їжі виникає сильне почуття провини й сорому, пригніченість.

Серед людей із зайвою вагою компульсивне переїдання зустрічається у 8-10%, а серед тих, хто звертається за допомогою у зниженні ваги, – у 25-50%. Варто розрізняти гедоністичне й компульсивне переїдання. При гедоністичному переїданні людина просто любить поїсти, процес переїдання для неї приємний і лише іноді її «турбує» совість: з'їла сковорідку смаженої картоплі – «нічого страшного, завтра буду худнути». А при компульсивному переїданні важко зупинитися, виникають проблеми з якістю й кількістю їжі. Відчуваючи фізичний і психологічний дискомфорт, людина продовжує їсти. Це не безвільність, як думають деякі, а розлад харчової поведінки, який потрібно лікувати [1, с. 25].

У порівнянні з анорексією і булімією, компульсивне переїдання розвивається в більш пізньому віці й співвідношення жінок і чоловіків більш рівне. Поширеність компульсивного переїдання становить 3-5% населення.

За відсутності лікування, компульсивне переїдання може привести до серйозних захворювань і патологічних станів, серед яких: високий рівень холестерину; діабет; хвороби серця; гіпертонія (високий кров'яний тиск); апное сну (тимчасове припинення дихання під час сну); хвороби нирок; артрит; зношування кісток; інсульт [17, с. 216]. Також існує важливий зв'язок з іншими психічними розладами: пацієнти з компульсивним переїданням частіше страждають від депресії й тривожних розладів, розладів

особистості, зловживання алкоголем і наркотиками.

Щодо причин розладів харчової поведінки, то не існує єдиної причини їх розвитку. Це складні захворювання, у розвитку яких важливу роль відіграє поєднання багатьох факторів. Генетичні, біологічні й екологічні фактори завжди відіграють певну роль. Сучасні суспільні уявлення, включаючи культуру дієт і культ стрункості, сприяють розвитку психологічної уразливості, що може стати благодатним середовищем для формування розладів харчової поведінки. Імовірно, з тих же причин більш висока частота розладів харчової поведінки спостерігається у тих видах спорту, у яких вага має велике значення, і серед представників професій, орієнтованих на зовнішній вигляд [18, с. 30].

Причиною розладів харчової поведінки можуть бути психологічні травми на різних етапах життя, пов'язані із сексуальним насильством, неприйняття свого тіла, внутрішня заборона на прояв сексуальності, заборона на радість, невирішені внутрішні конфлікти тощо [45, с. 13].

Часто люди, що страждають розладами харчової поведінки, справляють враження цілком благополучних і успішних, оскільки головна їх потреба – одержувати визнання, хоча насправді у більшості випадків – це спроба компенсувати дефіцит любові, що сформувався у дитинстві. Ці люди дуже чуйно прислуховуються до реакції на них оточуючих людей, прагнучи одержати схвалення. У них буває низька самооцінка, багато тривоги, сорому, хронічне відчуття провини. Сприйняття себе реального й ідеал, якому хотілося б відповідати, сильно розрізняються. Такі люди намагаються завжди бути сильними. Усе, що стосується їх слабкості, імпульсивності, має бути ретельно приховане від сторонніх, і проривається назовні у розладах харчової поведінки [45, с. 13].

Л. Лимар зауважує, що до розладів харчової поведінки приводить психічний стан людини, який має несприятливий вплив на особистість та є негативним за умов:

- 1) неадекватності інтенсивності та сили стану об'єктивним ситуаціям, які його викликають;
- 2) коли він набуває такі форми, котрі свідчать про певну втрату самоконтролю;
- 3) у випадку наявності різких, афективних форм реакцій;
- 4) якщо він набуває форми ригідності, «в'язкості» й особистість застрягає на певних емоційних переживаннях чи об'єктах, які їх викликали [30, с. 95].

У підсумку відзначимо, що розлади харчової поведінки – це досить серйозні захворювання, що здатні привести до необоротних ускладнень і аж до летального результату.

1.2. Стрес як небезпечний чинник появи харчових розладів особистості

Стрес та емоційні переживання більшою мірою впливають на харчову поведінку, ніж інші психофізіологічні феномени. Доведено, що дистрес та його наслідки пов'язані з розладами харчування, а розвиток неадаптивних типів харчової поведінки під впливом стресу може початися вже в дитячому віці [36, с. 183].

На жаль, стрес є складовою частиною життя, природним побічним продуктом будь-якої діяльності, він відображає потребу людини в адаптації, у пристосуванні до мінливих умов життя. Це вимагає напруження захисних сил, мобілізації внутрішніх ресурсів організму, щоб енергетично забезпечити можливість виконання нових завдань. Періодичні емоційні стреси корисні для організму; вони позитивно впливають на зовнішній вигляд, мобілізують сили й розумові здібності, однак хронічний стрес, навпаки, руйнує здоров'я [20, с. 135].

Уперше поняття «стрес» було застосоване канадським біологом, лікарем Гансом Сельє, який зробив висновок про існування загального адаптаційного синдрому, що забезпечує пристосування організму до умов

середовища, які змінюються [46, с. 12]. При цьому стрес він розглядав як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, яка до нього ставиться. Учений приділив увагу лише біологічним і фізіологічним аспектам проблеми, тому традиційним стало розуміння стресу як фізіологічної реакції організму на дію негативних чинників, що становлять загрозу для організму.

Р. Лазарус та С. Фолкман відзначили, що: «Стрес – це стан, за якого благополуччя організму перебуває під загрозою, і передбачається, що він є результатом сприйняття людини на вимоги навколишнього середовища, які перевищують або загрожують перевищити припустимі ресурси, за допомогою яких можна їх задовольнити» [28, с. 27].

Б. Перлман дає наступне визначення: «Стрес – це такий психологічний стан організму, коли існує невідповідність між його здатністю більш-менш задовільно впоратися з вимогами навколишнього середовища й рівнем таких вимог» [76, с. 85].

Відповідно до диференціації, запропонованої Дж. Грінбергом, стрес – це багатозначне поняття, яке включає чотири основних значення:

- стрес як подія, що несе додаткове навантаження. У цьому випадку стрес є ситуативним, дратівливим феноменом, що обтяжує, ускладнює перебіг подій;

- стрес як реакція. Стрес може бути реакцією на певну подію й у цьому випадку називається емоційною реакцією, пов'язаною зі стресом (стресовим переживанням);

- стрес як проміжна змінна. У цьому випадку стрес розглядається у вигляді проміжного процесу між подразником і реакцією на нього;

- стрес як трансактний процес [22, с. 71].

Стреси можуть викликати розлади фізичної, психічної й соціальної складової цілісності людини. І тому харчова поведінка може сильно змінюватися через стрес або конкретні травматичні події.

Р. Хоу з колегами було проведено дослідження та встановлено зв'язок між наслідками емоційних психопатологічних симптомів (депресивною й

тривожною симптоматикою), життєвого стресу й формуванням різних типів розладів харчової поведінки серед молодших і старших школярів. Автором було доведено, що депресивні й тривожні симптоми, а також життєвий стрес (з урахуванням диференціації вибірки за факторами статі, віку, рівня освіти батьків та сімейного економічного статусу) виявилися в значній мірі пов'язаними з нездоровим харчуванням [63, с. 425].

Стрес та емоції змінюють харчову поведінку декількома способами: як негативні, так і позитивні емоції можуть приводити до збільшення споживання їжі, а також до компульсивного переїдання або недоїдання. Деякі характеристики учасників (насамперед – стать, індекс маси тіла і тип харчової поведінки) впливають на цей зв'язок. У дослідженні Дж. Рейченберга, мета якого полягала в оцінці впливу емоцій на смакові відчуття й почуття голоду, показано, що підвищений стрес призводить до зменшення смакових відчуттів. Отримані дані повністю відповідають базовим положенням фізіологічних стресових моделей. Тимчасове обмеження прийому їжі стрес-деприваційного характеру приводило у досліджуваних осіб до зменшення гами смакових відчуттів і більш інтенсивного голодування [77, с. 59].

Пов'язане зі стресом харчування також може бути чинником ризику в розвитку метаболічних розладів. Дослідження Е. Ярвела-Рейджонена з колегами підтверджує гіпотезу про те, що пов'язаний зі стресом спосіб прийому їжі може стати потенційним фактором ризику ожиріння. Було доведено, що харчування людей з ожирінням при впливі стресору характеризується більш сильною мотивацією до вживання їжі (що позначається на швидкості її прийому), а також відсутністю відчуття сприйняття ситості [65, с. 255].

Дослідження дітей 5-12 років, проведене Н. Мішелса з його колегами, показало, що стресові події та негативні емоції у них позитивно пов'язані з емоційним харчуванням. Позитивні кореляції спостерігалися між викликаними стресом проблемами й споживанням як солодких, так і жирних

продуктів, а негативні - між цими подіями і споживанням фруктів й овочів. У цілому, стрес був пов'язаний з емоційним харчуванням і більш нездоровим дієтичним паттерном і, таким чином, сприяв розвитку надлишкової ваги у дітей [72, с. 767].

Групою на чолі з К. Лот було встановлено позитивні кореляції між стресовими життєвими подіями й непорядкованим харчуванням, екстремальною поведінкою з контролю за вагою й алкоголізацією як у юнаків, так й у дівчат [70, с. 515].

Б. Леск стверджує, що жорсткі дієти можуть призвести до набору маси тіла в результаті компульсивного переїдання. Люди, що дотримуються дієт, свідомо придушують свій голод, у зв'язку із чим споживають меншу кількість їжі. Однак, коли у таких людей порушується самоконтроль, за допомогою котрого вони обмежують себе, виникають приступи переїдання [66, с. 119].

П.М. Боднар фокусується на емоційній складовій поведінки, коли переїдання є відповіддю на стрес й/або інші яскраві емоції. Терміном «копінг-стратегія» у психології прийнято позначати дії, які чинить особистість для того, щоб впоратися зі стресом і з будь-якими важкими життєвими ситуаціями. Іншими словами, переїдання на емоціях є поведінковим вибором для подолання негативних емоцій. Це є атиповою реакцією на стрес, тому що в нормі при переживанні негативних емоцій люди частіше втрачають апетит у результаті ряду фізіологічних реакцій організму (наприклад, зниження перистальтики шлунково-кишкового тракту й підвищення рівня глюкози в крові під дією катехоламінів). Переїдання на емоціях, на думку дослідника, може розвиватися у людей, що мають стійку асоціацію між негативними емоціями й прийомом їжі для заспокоєння. Така асоціація може бачи результат дитячого досвіду, коли для створення комфортних умов дитині давали смачну їжу. Інший варіант виникнення цього асоціативного зв'язку – слабкий розвиток емоційного інтелекту й відсутність копінгових стратегій для ефективного подолання негативних

емоцій [8, с. 74].

О.С. Скомороха доводить, що апетит у ряду людей переважно визначається рядом зовнішніх подразників, наприклад жорстким режимом харчування, смаком, запахом, зовнішнім виглядом і доступністю їжі. При цьому люди часто не відслідковують внутрішні відчуття голоду й ситості [49, с. 55].

Стрес і розлади харчової поведінки часто виникають одночасно, однак може бути й по-іншому. Деякі люди можуть боротися зі стресом, використовуючи розлади харчової поведінки як навичку подолання, спробу одержати відчуття контролю або спробу відключитися від тіла або покарати його. І навпаки, людина з розладом харчової поведінки може бути більш уразливою до травм. Наприклад, деякі люди з розладом харчової поведінки настільки серйозні, що вимагають стаціонарної госпіталізації й годівлі через зонд для стабілізації стану. Такі серйозні ускладнення зі здоров'ям можуть викликати більш гостру реакцію на травму [43].

Також дослідники виділяють три типи порушення харчування. Це – емоціогенний, обмежувальний та екстернальний типи.

В основі емоціогенного переїдання лежить споживання їжі як відповідь на емоційні тригери, а не на відчуття справжнього відчуття голоду. Необхідно відзначити, що люди з нормальною масою тіла також можуть мати емоціогенний тип харчової поведінки. Однак за наявності схильності до ожиріння цей тип харчової поведінки може стати для них серйозною проблемою. Більше половини (57,3%) дорослих, що мають надлишкову масу тіла й/або страждають на ожиріння, демонструють саме емоціогенний тип харчової поведінки [79, с. 32]. У ході крос-секційного дослідження вибірки з Південно-Східного державного університету в штаті Алабама (США), яка включала 822 співробітника у віці від 18 до 63 років й 55,8% вибірки з надлишковою масою тіла або ожирінням, з'ясувалося, що у людей, схильних до емоціогенного переїдання, ризик розвитку ожиріння в 13,38 разів вищий, ніж у людей з нормальним типом розвитку харчової поведінки [74, с. 52].

Емоціогенне переїдання є також предиктором швидкого набору й повільного зниження маси тіла. У порівнянні з людьми з нормальним типом харчової поведінки, особи, схильні до емоціогенного переїдання, вживають значно більшу кількість солодкої й жирної висококалорійної їжі, частіше перекушують між прийомами їжі та є більш піддані переїданням під впливом стресових факторів [62, с. 1271].

При недоїданні організм не може відрізнити добровільне обмеження харчування від реальної нестачі поживних речовин і реагує зміною метаболізму, характерною для умов нестачі харчових ресурсів: швидкість анаболізму сповільнюється, підвищується апетит, виникає постійне почуття голоду. У результаті люди, що дотримуються дієт, відчують інтенсивну фрустрацію, яка підвищує ризик втрати контролю над прийомом їжі при обмеженні харчування [34].

Особливо яскраво це проявляється на тлі стресу. Дійсно, при стресі або при індукції негативних емоцій в осіб, що дотримуються дієт, відзначається більш високе споживання їжі в порівнянні з тими, хто її не дотримується. Суворе дотримання дієти підвищує ризик розвитку емоціогенного типу харчової поведінки [61, с. 195]. У цьому випадку можна говорити про змішану форму.

Іще одним наслідком безперервної боротьби з відчуттям голоду при дотриманні дієти може бути те, що люди перестають відчувати почуття ситості. Це є додатковим чинником ризику розвитку емоціогенного переїдання. Тенденція переїдати у відповідь на стрес або негативні емоції є атиповою. При типовій реакції на стрес у людини, навпаки, знижується апетит, оскільки фізіологічні ефекти, викликані активацією симпатичної нервової системи, імітують стан насичення [64, с. 262].

Емоціогенне переїдання, як «гальмівний засіб», за визначенням вимагає попереднього гальмування (тобто стримування). Однак на сьогоднішній момент до кінця невідомо, чи є тривале утримання від їжі причиною емоціогенного переїдання. Крім того, результат може варіюватися

залежно від контингенту досліджуваної групи [80, с. 385].

Обмежувальний тип харчової поведінки описують як тенденцію обмежувати харчування з метою схуднення або запобігання набору маси тіла. Тобто, цей тип харчової поведінки перебуває під когнітивним, а не під фізіологічним контролем. Хоча обмежувальна поведінка тісно пов'язана з дієтою, все ж вони не еквівалентні головним чином тому, що обмежувальний харчової поведінки у більшій мірі відноситься до наміру дотримуватися дієти, а не до фактичного її дотримання. Проте цей тип харчової поведінки часто асоціюється з обмеженням загального споживання енергії організмом, у тому числі шляхом дотримання дієти, а також з можливим розгальмовуванням переїдання в результаті втрати когнітивного самоконтролю. Люди з обмежувальним типом харчової поведінки демонструють набагато менше споживання їжі в порівнянні зі здоровими людьми й особами з іншими типами патологічної харчової поведінки. Менше споживання їжі асоційоване не тільки з вибором певних продуктів і зниженою кількістю споживаних калорій, але й з меншою частотою прийомів їжі й відсутністю перекусів протягом дня [67, с. 460].

Когнітивна саморегуляція вважається ресурсом, що зменшується протягом дня. Крім того, деякі дослідники вважають, що прийом їжі наприкінці дня забезпечує менше відчуття насичення, ніж ранковий прийом їжі. Тобто, особи з когнітивно-контрольованим типом харчової поведінки більше піддані переїданню ввечері, ніж удень.

Екстернальний тип харчової поведінки також пов'язаний з переїданням. При даному типі харчової поведінки спостерігається підвищена реакція людини не на внутрішні стимули до прийому їжі, а на зовнішні, такі як вигляд або запах їжі. Дослідження показали, що екстернальне харчування, пов'язане зі збільшенням споживання калорій у діапазоні від 3 днів до 1 місяця, зустрічається досить часто (10-17%) у жінок з нормальною масою тіла. Відомо, що розвиток екстернального типу харчової поведінки позитивно корелює зі статтю, підвищеним споживанням солодкої їжі,

наприклад, у дітей і частими швидкими перекусами (наприклад, снеками) частіше в жінок. Екстернальний тип харчової поведінки позитивно корелює з індексом маси тіла і розвитком ожиріння у дітей та дорослих [60, с. 680].

Крім того, відповідно до концепції екстернального типу харчової поведінки, особи з таким типом харчової поведінки мають підвищену чутливість до сигналів харчової винагороди й/або більш слабку здатність регулювати свої когнітивні реакції на харчові сигнали [63, с. 426].

Результати описаних вище досліджень дозволяють зробити висновок про те, що комплексне втручання, зосереджене на корекції емоційної сфери й навчанні навичкам управління стресом, є ефективним для запобігання розвитку нездорової харчової поведінки.

1.3. Напрями профілактики та корекції харчових розладів

Будь-який з розладів харчової поведінки – це небезпечний патологічний стан. Людина внаслідок пережитого стресу не в силах їсти або ж контролювати свій апетит.

У лікуванні розладів харчової поведінки використовуються різні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, системна сімейна психотерапія, терапія травми. Як правило, у ході лікування розладу харчової поведінки працює ціла команда професіоналів: психотерапевт, лікар-дієтолог, лікар загальної практики. У процесі лікування фахівці звертають увагу на емоційні й поведінкові аспекти розладу харчової поведінки, з'ясовують, чому їжа стала для пацієнта способом боротьби зі стресом [24, с. 84].

В той же час, іще до того, як розлад харчування стає для людини великою проблемою, його можна попередити. Так, Л. Савельєва пропонує наступні способи самопомоги при розладах харчової поведінки [45, с. 12-13]:

1. Усвідомлене харчування. Наприклад, більшість людей із компульсивним переїданням вважають, що їм варто обмежити доступ до їжі.

Насправді, все навпаки: здорове ставлення до їжі припускає, що немає заборон й обмежень, які постійно хочеться порушити.

При здоровому підході до харчування їжа, безумовно, є джерелом задоволення, однак вона не має такої влади над людиною, як при розладі харчової поведінки.

Усвідомлене харчування припускає, що людина їсть за столом, вона не дивиться телевизор, не працює за комп'ютером у процесі прийому їжі. Важливо звертати увагу на естетичну складову їжі й сервірування столу. Їсти потрібно не поспішаючи, але й не розтягуючи один прийом їжі більш, ніж на 30 хвилин. Слід звертати увагу на температуру, текстуру й запах їжі. Людині слід учитися зауважувати відчуття власного тіла в процесі прийому їжі, розуміти, коли вона усе ще голодна, а коли вже сита; робити паузи в процесі прийому їжі.

2. Більше руху. Часто люди пов'язують фізичні навантаження з болем і втратою ваги. Важливо знайти саме той вид фізичної активності або спорту, що підходить саме цій людині, робить приємність і приносить почуття задоволення. Рух повинен бути в радість, він дозволяє відчувати себе сильним і здатним на багато чого. Людське тіло створене для руху й насолоди навколишнім світом через дії й тактильні відчуття.

3. Турбота про себе. Людині слід вибирати те, що безпечно й комфортно для неї. Знайти те заняття й захоплення, що стане джерелом задоволення. Спробувати себе в новому творчому занятті, будь то малювання, фотографія або музика.

4. Прийняття себе. У кожного з людей є ті або інші фізичні обмеження. Важливо приймати себе й своє тіло таким, яким воно є. Прийняття – перший крок на шляху до екологічних заходів з покращення себе і світу навколо.

5. Здорові способи роботи з емоціями. Для когось таким способом стане спорт або читання. Важливо замінити переїдання, як спосіб боротьби зі стресом, на більш корисну звичку.

6. Підтримуюче оточення. Людині важливо оточувати себе людьми, які

розуміють її проблему. Це може бути психотерапевтична група, включаючи онлайн-співтовариства. Це може бути друг зі схожою проблемою. Слід установлюйте правила усередині групи: наприклад, не обговорювати дієти, набір або втрату ваги, завжди бути чесними тощо. Важливо ділитися з оточуючими тим, що хвилює. Це один зі способів відчувати себе краще й знайти конструктивне рішення проблеми.

7. Доброта до самого себе. У процесі внутрішнього діалогу із собою людині слід звертатися до себе так, як вона зверталася б до близького друга або до дитини. Можливо, спочатку співпереживання самому собі здасться чимось чужорідним, але цю навичку можна розвинути згодом.

Не слід бути занадто самокритичним. Люди, піддані розладу харчової поведінки, схильні вважати себе гарними, коли вони їдять правильну їжу й поганими, якщо їдять те, що, на їхню думку, неправильно. Раціональніше буде звертати увагу на свою харчову поведінку: що викликає почуття насичення, коли варто закінчити прийом їжі, тому що вже ситий; від якої їжі відчувається дискомфорт.

У 2004 році Національний інститут здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії (NICE) опублікував нові клінічні нормативи для лікування розладів харчової поведінки. Ці нормативи настійно рекомендують при розладах харчової поведінки застосовувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ).

Когнітивно-поведінкова терапія – це добре досліджений і перевірений на практиці різновид розмовної психотерапії. Вона дає змогу змінювати проблемні моделі поведінки, зосереджуючись на переконаннях, які їх спричиняють. Дослідження засвідчують особливий успіх КПТ в лікуванні нервової булімії та компульсивного переїдання. Щоб оцінити ефективність КПТ при лікуванні нервової анорексії, потрібно провести більше досліджень [10, с. 56].

Модель побудови корекційного процесу з використанням когнітивно-поведінкової терапії включає такі кроки:

1. *Самомоніторинг.*

Перший крок – це чітко усвідомити, що відбувається. Для цього треба записувати у щоденник все, що стосується харчування, компенсаторної поведінки, хвилювань з приводу харчування, ваги та фігури, а також факти надмірного контролю та поведінки уникання. Самомоніторинг означає облік всього, що людина їсть і п'є (включно з епізодами компульсивного переїдання), місця і часу, усіх проявів компенсаторної поведінки, всіх почуттів та думок про їжу, вагу чи зовнішній вигляд, всіх випадків перевіряння їжі, ваги чи вигляду власного тіла або ж всіх епізодів уникання. Це може бути дуже важким завданням, бо воно означає, що людина відважно намагається подивитися правді у вічі і побачити, що вона їсть і коли втрачає над собою контроль [10, с. 57].

Після тижневого самомоніторингу присвятити трохи часу для аналізу записів у щоденнику: чи є якийсь зв'язок між тривогою щодо споживання їжі, ваги та зовнішнього вигляду і поведінкою; чи існує зв'язок між провокуючими чинниками і порушеннями харчової поведінки; чи є якісь закономірності у проявах порушень харчової поведінки; чи залежать вони від пори дня; чи їх імовірність зростає в певні дні тижня [66, с. 96].

2. *Стратегії подолання.*

Щоб нормалізувати споживання їжі, доведеться докласти істотних зусиль. Успішно впоратися з цим завданням допоможуть нові стратегічні підходи. До стратегій подолання належать [59, с. 77-78]:

- *відволікання уваги.* Наприклад, якщо виникає сильне бажання накинутись на їжу і нестримно їсти, то можна спробувати відвернути від цього свою увагу, переключившись на щось для цікаве, що може поглинути увагу, наприклад, на телефонну розмову з приятелем, прогулянку на свіжому повітрі чи спробувати перенестися уявою в місце, де людина почувається спокійно й безпечно;

- *відкладення.* Якщо є відчуття, що хочеться нестримно їсти, можна також спробувати відкласти реалізацію цього бажання до часу, коли порив

мине. В деяких людей порив не зникає, але все ж таки він може зменшитись настільки, щоб бути в стані відвернути від нього увагу;

- *поділ завдання на окремі, здійснимі кроки.* Наприклад, якщо їсти тричі на день – непосильна річ, можна спробувати розбити денний розклад споживання їжі на частини і певний час попрацювати над якоюсь однією частиною. Почати з такої пори дня, коли можна контролювати ситуацію найкраще, або коли людина відчувається найвпевненіше, або має поряд когось, хто міг би її підтримати;

- *створення безпечного оточення.* Визначити, які аспекти щоденного життя становлять ризик. Наприклад, чи є якась їжа, споживаючи яку, людина неодмінно переїдає? Якщо є, то чи може вона певний час її не купувати – до пори, коли відчує, що може впоратися з собою при вигляді цієї їжі? Чи не ризиковано тримати в шафі деякі речі зі старого гардеробу, адже їх вигляд може спонукати знову почати худнути? Чи є книжки з дієтами тощо?

- *самозаспокоєння.* Якщо є відчуття напруження до або після запланованої трапези, то уникати пропускання трапези чи нападу компульсивного переїдання опісля допоможе самозаспокоєння. Способів заспокоїти себе існує багато, а саме: співчутлива розмова з самим собою, слухання релаксаційної музики, погладжування улюбленої домашньої тваринки, повільне глибоке дихання, читання улюбленого вірша чи релігійного тексту або перегляд улюблених фотографій в альбомі. Важливо виявити, що найкраще допомагає;

- *підтримка інших.* У тяжкі часи особливо важливою є підтримка близького друга чи рідної людини. Теплі обійми або підбадьорливі слова – саме те, чого кожен найбільше потребує, щоб продовжити свій нелегкий рух уперед.

3. Регулярне споживання їжі.

Багато розладів харчової поведінки підтримуються завдяки суворим правилам харчування. Шкода від цих правил полягає в тому, що вони надмірно концентрують увагу на їжі та підвищують ризик розвитку

рикошетного переїдання. Один з варіантів розв'язання цієї проблеми – регулярне харчування із щоденним споживанням сніданків, обідів та вечерь із легкими перекусками [10, с. 62].

Добре почати з того, щоб просто споживати їжу у визначені години, незалежно від того, як людина себе почуває, що думає або що робить. У щоденнику запланувати, коли будете їсти, що будете їсти і з ким, і намагатись дотримуватись цього плану. Постаратись не їсти в проміжках між запланованим часом трапез. Мета цього – захиститися як від недоїдання, так і від переїдання.

Після того, як буде успішно запроваджене регулярне споживання їжі, поставити собі за мету поступово і планомірно залучати до свого раціону продукти, яких раніше уникали. Намагатись думати про їжу як про пальне для організму, а не як про щось «добре» чи «зле» [10, с. 65].

4. Блокування негативних думок і переконань.

Коли людина береться за нормалізацію споживання їжі, у неї починають з'являтися різні думки, які збиватимуть її з пантелику. Щоб досягти успіху і подолати розлад харчової поведінки, необхідно вміти долати ці думки.

Є різні способи подолати ці думки та переконання. Наприклад, можна застосувати метод *децентрування*. Суть його в тому, що коли у людини з'являється нездорова думка про їжу чи про тіло, вона має подивитись на неї не як на правдивий факт, а як на *голос розладу харчової поведінки*. Наприклад, якщо прийшла думка: *Я товста/-ий*, – її слід децентрувати, перефразувавши так: *У мене розлад харчової поведінки. Це він змушує мене думати, що я товста/-ий* [19, с. 114].

Ще один добрий метод – *дистанціювати дії від думок*. Ідея цього методу в тому, щоб створити дистанцію між думками та діями, які зазвичай ішли за ними. На практиці це означає не дозволити, щоб діями керували думки і заклопотаність їжею, вагою та фігурою. Наприклад, якщо у людини з'явиться думка: *Я товста/-ий, мені варто пропустити обід*, – тоді варто

сказати собі: *Ця думка – симптом мого харчового розладу (децентрування). Я дотримуватимусь свого плану споживання їжі (дистанціювання дій від думок)* [19, с. 114].

5. Розширення підґрунтя самооцінки.

Якщо людина має розлад харчової поведінки, то її самооцінка надмірно залежить від характеру споживання їжі, її ваги та фігури, а також від того, наскільки успішно вона все це контролює, наприклад, як вдається зменшити свою вагу. Щоб подолати розлад харчової поведінки, буде корисно сформувати таке підґрунтя самооцінки, яке б виходило поза категорії їжі, ваги та фігури і людина не була б надто прив'язана до контролю над ними [7, с. 59].

Доцільно задуматися над тим, які сфери життя цікавлять людину і приносять їй задоволення. Поміркувати і про те, які вона має таланти. Подумати, що могло б подобатися, якби турбота про їжу, вагу і фігуру мала меншу владу: напр., чи не хотілося б більше уваги зосередити на дозвіллі, хобі, спорті, творчості, на сім'ї та друзях, на роботі, навчанні чи духовному житті. Слід намагатися розвиватися і досягати успіхів у цих сферах життя, щоб викинути з голови думки про їжу, вагу і фігуру [7, с. 59].

Л. Вайтгед наголошує, що важливою є зміна поведінки, зосередженої на стеженні за харчуванням, фігурою та вагою. Якщо людина постійно підраховує калорії спожитих продуктів, надто часто зважується та оглядає своє тіло, то це надмірно зосереджує її увагу на харчуванні та фігурі. Тому важливо не тільки нормалізувати своє харчування, а й виправити ці звички. Це означає, що вона має перестати підраховувати калорії (чи впродовж всього дня, чи наприкінці дня) і перевіряти калорійність продуктів. Спробувати зайняти себе чимось цікавим у ті моменти, коли зазвичай підраховуються калорії (напр., одразу після їжі) [81, с. 63].

6. Пом'якшення надто суворих стандартів.

Орієнтація на надто суворі стандарти і намагання досягти їх за будь-яку ціну може бути додатковим чинником, що підтримує розлад харчової

поведінки. Щоб подолати розлад, варто навчитися сприймати своє тіло таким, як воно є, з його недосконалостями, а це означає, що треба змінити свої очікування і перестати постійно лізти зі шкіри, аби досягти уявного ідеалу.

7. Бути кращої думки про себе.

Г. Дженкінс та М. Феннел у книзі «Розвиток самоповаги» дають кілька порад, які стосуються подолання цієї проблеми [14, с. 76]:

- коли у людини з'являються критичні думки щодо себе, слід використовувати метод децентрування;

- ключовим чинником, що підтримує низький рівень самооцінки, є самокритика;

- коли у людини з'являється спокуса скасувати або відкласти нові справи через брак впевненості, протидіяти цій спокусі, користуючись методом дистанціювання дій від думок;

- утримуватись від поведінки, яка мала б запобігти незадоволенню собою або критиці на свою адресу з боку інших людей: уникання очного контакту, покірна постава, намагання завжди догодити іншим, надмірне перепошування. Така поведінка може посилювати низьку самооцінку. Робити слід навпаки: дивитися людям в очі, мати впевнену поставу, висловлювати свою думку, навіть якщо не погоджуємося з іншими, і не вибачатись;

- покращувати самосприйняття, нотуючи у щоденнику позитивні якості, щодня ведучи облік своїх вчинків і висловлювань інших людей, які б ілюстрували сильні сторони;

- робити більше того, що приносить задоволення і відчуття успіху;

- спробувати знайти альтернативу самокритичним думкам.

8. Управління настроєм.

Давати собі раду з сильними емоціями важко кожному. А якщо людина має розлад харчової поведінки, то з сильними почуттями вона справляється у тому числі й за допомогою їжі. Компульсивне переїдання на короткий час

заспокоює або відвертає увагу від гнітючих думок. А викликавши блювоту після переїдання, вона зменшує страх і напруження, спричинені переїданням [11, с. 200].

По новому керувати сильними емоціями допоможуть стратегії подолання (відволікання уваги, відкладення, створення безпечного оточення, самозаспокоєння, підтримка інших). Водночас оволодіння цими стратегіями, як і будь-яким новим навиком, вимагає тривалого вправління. Але кінцевий результат – звільнення від розладу харчової поведінки – цих зусиль вартує.

У підсумку зауважимо, що зацикленість на їжі й власному тілі – серйозна проблема, вирішення якої починається з пошуку допомоги й підтримки професіоналів, родини й друзів.

Висновки до розділу 1

Розлади харчової поведінки – це ряд поведінкових синдромів, пов'язаних з порушеннями процесу прийняття їжі, ненормальним споживанням їжі. Ці розлади є захворюваннями, які завдають шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини й погіршують загальну якість її життя. Анорексія, булімія і компульсивне переїдання є трьома найпоширенішими розладами харчової поведінки. За відсутності лікування розлади харчової поведінки можуть привести до серйозних захворювань і патологічних станів.

Стрес – це стан, за якого благополуччя організму перебуває під загрозою. Харчова поведінка може сильно змінюватися через стрес або конкретні травматичні події. Війна – одна з таких. Іноді навіть ті люди, що перебувають у відносній безпеці, «заїдають війну». І стрес, і розлади харчової поведінки мають високі показники дисоціації – відчуття відірваності від себе. Часто люди, які переживають стресову ситуацію, намагаються використати свої харчові звички як засіб відключити травматичні спогади й емоції або заглушити їх.

Будь-який з розладів харчової поведінки – це небезпечний патологічний стан. Людина внаслідок пережитого стресу не в силах їсти або ж контролювати свій апетит. З будь-яким розладом харчової поведінки людина повинна звернутися до фахівця. У лікуванні розладів харчової поведінки використовуються різні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, системна сімейна психотерапія, терапія травми.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ПОЯВУ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Згідно з розглянутими у 1 розділі кваліфікаційної роботи теоретичними положеннями про харчові розлади, ми припустили що стрес (як гострий, так і хронічний) є «спусковим механізмом» цих розладів, а також спричиняє негативні психічні стани, які можуть стати вторинною причиною їх появи. Зважаючи на це, завдання емпіричного дослідження полягали у наступному:

- 1) сформувати вибірку для дослідження;
- 2) вивчити харчову поведінку респондентів, виявити відхилення від норми;
- 3) здійснити діагностику рівня стресу у досліджуваних респондентів;
- 4) проаналізувати взаємозв'язок харчової поведінки та суб'єктивної оцінки стресу.
- 5) виявити взаємозв'язки між харчовою поведінкою, рівнем стресу та копінг-стратегіями.

Етапи проведення емпіричного дослідження наступні:

1. Підготовчий – аналіз наукової літератури з теми дослідження, формування вибірки та підбір відповідних методик для дослідження.
2. Констатувальний етап – первинне опитування вибірки за обраними методиками; обробка та аналіз даних; формування первинних висновків.
3. Формувальний етап – розробити, обґрунтувати та апробувати програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки.
4. Контрольний етап – провести оцінку ефективності програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки.

У дослідженні взяли участь жінки та чоловіки різної вікової категорії із нормальною та надмірною масою тіла. Згідно із показником ІМТ більшість учасників (85%) перебувають у стадії перед ожиріння, а решта 15% – страждають ожирінням 1 ступеня. Вибірку для дослідження склали 24 особи, у яких констатовано розлади харчової поведінки.

Короткий опис вибірки:

1. Диференціація за статтю: 3 чоловіків та 21 жінка.
2. Диференціація за віком: у дослідженні взяли участь респонденти віком від 26 до 42 років. Тобто, вибірка достатньо доросла, щоб уже мати певний соціальний статус, професію, сім'ю, пріоритети в житті тощо та розуміти, чи є у них проблема розладу харчової поведінки.
3. Диференціація за сімейним станом: у вибірці найбільше одружених респондентів – 12; неодружених – 6 респондентів; розлучених – 4 респонденти та 2 вдови.
4. Диференціація за кількістю дітей: 9 респондентів мають одну дитину; 6 респондентів мають по 2 дітей; 2 респонденти мають по 3 дітей; 7 респондентів дітей іще не має.
5. Диференціація за рівнем освіти: 16 респондентів мають вищу фахову освіту, а 8 респондентів мають середню спеціальну освіту.
6. За професією вибірка досить різнопланова – це представники державної служби, приватні підприємці, викладачі ВНЗ, вчителі школи, вихователі дитсадка, лікарі, банківські працівники, бухгалтери, продавці, охоронці, адміністратори закладів харчування, економісти, інспектор з кадрів та ін.

Отже, аналіз вибірки показав, що її віковий діапазон – від 26 до 42 років; у ній представлені різні за освітою, сімейним станом та професійною орієнтацією люди.

Провівши аналіз існуючих у літературі методів дослідження, для з'ясування впливу стресу на появу харчових розладів людини ми обрали

наступні методики:

1. «Шкала психологічного стресу PSM25» (або Шкала Лемура-Тесьє-Філліона).
2. «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ).
3. «Тест ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)».
4. Авторська анкета суб'єктивної оцінки стану стресу.
5. «Копінг-тест Лазаруса».

Так, «Шкала психологічного стресу PSM25» (або Шкала Лемура-Тесьє-Філліона) призначена для діагностики рівня та гостроти стресу респондентів, які страждають на розлади харчової поведінки. Методика була спочатку розроблена у Франції, потім переведена й валідизована в Англії, Іспанії та Японії.

При розробці методики автори прагнули усунути наявні недоліки традиційних методів вивчення стресових станів, спрямованих в основному на непрямі виміри психологічного стресу через різні стресори. Автори розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого відпала необхідність у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Питання сформульовані для осіб у віці від 18 до 65 років. Методика вважається універсальною для використання у різних вікових і професійних вибірках. Численні дослідження показали, що PSM володіє достатніми психометричними властивостями.

Повний опис методики наведено у додатку А.

«Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ) призначений для оцінки розладів харчової поведінки. Dutch Eating Behavior Questionnaire або DEBQ був створений в 1986 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини й факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення даного опитувальника стало отримання простого й валідизованого

інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням і супроводжуваним його ожирінням, а також для диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами. При створенні опитувальника використовувалися три теорії переїдання, кожна з яких знайшла відбиття в діагностиці відповідного типу DEBQ: емоціогенного, екстернального й обмежувального.

Повний опис методики наведено у додатку Б.

«Тест ставлення до їжі (шкала EAT-26)» – є скринінговою тестовою методикою, розробленою Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році. У наш час шкала EAT-26 є найпоширенішим інструментом досліджень розладів харчової поведінки. Тест EAT-26 є скринінговим, високий бал по ньому означає високу ймовірність наявності серйозного розладу харчової поведінки – анорексії або булімії.

Повний опис методики наведено у додатку В.

Авторська анкета суб'єктивної оцінки стану стресу включає 4 закритих та 3 відкритих запитання. Перші три питання спрямовані на загальне ставлення респондентів до стресу, вони стосуються емоційної та поведінкової сфер, фізіологічних проявів, загального розуміння стресу і його наслідків. Четверте питання спрямоване на виявлення взаємозв'язку харчової поведінки та стресу, а саме – як змінюється харчова поведінка респондентів у період стресової ситуації. Так само було запропоновано три відкритих запитання, де респонденти на конкретному прикладі своєї стресової ситуації дають характеристику своїм відчуттям, діям, думкам і наслідкам.

Повний опис методики наведено у додатку Г.

«Копінг-тест Лазаруса» призначений для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Цей опитувальник вважається першою стандартною методикою у сфері дослідження копінгу.

Опитувальник складається з 50 тверджень, які згруповані у 8 шкал.

Номери опитувальника (один за одним, але різні) працюють на різні шкали:

- Шкала конфронтативного копіngu – являє собою агресивні зусилля, спрямовані на зміну ситуації;
- Шкала соціальної підтримки, яка розуміється як пошук інформаційної, дієвої та емоційної підтримки від інших людей;
- Шкала планування вирішення проблеми – передбачає навмисні проблемно-фокусовані зусилля по зміні ситуації, аналітичний підхід до вирішення проблеми;
- Шкала самоконтролю – спроба регулювати свої почуття та дії;
- Шкала дистанціювання – передбачає когнітивні зусилля відокремитися від ситуації, зменшити її значимість;
- Шкала позитивної переоцінки – спроба знайти або створити позитивний зміст сформованої ситуації;
- Шкала прийняття відповідальності – це визнання власної ролі в проблемі;
- Шкала втеча-уникнення – фантазування, спрямоване на втечу або уникнення проблеми.

Повний опис методики наведено у додатку Д.

Для опрацювання результатів дослідження нами було використано методи кількісної та якісної обробки даних (методи математичної статистики). Так, при обробці отриманих даних можна використовувати комп'ютерну програму «SPSS 6.0 for Windows».

Все це дає підстави стверджувати, що лише за наявності відповідного діагностичного інструментарію можна не лише відслідковувати особливості впливу стресу на розлади харчової поведінки, але й розробити психокорекційні заходи з їх подолання.

2.2. Результати констатувального етапу емпіричного дослідження впливу стресу на появу харчових розладів особистості

Дослідження розпочалося у грудні 2023 року; констатувальний етап дослідження було проведено наприкінці вересня 2024. Усього у діагностуванні взяло участь 24 особи обох статей.

Перша методика, використана нами у дослідженні – це опитування за «Шкалою психологічного стресу PSM25». Її результати наведено на рис. 2.1.

Так, ми з'ясували, що респонденти розділилися наступним чином: у 15 осіб (62,5%) було констатовано високий рівень стресу; середній рівень стресу було виявлено у 7 осіб (29,2%); низький рівень стресу констатовано у 2-х осіб (8,3%).

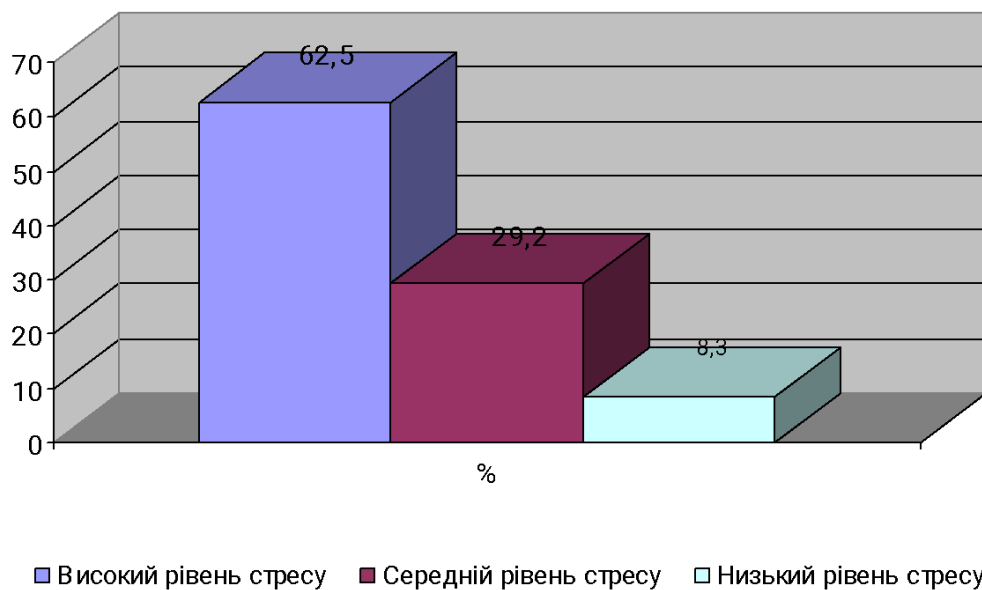


Рис. 2.1. Результати діагностування респондентів за «Шкалою психологічного стресу PSM25», %

Далі ми провели опитування за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)». Результати діагностування наведено на рис. 2.2.

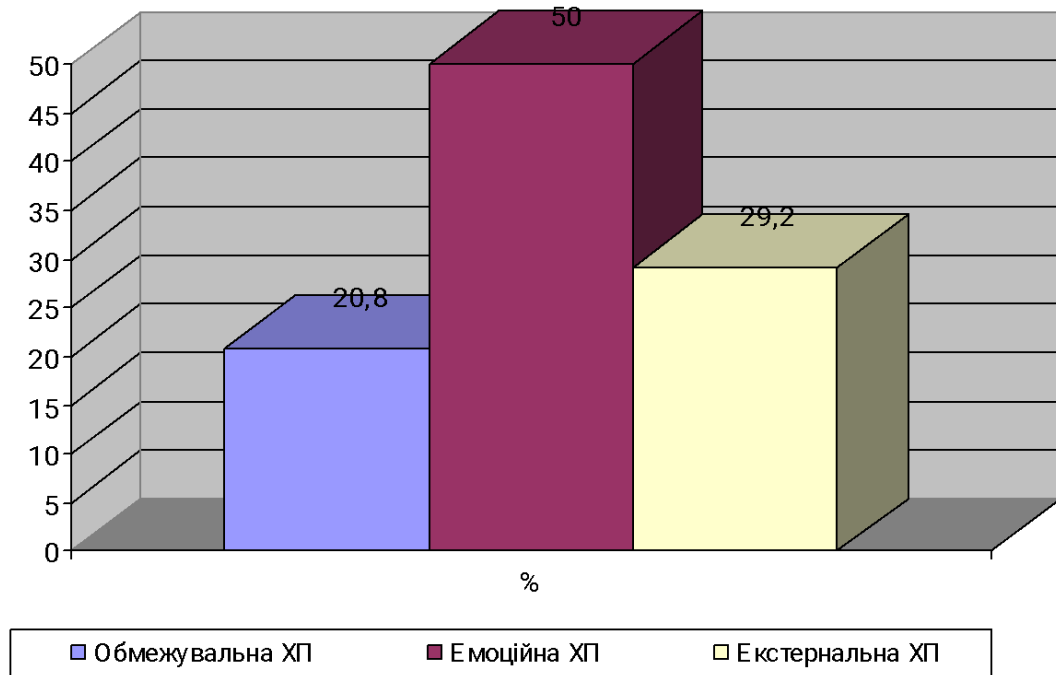


Рис. 2.2. Результати діагностування респондентів за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)», %.

Таким чином, з опитаних 24 осіб обмежувальну харчову поведінку було виявлено у 5 осіб (20,8%); емоційну харчову поведінку було виявлено у 12 осіб (50%); екстернальну харчову поведінку було виявлено у 7 осіб (29,2%).

Середні значення й стандартні відхилення показників розладу харчової поведінки за методикою DEBQ представлено у таблиці 2.1. Нормами по шкалах є наступні значення: обмежувальна харчова поведінка – 2,4, емоціогенна харчова поведінка – 1,8, екстернальну харчова поведінка – 2,7.

Таблиця 2.1.

Середні значення показників розладів харчової поведінки за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ)

Шкала	Середнє значення	Відхилення
Обмежувальна харчова поведінка	2,4	+0,4
Емоціогенна харчова поведінка	1,8	+0,6
Екстернальна харчова поведінка	2,7	+0,6

Аналізуючи отримані результати, можна сказати, що всі значення за шкалами вище норми. Найбільш високі значення за шкалою «Емоціогенна харчова поведінка» (2,4 при нормі 1,8). Тобто в осіб, які прийняли участь у дослідженні, при емоційній напрузі збільшується апетит і стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт (тривожність, роздратування, образа й т.п.). Їжа таким людям приносить не тільки насичення, але й заспокоєння.

Також у даної вибірки, відповідно до проведеного дослідження, спостерігаються порушення харчової поведінки так само й за «обмежувальним» типом (2,8 при нормі 2,4). Тобто, респонденти страждають надлишковими харчовими самообмеженнями й дотримуються суворих дієт.

Шкала «Екстернальна харчова поведінка» так само має більш високі значення в порівнянні з нормою (3,3 до 2,7). Це говорить про те, що респонденти більш схильні їсти не за внутрішніх стимулів до прийомів їжі, а за зовнішніх стимулів, таких як запах їжі, реклама харчових продуктів, накритий стіл, людина, яка їсть їжу тощо.

Далі ми здійснили опитування за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)». Це скринінгова тестова методика, яка дозволяє оцінити ступінь виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення до схуднення, побоювання набори ваги та наявність обмежувальних тенденцій у стилі харчування.

Результати діагностування наведено на рис. 2.3.

Так, опитані 24 особи мали незначні девіації у харчовій поведінці (29,2%) та досить значні девіації у харчовій поведінці (70,8%). Осіб з відсутністю девіацій у харчовій поведінці нами не констатовано.

Більше половини опитаних респондентів лякає думка, що вони іще більше наберуть вагу, тому вони утримуються приймати їжу, навіть коли вони голодні; або їдять рідко ділять свою їжу на дрібні шматочки, щоб не переїсти; або утримуються від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис,

картопля) та цукор Також 62,5% відзначили, що завжди знають, скільки калорій вони з'їли і рахують, скільки калорій спалили під час спорту.

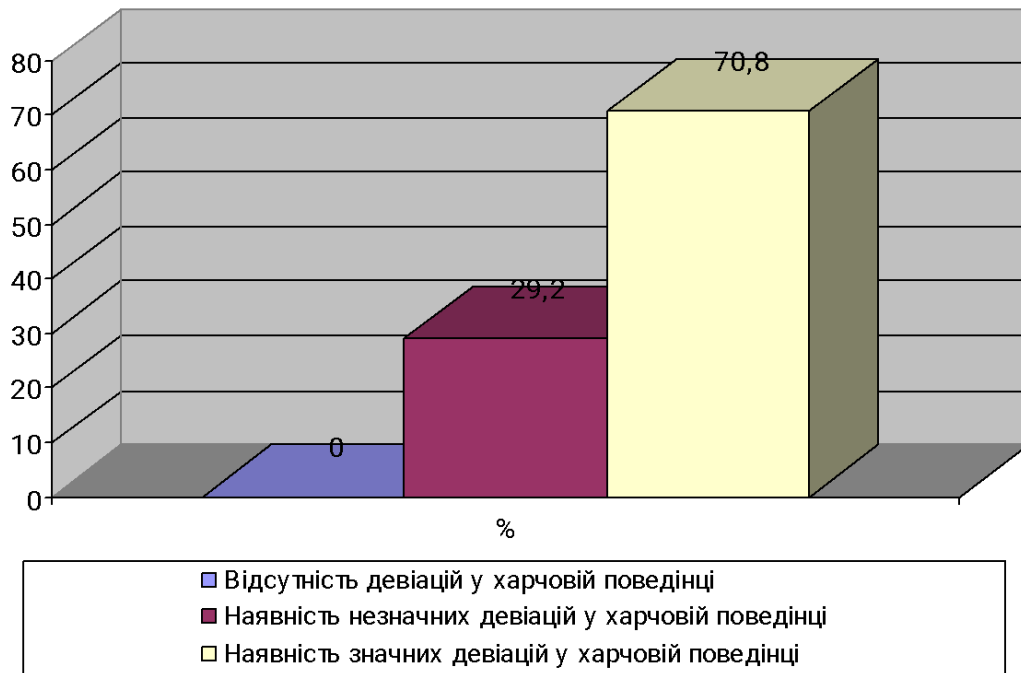


Рис. 2.3. Результати діагностування респондентів за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)», %.

45,8% опитаних відповіли, що постійно мають думки про їжу, й у третини з них бувають приступи безконтрольного поглинання їжі, під час яких неможливо зупинитися. А потім відчувають загострене відчуття провини після їжі.

66,7% респондентів стурбовані бажанням схуднути, їх переслідують думки про наявний у їх тілі жир та вони витрачають занадто багато часу на питання, пов'язані з їжею. 54,2% зауважили, що питання, пов'язані з їжею, контролюють їхнє життя.

Далі ми з'ясовували, як респонденти оцінюють стрес та його вплив на свою харчову поведінку, використавши для цього авторську анкету.

Так, перша частина анкети була спрямована на загальне розуміння стресу. Перше питання торкалося емоційної та поведінкової сфер і фізіологічних проявів стресу. Результати відбиті на рис. 2.4-2.6.

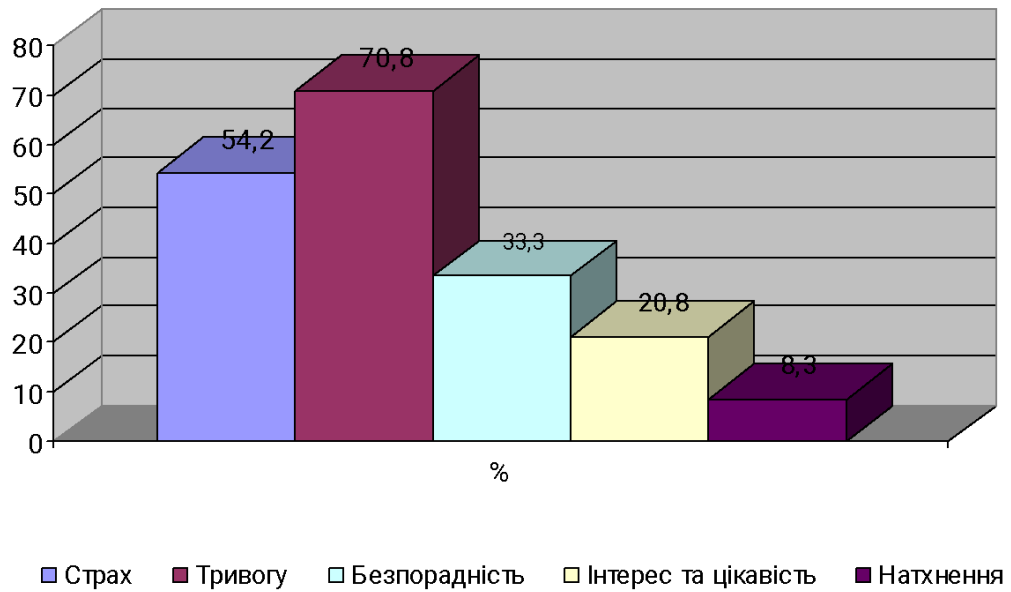


Рис. 2.4. Емоційні прояви стресу, %

За даними результатами ми бачимо, що найчастіший прояв емоцій при стресовій ситуації – це тривога і страх.

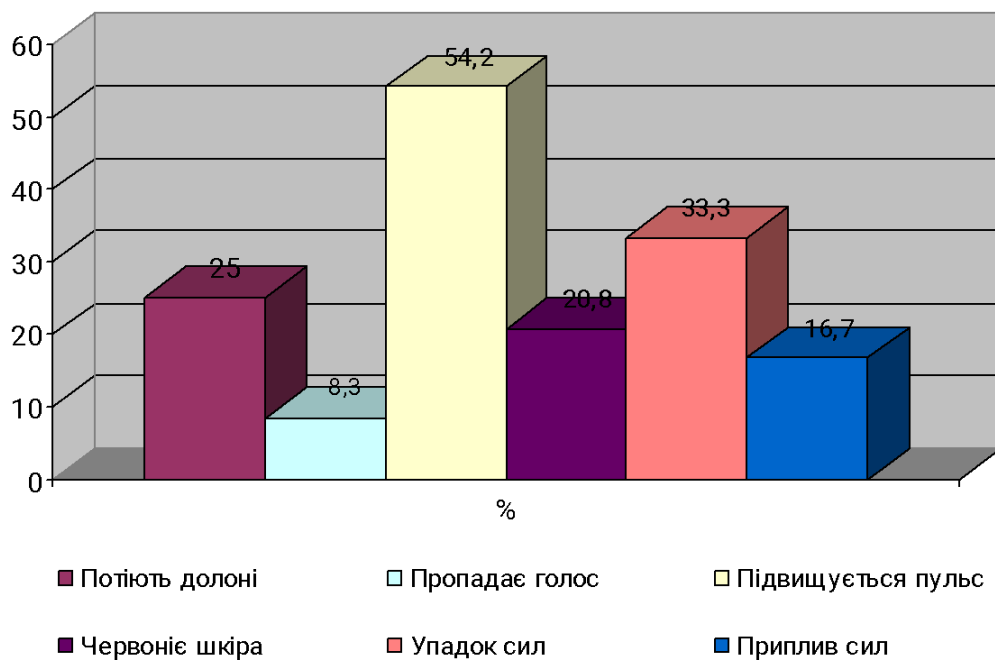


Рис. 2.5. Фізіологічні прояви стресу, %

Говорячи про фізіологічні прояви, найчастіше респонденти відзначали підвищення пульсу, а в поведінковій сфері приблизно рівне відсоткове співвідношення зайняли наступні варіанти: «я впадаю в ступор», «пропадає

бажання працювати», «я відчуваю себе розсіяно», «я швидше приймаю рішення».

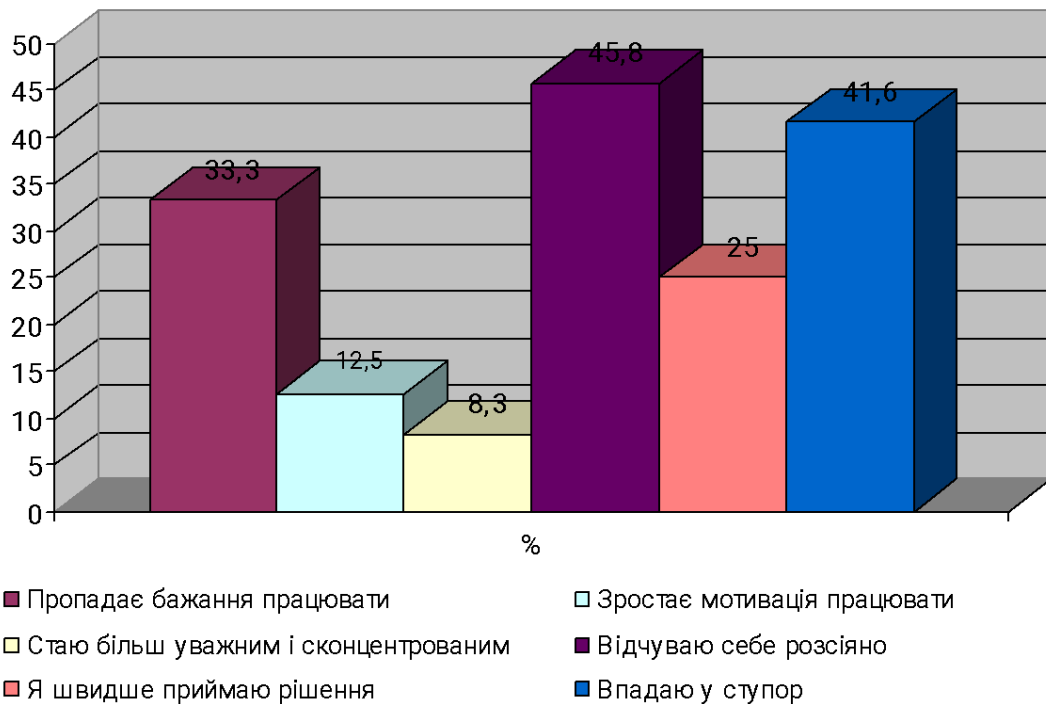


Рис. 2.6. Поведінкові прояви стресу, %

Аналізуючи отриманий результат, можна сказати, що практично усі респонденти на цьому етапі дослідження показали, що сприймають стрес у більш негативному ключі. Наприклад, такі шкали як «Інтерес та цікавість» (20,8%) і «Натхнення» (8,3%), «Відчуваю приплив сил» (16,7%), «Зростає мотивація працювати» (12,5%), «Стаю більш уважним і сконцентрованим» (8,3%) відзначалися ними в значній мірі менше.

Результати другого запитання відображені на рис. 2.7. У цьому випадку відповіді були розділені на 2 категорії: позитивне ставлення та негативне ставлення до стресу. Отримано наступні результати: найбільше значення має шкала «Стрес заважає моєму звичному життю» (45,8%), і ця шкала відноситься до негативного сприйняття. Інші шкали мають приблизно однакові результати: «Це негативно впливає на моє здоров'я» (37,5%), «Стрес відволікає мене від рішення проблеми» (33,3%), «Ситуація стресу розвиває в мені стійкість і наполегливість» (37,5%), менше відсотків набрали шкали

«Стрес – це можливість розвитку» (29,3%) та «Стрес допомагає подивитися на проблему з різних сторін» (25%).

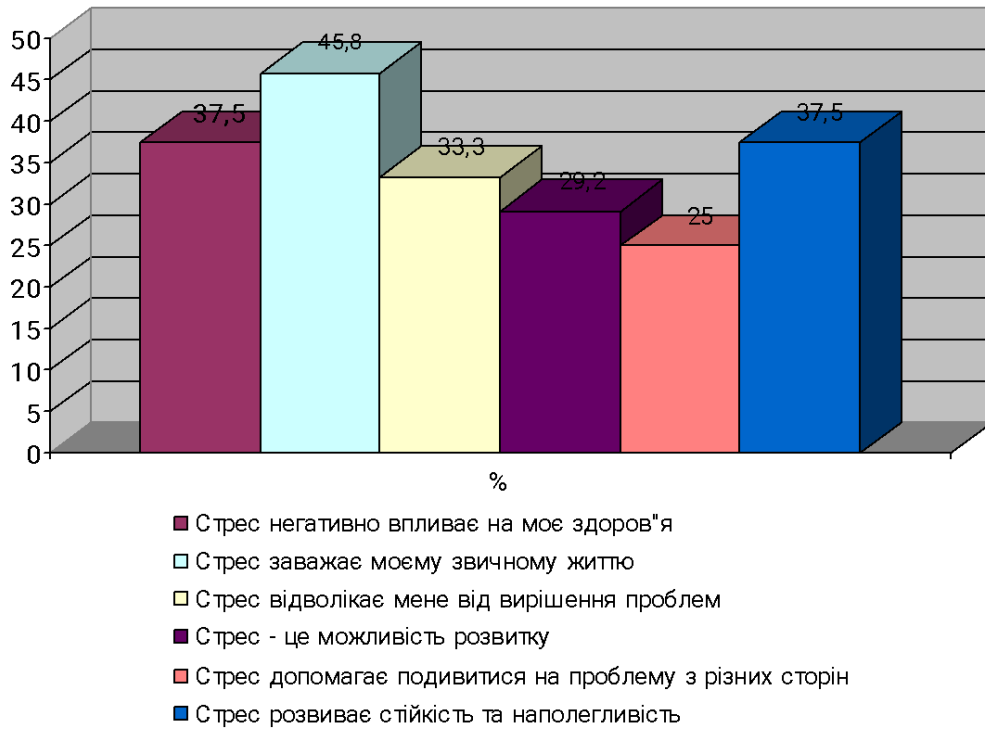


Рис. 2.7. Загальне ставлення респондентів до стресу, %

Третє запитання стосувалося наслідків стресу. Результати відбиті на рис. 2.8. Наслідки так само розділені на дві категорії: позитивні й негативні.

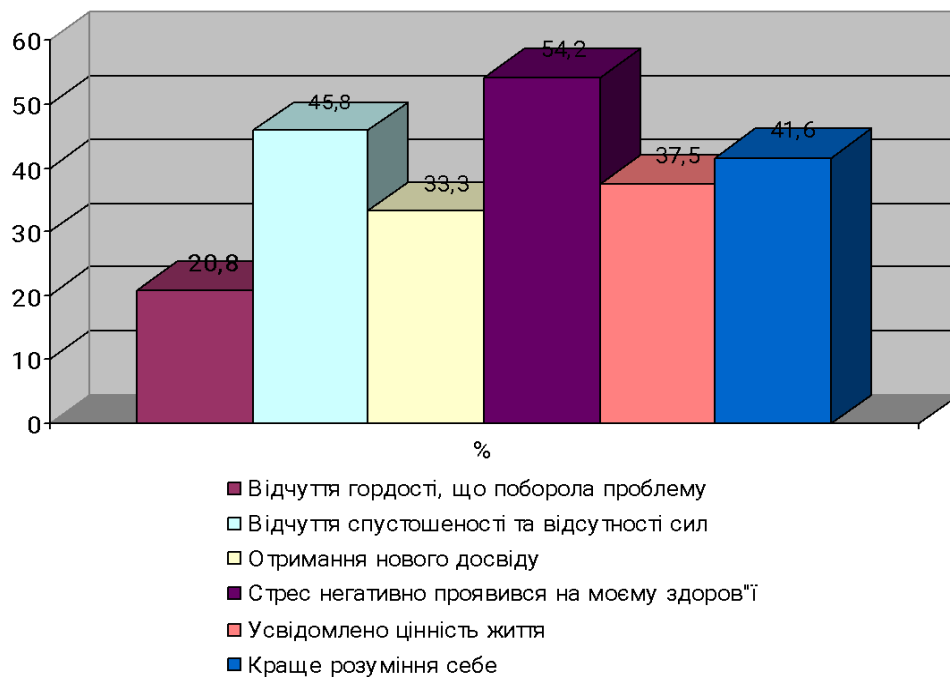


Рис. 2.8. Наслідки стресу, %

У цьому випадку можна побачити, що респонденти більший акцент зробили на негативних моментах стресу – це шкали «Відчуття спустошеності та відсутності сил» (45,8%), «Стрес негативно позначився на моєму здоров'ї» (54,2%). Однак вони намагаються побачити і позитивні сторони стресу, обираючи наступні варіанти відповіді: «Краще розуміння себе» (41,6%), «Усвідомлено цінність життя» (37,5%), «Отримання нового досвіду» (33,3%), «Відчуття гордості, що проблему побороно» (20,8%).

Щодо відкритих запитань, то питання «Згадайте найбільш яскраву стресову ситуацію, яка сталася з Вами за останній рік. Які відчуття Ви при цьому мали?» стосувалося емоцій і почуттів, які відчували респонденти при стресовому впливі. Відповіді ми піддали якісному аналізу і на його основі були виявлені категорії, які зустрічалися найбільше часто, а саме: «Тривога, хвилювання» (45,8%), «Страх» (37,5%), «Спустошеність, занепад сил» (29,2%), «Ступор» (25%), «Відчай, безпорадність» (25%), «Гнів, злість, ненависть» (20,8%), «Приплив сил, активність» (16,7%), і найменше – «Надія» (8,3%) та «Образа» (4,2%). Результати представлені на рис. 2.9.

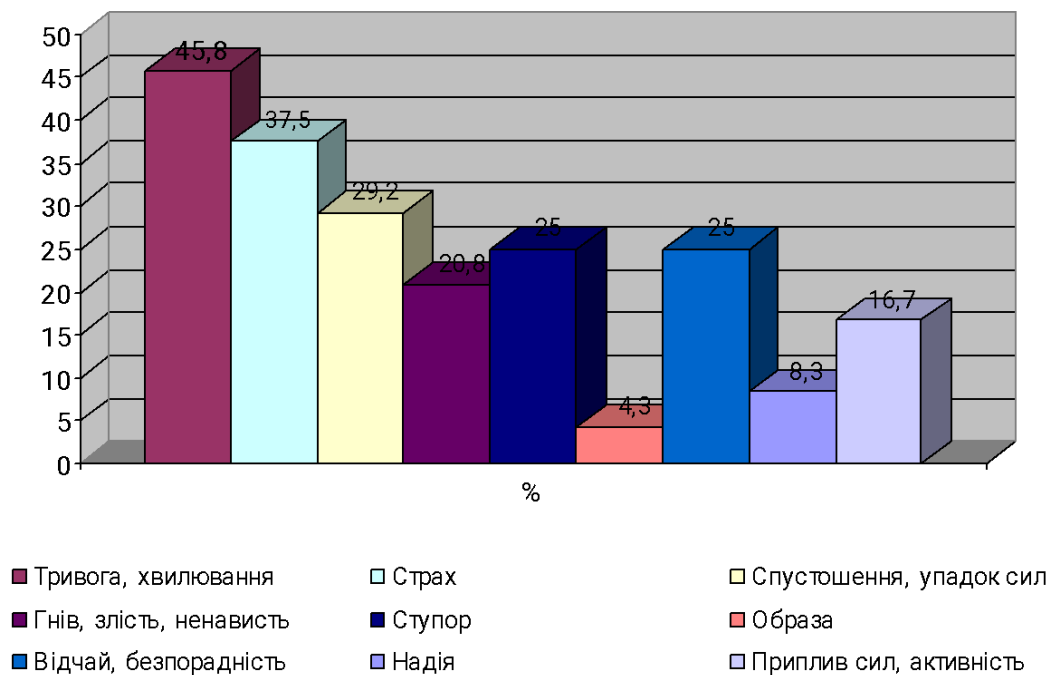


Рис. 2.9. Відчуття респондентів під час конкретної стресової ситуації, %

Виходячи з отриманих даних, можна зробити висновок, що при стресовій ситуації респонденти більшою мірою відчувають тривогу, хвилювання й страх. Це говорить про те, що стрес на емоційному рівні сприймається як щось негативне, те, що лякає, вселяє тривогу. Однак деякі з них виділяли такі почуття, як надія, приплив сил й активності, що говорить про те, що стресова ситуація може сприйматися й з більше позитивної сторони.

Так само респондентам були запропоновані два інших відкритих питання, а саме «Що Ви думали про себе у зв'язку із цією ситуацією?» та «Як ця стресова ситуація в підсумку вплинула на Вас?». Відповіді піддавалися якісному аналізу, на підставі якого була складена градація, за якою можна зробити висновок про позитивну, негативну або нейтральну оцінку. На рис. 2.10. можна побачити співвідношення відповідей на ці два поставлених питання.

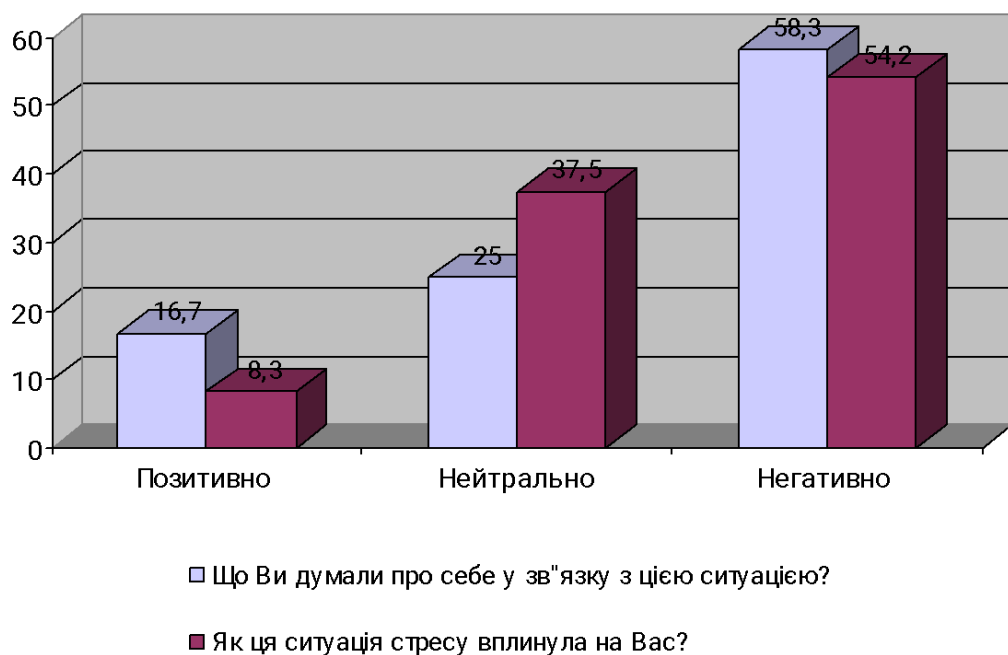


Рис. 2.10. Розподіл відповідей респондентів на запитання щодо впливу стресу на них, %

Більше половини респондентів оцінювали себе негативно, найбільш показовими є наступні відповіді на це питання: «Я жаліла себе», «Я слабка, я

не впораюсь», «Я безнадійна, дурна», «Я боягуз». При цьому 58,3% у підсумку оцінювали ситуацію як таку, що вплинула на них у негативному ключі. 16,7% сказали, що стресова ситуація принесла у їхнє життя позитивний досвід; наприклад: «Я набула нового досвіду», «Я стала більш упевнена в собі», «Я став більше цінувати життя, рідних». Нейтральна оцінка склала 25%.

За даним результатом можна зробити висновок, що респонденти з цієї вибірки більш схильні звинувачувати себе, бути незадоволеними собою й своєю поведінкою у стресовій ситуації, приписувати собі негативні якості. Але при є й такі, що відзначають позитивні зміни й наслідки стресу, які відбулися на їхньому житті.

Останнє відкрите питання – «Чи можете Ви відзначити які-небудь зміни харчової поведінки під час стресової ситуації? Якщо так, то які?». Результати можна побачити на рис. 2.11.

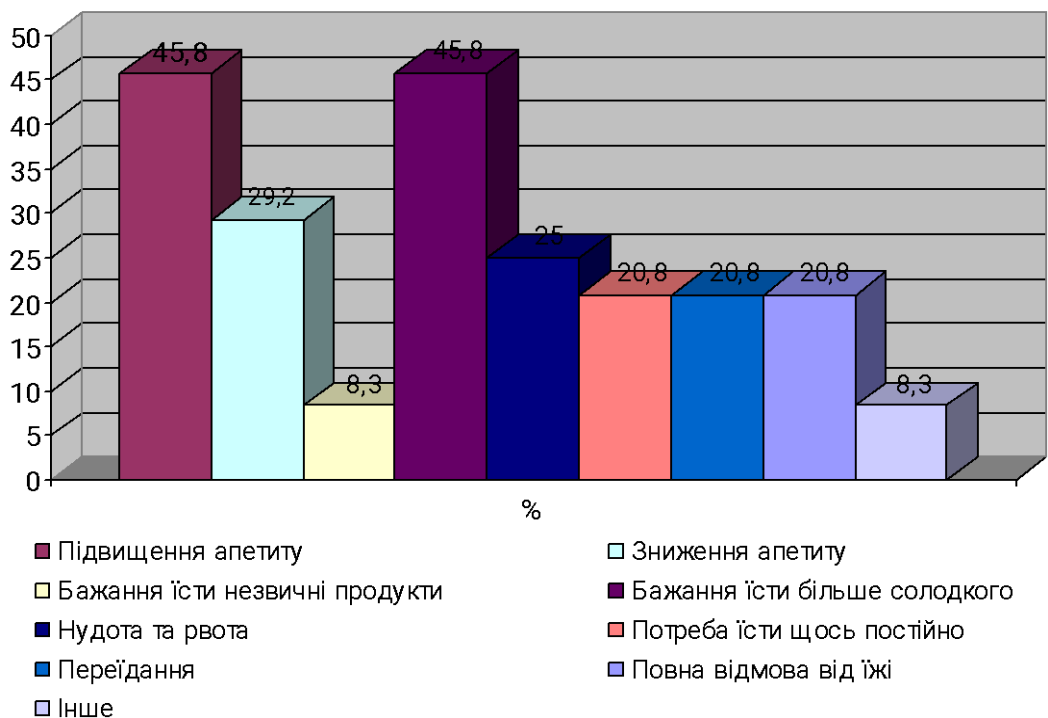


Рис. 2.11. Розподіл відповідей респондентів на запитання щодо впливу стресу на їх харчову поведінку, %

Усе респонденти відзначили в себе різні зміни в харчовій поведінці у

період стресової ситуації. За даними рис. 2.12 ми бачимо, що найбільша їх кількість (45,81%) мала бажання їсти солодке. Так само 45,8% відзначають підвищення апетиту, а його зниження помітили тільки 29,2% респондентів. 25% респондентів відзначили у себе нудоту або блювоту. Однакова кількість опитуваних (20,8%) відчуває потребу постійно щось їсти під час стресу, переїдає або повністю відмовляються від їжі. Тільки 8,3% зауважують у себе бажання їсти незвичні продукти.

Останній етап дослідження – це опитування за «Копінг-тестом Лазаруса». Дана методика призначена для визначення копінг-механізмів та копінг-стратегій подолання людиною своєї проблеми.

Середні значення й стандартні відхилення показників відбиті в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Середні значення показників розладів харчової поведінки за «Копінг-тестом Лазаруса»

Шкала	Рівень		
	Високий	Середній	Низький
Конфронтація	50	37,5	12,5
Дистанціювання	50	41,7	8,3
Самоконтроль	54,2	33,3	12,5
Пошук соціальної підтримки	33,3	45,8	20,9
Прийняття відповідальності	37,5	33,3	29,2
Втеча-уникнення	50	33,3	16,7
Планування рішення проблеми	33,3	45,8	20,9
Позитивна переоцінка	29,2	41,6	29,2

Отримані результати свідчать, що найбільш високий рівень напруженості спостерігається за шкалами «Самоконтроль» (54,2%), «Дистанціювання» (50%), «Втеча-уникнення» (50%) та «Конфронтація» (50%). Тобто, неконструктивні копінг-стратегії: «Конфронтація», «Дистанціювання», «Втеча-уникнення» мають сильно виражені рівні напруженості. Високі показники за копінгом «Втеча-уникнення» говорить

про те, що респонденти схильні заперечувати свої проблеми, фантазувати, ігнорувати проблеми тощо.

До конструктивних копінг-стратегій відносять «Планування рішення проблеми» (33,№%), «Пошук соціальної підтримки» (33,3%) і «Позитивну переоцінку» (29,3%). Перша стратегія припускає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду й наявних ресурсів. Даний спосіб рішення проблеми розглядається як адаптивний та такий, що сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

У другому випадку характерною є орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. У третьому випадку передбачаються спроби подолання негативних переживань у зв'язку із проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного росту. На жаль, ці шкали за високим показником набрали мало балів.

Відповідно до проаналізованих вище показників можемо зробити припущення про їх взаємозв'язок. На основі зведених даних дослідження за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона проведемо кореляційний аналіз.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем стресу та розладом харчової поведінки, приведені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Оцінка кореляційних зав'язків між рівнем стресу та розладом харчової поведінки

Рівень стресу	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Харчова поведінка		
	Емоціогенна	Обмежувальна	Екстернальна
Високий рівень	0,619**	0,178	-0,206
Середній рівень	0,117	0,017*	-0,158
Низький рівень	0,212	0,075	-0,241*

** - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Згідно проведеного кореляційного аналізу можна зробити наступний висновок: констатовано прямий зв'язок між високим рівнем стресу та емоційною харчовою поведінкою.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем стресу та ступенем виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки, приведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Оцінка кореляційних зв'язків між рівнем стресу та ступенем виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки

Рівень стресу	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Відсутність девіацій	Незначні девіації	Значні девіації
Високий рівень	0,056	0,327	0,614**
Середній рівень	0,221*	0,132	0,008
Низький рівень	-0,002	0,084	0,193*

** - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Згідно проведеного кореляційного аналізу можна зробити висновок, що існує прямий зв'язок між високим рівнем стресу та наявністю значних девіацій у харчовій поведінці.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між типом харчової поведінки та копінг-стратегією подолання людиною своєї проблеми, приведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Оцінка кореляційних зав'язків між типом харчової поведінки та копінг-стратегією подолання людиною своєї проблеми

Копінг-стратегія	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Харчова поведінка		
	Емоціогенна	Обмежувальна	Екстернальна
Конфронтація	0,216	0,078	-0,256**
Дистанціювання	0,041	-0,241	0,028
Самоконтроль	0,135	-0,253	0,017

Пошук соціальної підтримки	-0,062	0,140	0,184
Прийняття відповідальності	0,284	0,144	-0,078*
Втеча-уникнення	0,624**	0,229	0,107
Планування рішення проблеми	0,272	0,035	-0,248
Позитивна переоцінка	0,053	-0,137	-0,602**

Згідно проведеного кореляційного аналізу можна зробити наступний висновок: чим сильніше у респондента виражений емоціогенний тип харчової поведінки, тим частіше він користується стратегією «Втеча-уникнення». При цьому екстернальна шкала має негативну кореляцію зі стратегією «Позитивна переоцінка», і це говорить про те, що респонденти, які схильні переїдати за сильного емоційного напруження, у меншій мірі використовують позитивне переосмислення проблемної ситуації.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження впливу стресу на появу харчових розладів особистості виявило, що усі респонденти, які прийняли участь у дослідженні, не мають хронічних захворювань, однак у них діагностовано різного роду розлади харчової поведінки. У них переважає емоціогенний тип харчової поведінки й відсутня ймовірність наявності серйозного порушення (анорексії, булімії).

При стресовій ситуації респонденти більшою мірою відчувають тривогу, хвилювання й страх, вони схильні до негативного сприйняття стресу, найбільше часто вони відзначають те, що стресова ситуація заважає їх звичному життю. Це говорить про те, що стрес на емоційному рівні сприймається як щось негативне, те, що лякає, вселяє тривогу.

Респонденти схильні звинувачувати себе, бути незадоволеними собою та своєю поведінкою у стресовій ситуації, приписувати собі негативні якості. Але при цьому деякі з них відзначають позитивні зміни й наслідки стресу, які відбилися на їхньому житті.

Усі респонденти відзначили в себе якість зміни в харчовій поведінці у період стресової ситуації. Найбільша кількість спостерігає в себе бажання частіше їсти та й підвищення апетиту під час стресу.

Чим сильніше у респондента виражений емоціогенний тип харчової поведінки, тим частіше він користується стратегією «Втеча-уникнення» і частіше переїдає. Респонденти, які схильні переїдати при емоційній напрузі, у меншій мірі використовують позитивне переосмислення проблемної ситуації.

Респонденти, які мають надлишкові харчові самообмеження, мають більшу схильність до порушень харчової поведінки й частіше відчують себе спустошеними після стресової ситуації.

Отже, у стані стресової ситуації респонденти сприймають її негативно, схильні бути незадоволеними собою та мають більш високу схильність до порушень харчової поведінки.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИХОДІ ОСОБИСТОСТІ ЗІ СТАНУ СТРЕСУ ЯК ОСНОВНОЇ УМОВИ НАЛАГОДЖЕННЯ ЇЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки (формувальний етап)

Для учасників нашого дослідження, які мають порушення харчової поведінки внаслідок стресу ми пропонуємо «Програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

Мета програми полягає у освоєнні практичних прийомів, що дозволяють оптимізувати психологічний стан людини, яка має розлади харчової поведінки, а саме – знизити рівень тривожності, фрустрації, емоційності; підвищити рівень активності, настрою; підняти стресостійкість, впевненість у власних силах, а як результат – скоригувати вагу та змінити свою харчову поведінку.

Завдання програми:

- структурувати і розширити знання учасників у сфері самодіагностики;
- сформувати й оптимізувати ключові навички, що допоможуть особам із розладами харчової поведінки побороти свої негативні психічні стани, а також дозволять підвищити стресостійкість, власні сили та можливості;
- навчити навичкам саморегуляції й самоконтролю;
- здійснити корекцію задоволеності рівнем свого життя.

В основу програми покладені наступні психологічні принципи:

- а) проблемність запропонованих завдань – вправи занять орієнтовані на актуалізацію знань з проблеми стресу та його впливу на харчову поведінку;
- б) особистісна орієнтованість – спрямованість на інтереси суб'єктів спілкування, на підвищення їх успішності у взаємодії;

- в) культурно-етична спрямованість – концептуалізація морально-етичних цінностей;
- г) рефлексія й осмислення завдань – аналіз суб'єктами своєї практичної діяльності у світлі культурно-етичних правил і норм поведінки;
- д) системність – формування й включення нових умінь і навичок у практичну діяльність;
- е) діяльнісний принцип – організація активної діяльності на заняттях, у ході яких складаються умови для формування пізнавальної мотивації, уміння використовувати отримані знання для корекції своєї харчової поведінки;
- ж) комплексність – включення елементів програми в практичну діяльність.

Програма включає кілька етапів:

Етап 1 – підготовчий. Проводиться тренером на первинній консультації з кожним учасником, що має розлади харчової поведінки, коли він зіштовхується зі ставленням, де до нього проявляють уважність, але його не жаліють і не опікають.

Спочатку кожному учаснику пропонується написати письмову роботу – свою автобіографію, у якій слід визначити кожен емоційно значимий момент в його житті, які він пам'ятає, та описати своє ставлення до цього моменту.

Завдання цього етапу полягають у:

- налагодженні емпатійних відносин з учасниками;
- активізації на привнесення внеску в майбутнє співробітництво;
- актуалізації частини своїх проблем самостійно;
- наданні деякої емоційної розрядки;
- підготовці до обговорення «хворих» проблем.

Етап 2 – основний (терапія поведінки). Завдання цього етапу:

- введення в групу;
- встановлення контакту (оптимальної дистанції) із групою;
- діагностика установок та мотивів учасників із розладами харчової

поведінки;

- розширення інформації про власну особистість;
- переоцінка власної особистості: оцінка того, що учасник відчуває й думає про себе, як оцінює власну поведінку;
- переоцінка оточення: оцінка того, як його поведінка впливає на оточення;
- внутрішньогрупова підтримка: відкритість, довіра й співчуття групи під час обговорення проблем, пов'язаних зі стресом та потребою у його подоланні;
- пошук альтернативи: обговорення можливих змін поведінки, ставлення до себе та оточуючих, свого життя, навчання та дозвілля, родини тощо;
- контроль за стимулами: навчання уникненню стимулів, що провокують негативні емоційні стани, і протистояння їм;
- підкріплення: навчання самозаохоченню за змінену поведінку;

Етап 3 – заключний. Завдання цього етапу:

- соціалізація: демонстрація розширення можливостей у соціальному житті у зв'язку з ефективною роботою з подолання наслідків стресу;
- осмислення учасниками змін, що відбулися в ході занять: закріплення сильних сторін особистості; формування адекватної самооцінки; зміцнення стійкого «Я».

Найбільший ефект досягається при добровільній участі учасників із розладами харчової поведінки у цій програмі.

Форма роботи – групова.

Структура тренінгу:

- 10 занять тривалістю дві академічні години (1,5 години), частота їх проведення не частіше двох разів на тиждень;
- практичні вправи, спрямовані на відпрацьовування учасниками тренінгу навичок самостійного подолання стресового тану.

Методи проведення:

- міні-лекції;
- індивідуальні й групові вправи;
- рольові ігри;
- групові дискусії.

Критерії ефективності тренінгу:

- корекція власного психічного стану з негативного на позитивний;
- підвищення стресостійкості;
- переборення емоційного дискомфорту та входження у стан психологічного благополуччя;
- вміння управляти власним фізіологічним й емоційним станом у різних життєвих ситуаціях.

Таблиця 3.1

План-конспект «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки»

Зміст занять	Тривалість, хв.
<i>1-й етап. Підготовчий</i>	
Знайомство тренера з кожним учасником програми. Підготовка до роботи в групі. Проводиться індивідуально. Первинна консультація тренера з усіма учасниками програми індивідуально. Встановлення емоційного контакту з тренером групи. Написання автобіографії.	-
<i>2-й етап. Основний</i>	
Заняття 1	
Вітальне слово тренера	5 хв.
Ознайомлення із правилами роботи в групі. Правила групи: - Приходити на заняття групи потрібно вчасно. - Кожен учасник групи має право виступити. - У групі всі зобов'язані ставитися один до одного з повагою: намагатися не давати оцінок, бути щирими у своїх почуттях. - Під час занять не допускаються глузування один над одним. Кожен захищений від фізичного насильства. - У кожного є право сказати «ні» або «пропускаю». - Кожен має право покинути групу, але «зворотної дороги» немає.	5 хв.
Вправа-гра «Хто я?»	20 хв.
Визначення цілей та мотивів, з якими учасники прийшли у програму. Їх	10 хв.

Зміст занять	Тривалість, хв.
очікування від участі у програмі.	
Інформаційний міні-семінар на тему «Що ми знаємо про розлади харчової поведінки?». Обговорення почутого.	15 хв.
Релакс-хвилинка: розслаблення під музику	5 хв.
Зміст занять	Тривалість, хв.
Мозковий штурм «Як стрес змінив моє життя і моє харчування?»	20 хв.
Притча «Урок метелика», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 2	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Подача із чужих слів»	20 хв.
Розповіді запрошених на заняття гостей, які змогли побороти розлади харчової поведінки та знайти нові можливості для власної самореалізації	20 хв.
Релакс-хвилинка: малювання довільних малюнків	5 хв.
Вправа «Раніше Я...Насправді Я...Незабаром Я...». Колективне обговорення	20 хв.
Притча «Лжесуфій», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 3	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Казка про страх»	20 хв.
Мозковий штурм: «Які нові можливості не дає мені реалізувати стан стресу...Чому я втрачаю ці можливості?»	20 хв.
Релакс-хвилинка: ліплення з пластиліну	5 хв.
Вправа «Три роки до смерті». Колективне обговорення	20 хв.
Притча «Змія», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 4	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Розуміння еволюції переконань»	20 хв.
Релакс-хвилинка: розслаблення під музику	5 хв.
Вправа «Зменшення стресогенного сприйняття»	20 хв.

Зміст занять	Тривалість, хв.
Розповіді запрошених на заняття гостей, які змогли побороти стресовий стан та скоригувати свою вагу, а також знайти нові можливості для власної самореалізації	20 хв.
Притча «Зірка», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 5	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Гра «Конкурс хвальків»	20 хв.
Вправа «Скульптор»	20 хв.
Релакс-хвилинка: ліплення з пластиліну	5 хв.
Вправа «Загальна розповідь». Колективне обговорення	20 хв.
Притча «Твій вибір», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 6	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Особиста річ»	20 хв.
Ситуативна гра	20 хв.
Релакс-хвилинка: малювання довільних малюнків	5 хв.
Розповіді запрошених на заняття гостей, які змогли побороти стресовий стан та скоригувати свою вагу, а також знайти нові можливості для власної самореалізації	20 хв.
Притча «Крила», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 7	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Емоції та ситуації»	20 хв.
Мозковий штурм: «Яким (якою) мене бачить моя сім'я?»	20 хв.
Релакс-хвилинка: малювання власного майбутнього	5 хв.
Вправа «Політ у майбутнє». Обговорення	20 хв.
Притча «Про кохання», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Заняття 8	

Зміст занять	Тривалість, хв.
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Лекція: тренер приводить приклади негативних психічних станів, що провокують розлади харчування, і роз'яснює, як учасники заняття можуть знімати такий стан не лише у себе, а й у інших людей.	20 хв.
Навчання аутогенним технікам розслаблення	20 хв.
Релакс-хвилинка: малювання свого психологічного стану	5 хв.
Вправа «Сила волі». Колективне обговорення	20 хв.
Притча «Дай мені силу», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
Зміст занять	
Заняття 9	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Вправа «Політ на Марс». Обговорення.	20 хв.
Дискусія-обговорення деструктивних видів поведінки (депресія, агресивність тощо) як результат стресу, та які можуть викликати розлади харчової поведінки	20 хв.
Релакс-хвилинка: ліплення з пластиліну	5 хв.
Вправа «Переваження ярликів»	20 хв.
Притча «Дай мені руку», обговорення притчі.	10 хв.
Підбиття підсумків заняття. Прощання.	5 хв.
<i>3-й етап. Заключний</i>	
Заняття 10	
Вступне слово тренера. Вітання.	5 хв.
Повторення правил групи	5 хв.
Група розсідається по колу, і кожний відповідає на запитання: «Що я довідався за час цих занять зі значимого для мене?».	20 хв.
Вправа «Погляд у майбутнє»	20 хв.
Релакс-хвилинка: перегляд веселих відео	5 хв.
Написання записок з побажаннями різним членам групи, групі у цілому, їх обговорення.	20 хв.
Підбиття підсумків заняття.	5 хв.
Підбиття підсумків програми. Прощання.	

Практичний результат. Після закінчення програми учасники із розладами харчової поведінки зможуть:

- здійснити корекцію власного психічного стану, перестати бачити лише негатив у житті та змінити свій погляд на життя на позитивний;
- підвищити власну стресостійкість;
- перебороти емоційний дискомфорт та підвищити рівень психологічного благополуччя;
- опанувати вміння управляти власним фізіологічним й емоційним станом у різних життєвих ситуаціях.
- змінити свою харчову поведінку.

3.2. Оцінка ефективності програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки (контрольний етап)

Заняття з учасниками розпочалися у вересні 2024 року і завершилися у листопаді 2024 року. По завершенні «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки» нами було проведено повторне опитування учасників емпіричного дослідження за тими ж методиками, що ми використовували на констатувальному етапі, крім авторської анкети оцінки свого стресу респондентами. У повторному діагностуванні взяли участь також 24 особи. Повторне опитування було проведене у грудні 2024 року.

Спершу ми здійснили повторне опитування за «Шкалою психологічного стресу PSM25». Його результати наведено на рис. 3.1.

Так, респонденти розділилися наступним чином: у 15 осіб (50%) було констатовано низький рівень стресу; середній рівень стресу було виявлено у 11 осіб (46,7%); високий рівень стресу констатовано у однієї особи – 4,2%.

Порівняльні результати діагностування респондентів за «Шкалою психологічного стресу PSM25» на констатувальному (КсЕ) та контрольному (КЕ) етапах дослідження наведено на рис. 3.2.

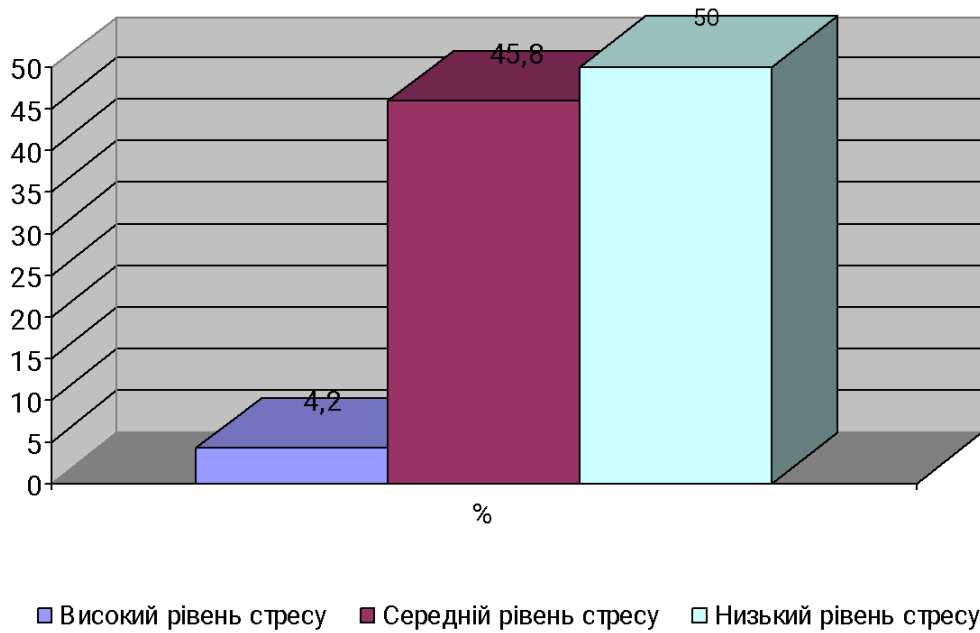


Рис. 3.1. Результати повторного діагностування респондентів за «Шкалою психологічного стресу PSM25», %

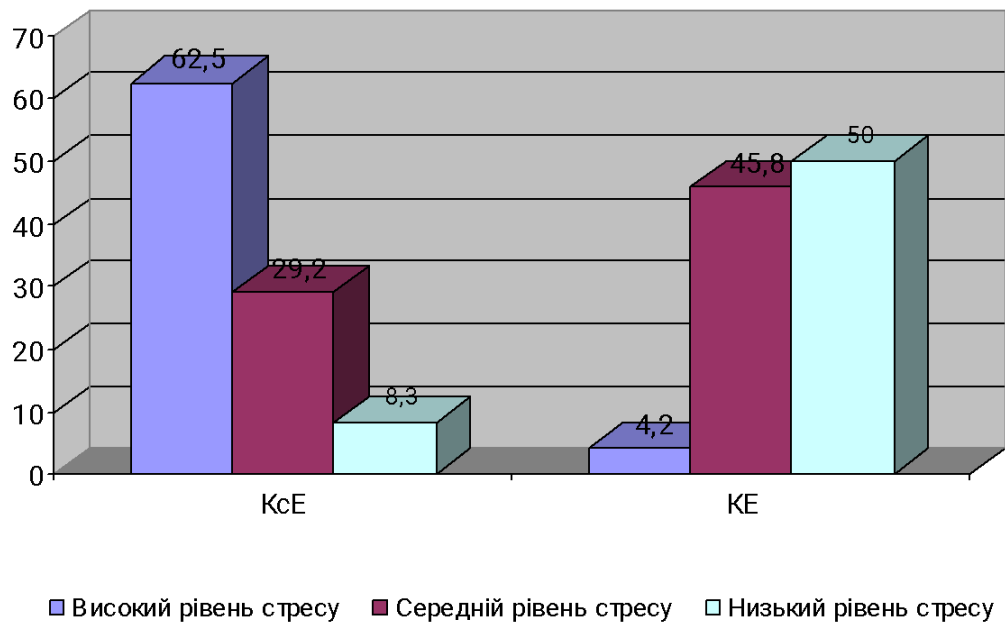


Рис. 3.2. Результати повторного діагностування респондентів за «Шкалою психологічного стресу PSM25» на констатувальному та контрольному етапах, %.

Аналізуючи результати за цим рисунком відзначимо, що на 58,2% зменшилася кількість респондентів із високим рівнем стресу. Своєю чергою, зросла кількість осіб із середній рівнем стресу – 16,6%. Достатньо хорошим є показник респондентів, що мають низький рівень стресу, його зростання відбулося на 41,7%. Зважаючи на отримані результати, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

Далі для опитування ви використали «Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)». Результати повторного діагностування респондентів наведено на рис. 3.3.

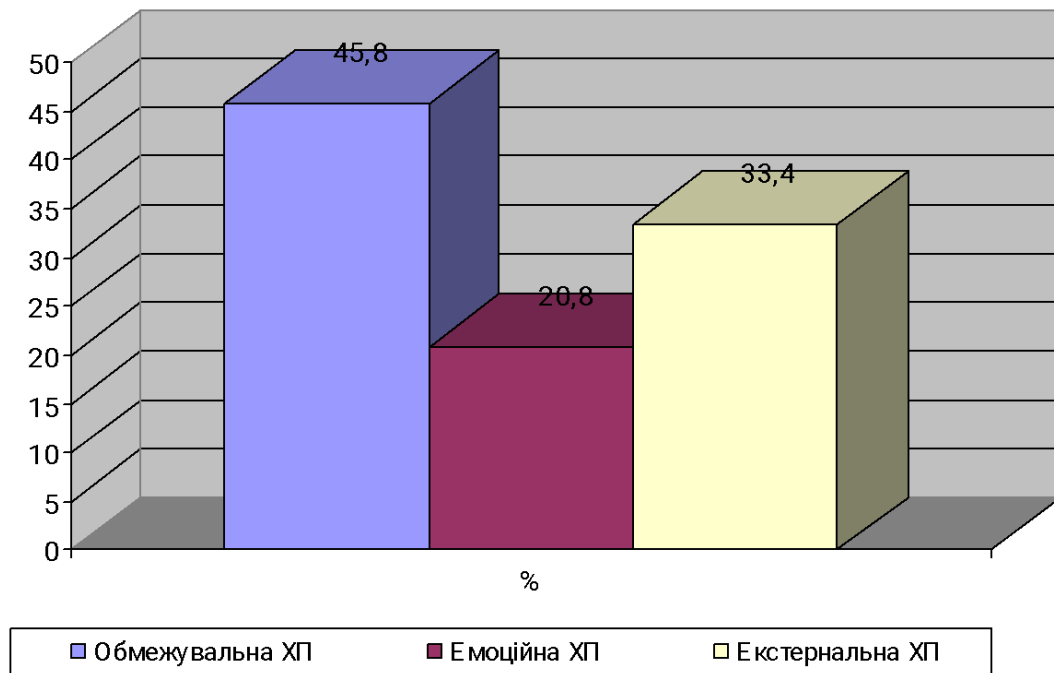


Рис. 3.3. Результати повторного діагностування респондентів за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)»,%.

Таким чином, з опитаних 24 осіб виявлено переважання обмежувальної харчової поведінки – у 11 осіб (45,8%); емоціогенну харчову поведінку було виявлено у 5 осіб (20,8%); екстернальну харчову поведінку було виявлено у 8 осіб (33,4%).

Порівняльні результати діагностування респондентів за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)» на констатувальному (КсЕ) та контрольному (КЕ) етапах дослідження наведено на рис. 3.4.

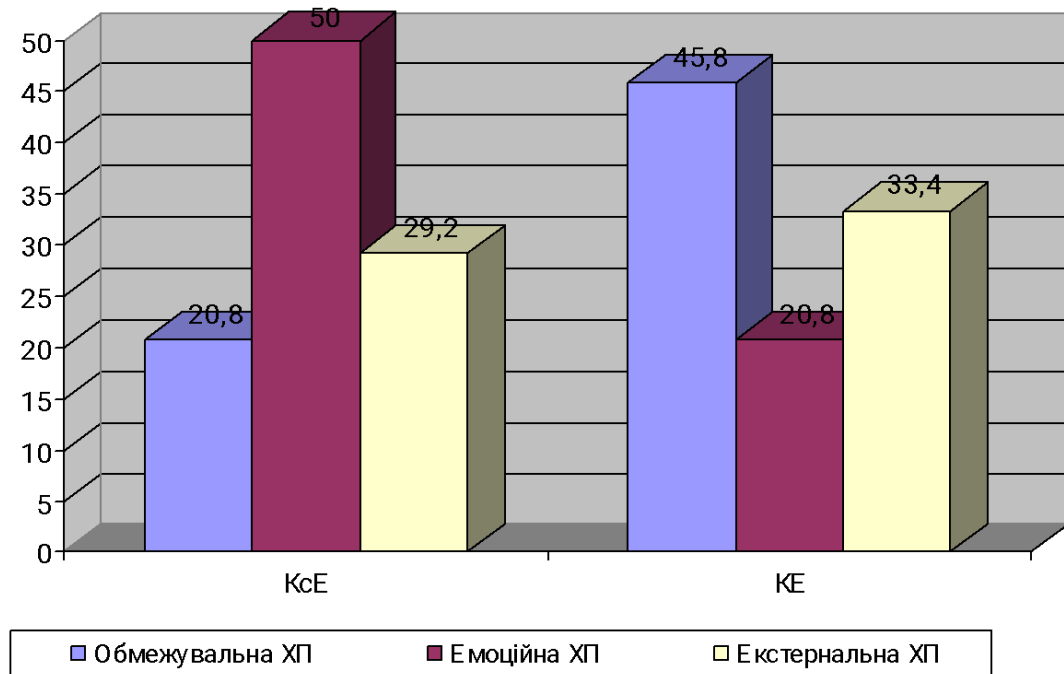


Рис. 3.4. Результати повторного діагностування респондентів за допомогою «Опитувальника харчової поведінки (DEBQ)» на констатувальному та контрольному етапах, %.

Так, з рис. 3.4. стає зрозуміло, що у респондентів відбулося зрушення з емоціогенного типу харчової поведінки у бік обмежувального типу (зменшення першого на 29,2% та зростання другого на 25%). Екстернальний тип залишився практично у тих самих значеннях.

Середні значення й стандартні відхилення показників розладу харчової поведінки за методикою DEBQ на констатувальному (КсЕ) та контрольному (КЕ) етапах дослідження представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Середні значення показників розладів харчової поведінки за методикою «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ) на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Шкала	Констатувальний етап			Контрольний етап	
	Середнє значення	Відхилення		Середнє значення	Відхилення
Обмежувальна харчова поведінка	2,4	+0,4		2,4	+0,1
Емоціогенна харчова поведінка	1,8	+0,6		1,8	+0,4
Екстернальна харчова поведінка	2,7	+0,6		2,7	+0,1

Аналізуючи отримані результати, можна сказати, що значення за шкалами «Обмежувальна харчова поведінка» та «Екстернальна харчова поведінка» практично в нормі – 2,5 та 2,8. Показники за «обмежувальним» типом виявили, що респонденти вже не страждають надлишковими харчовими самообмеженнями й не дотримуються суворих дієт. Показники за «екстернальним» типом говорять нам, що респонденти більше звертають увагу на внутрішні стимули до прийомів їжі, а не на зовнішні стимули. Залишилися відхилення у респондентів іще за шкалою «Емоціогенна харчова поведінка» (2,2 при нормі 1,8), тобто, у них при стресі все ще збільшується апетит, а їжа приносить заспокоєння; однак контроль споживання їжі за стану стресу вони вже почали здійснювати. Зважаючи на отримані результати, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

Потім ми здійснили опитування за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)», що повторно оцінити ступінь виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення до схуднення, побоювання набори ваги та наявність обмежувальних тенденцій у стилі харчування.

Результати діагностування на контрольному етапі наведено на рис. 3.5.

Так, опитані респонденти у своїй більшості не мали вже девіацій у харчовій поведінці (58,3%) та все ще мають незначні девіації у харчовій поведінці (27,4%). Лише одна особа (або 4,3%) має все ще значні девіації у харчовій поведінці.

Респонденти відзначили, що їх уже не так сильно лякає думка, що вони іще більше наберуть вагу, вони вже не утримуються від прийомів їжу, а споживають її раціонально. Однак все ж утримуються від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля) та цукор. Зменшився відсоток респондентів, які рахують калорії під час їжі та під час спорту – 33,3%.

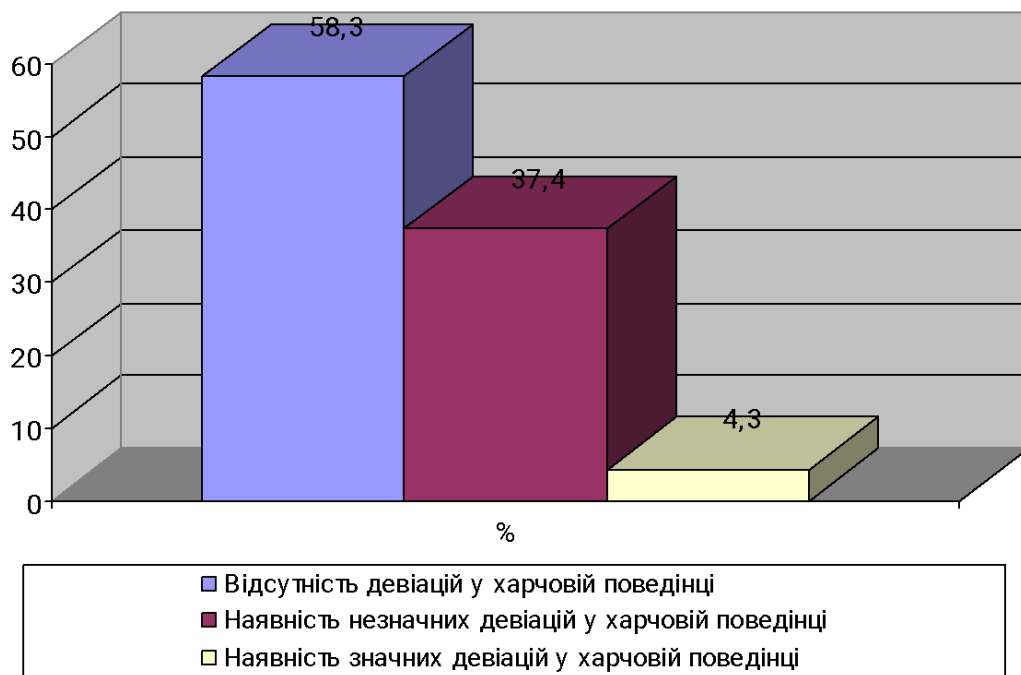


Рис. 3.5. Результати діагностування респондентів за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)» на контрольному етапі %.

У 12,5% респондентів все ще є постійні думки про їжу, однак припинилися приступи неконтрольного поглинання їжі. Зменшився відсоток респондентів, які зауважили, що питання, пов'язані з їжею, контролюють їхнє життя, – до 16,7%.

Порівняльні результати діагностування респондентів за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)» на констатувальному (КсЕ) та контрольному (КЕ) етапах дослідження наведено на рис. 3.6.

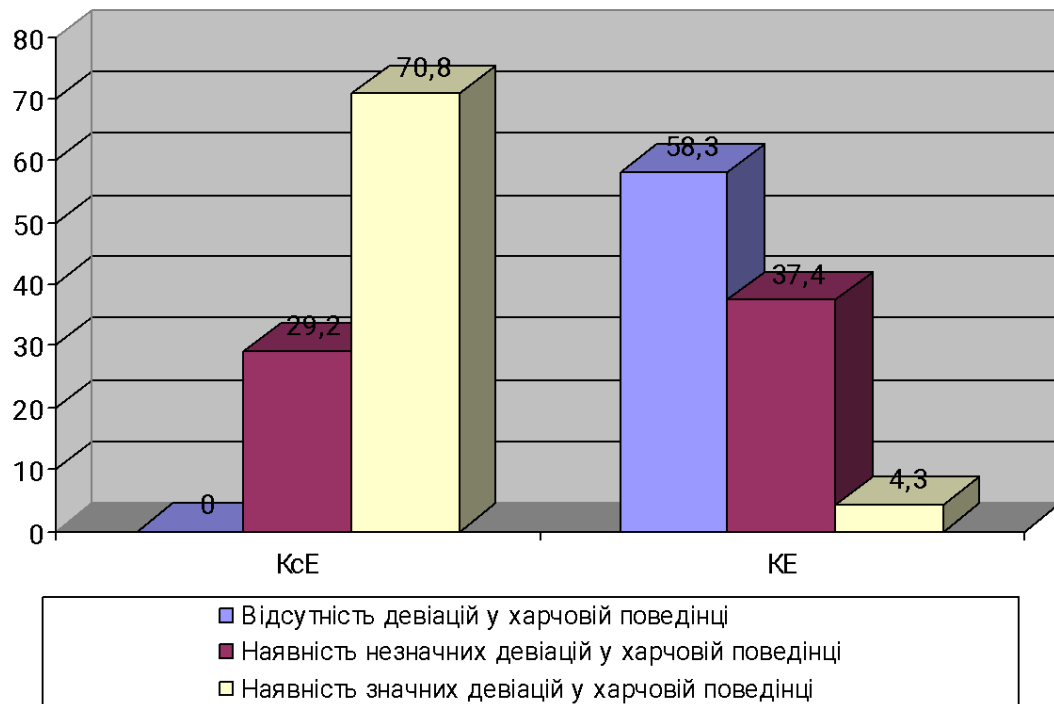


Рис. 3.6. Результати повторного діагностування респондентів за «Тестом ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)» на констатувальному та контрольному етапах, %.

Аналізуючи результати за рис. 3.6 відзначимо, що на 58,3% зросла кількість респондентів з відсутністю девіацій у харчовій поведінці. Своєю чергою, зменшилася кількість осіб з наявністю значних девіацій у харчовій поведінці на 66,5%. Дещо зріс відсоток респондентів, що мають незначні девіації у харчовій поведінці – на 8,2%. Зважаючи на отримані результати, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

Останній етап дослідження – це повторне опитування за «Копінг-тестом Лазаруса». Дана методика призначена для визначення копінг-механізмів та копінг-стратегій подолання людиною своєї проблеми.

Середні значення й стандартні відхилення показників на контрольному

етапі відбиті в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Середні значення показників розладів харчової поведінки за «Копінг-тестом Лазаруса» на контрольному етапі

Шкала	Рівень		
	Високий	Середній	Низький
Конфронтація	8,3	54,2	37,5
Дистанціювання	20,8	45,8	33,3
Самоконтроль	29,2	50,0	20,8
Пошук соціальної підтримки	37,5	37,5	25,0
Прийняття відповідальності	41,6	37,5	20,9
Втеча-уникнення	29,2	37,5	33,3
Планування рішення проблеми	41,6	29,2	29,2
Позитивна переоцінка	37,5	45,8	16,7

Отримані результати свідчать, що серед респондентів переважають такі стратегії як «Планування рішення проблеми» (41,6%), «Прийняття відповідальності» (41,6%), «Пошук соціальної підтримки» (37,5%) та «Позитивна переоцінка» (37,5%). Тобто, респонденти усвідомлюють проблему, приймають відповідальність за свій стан і за свої дії по вирішенню проблеми на себе, здійснюють спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду й наявних ресурсів. Через пошук соціальної підтримки вони орієнтуються на взаємодію з іншими людьми, радяться з ними, просять поради. Також негативні переживання у зв'язку із проблемою вони долають за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного росту.

Порівняльні результати діагностування респондентів за «Копінг-тестом Лазаруса» на констатувальному (КсЕ) та контрольному (КЕ) етапах дослідження наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Порівняльні результати діагностування респондентів за «Копінг-тестом Лазаруса» на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Шкала	Рівень						
	Констатувальний етап				Контрольний етап		
	Високий	Середній	Низький		Високий	Середній	Низький
Конфронтація	50	37,5	12,5		8,3	54,2	37,5
Дистанціювання	50	41,7	8,3		20,8	45,8	33,3
Самоконтроль	54,2	33,3	12,5		29,2	50,0	20,8
Пошук соціальної підтримки	33,3	45,8	20,9		37,5	37,5	25,0
Прийняття відповідальності	37,5	33,3	29,2		41,6	37,5	20,9
Втеча-уникнення	50	33,3	16,7		29,2	37,5	33,3
Планування рішення проблеми	33,3	45,8	20,9		41,6	29,2	29,2
Позитивна переоцінка	29,2	41,6	29,2		37,5	45,8	16,7

Так, з цієї таблиці видно, що на констатувальному етапі дослідження найбільш високий рівень напруженості спостерігається за шкалами «Самоконтроль» (54,2%), «Дистанціювання» (50%), «Втеча-уникнення» (50%) та «Конфронтація» (50%). Тобто, неконструктивні копінг-стратегії мали сильно виражені рівні напруженості. На контрольному етапі дослідження ми виявили, що у серед респондентів переважають конструктивні стратегії – як «Планування рішення проблеми» (41,6%), «Прийняття відповідальності» (41,6%), «Пошук соціальної підтримки» (37,5%) та «Позитивна переоцінка» (37,5%).

Отже, респонденти вже чітко усвідомлюють, що саме стрес є причиною їх харчових розладів, і вже приймають відповідальність на себе за свій стан і за свої дії по вирішенню цієї проблеми. Зважаючи на отримані результати, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по

виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

Проведемо повторно за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона проведемо кореляційний аналіз.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем стресу та розладом харчової поведінки, приведені в таблиці 3.5.

Згідно поведеного кореляційного аналізу можна зробити наступний висновок: констатовано прямий зв'язок між середнім рівнем стресу та обмежувальним типом харчової поведінки.

Таблиця 3.5

Оцінка кореляційних зав'язків між рівнем стресу та розладом харчової поведінки

Рівень стресу	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Харчова поведінка		
	Емоційна	Обмежувальна	Екстернальна
Високий рівень	0,202*	0,141	0,028
Середній рівень	0	0,631**	0,344*
Низький рівень	0,276	0,127	-0,017*

** - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем стресу та ступенем виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки, приведені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Оцінка кореляційних зв'язків між рівнем стресу та ступенем виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки

Рівень стресу	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Відсутність девіацій	Незначні девіації	Значні девіації
Високий рівень	0,345	0,216	0,104
Середній рівень	0,262	0,198	0,057
Низький рівень	0	0,638**	0,381*

** - тиснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

* - тиснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Згідно поведеного кореляційного аналізу можна зробити висновок, що існує прямий зв'язок між низьким рівнем стресу та наявністю незначних девіацій у харчовій поведінці.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між типом харчової поведінки та копінг-стратегією подолання людиною своєї проблеми, приведені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Оцінка кореляційних зав'язків між типом харчової поведінки та копінг-стратегією подолання людиною своєї проблеми

Копінг-стратегія	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
	Харчова поведінка		
	Емоціогенна	Обмежувальна	Екстернальна
Конфронтація	0,318	0,251	0,106
Дистанціювання	0,239	0,121	0,077
Самоконтроль	0,385*	0,241	0,151
Пошук соціальної підтримки	0,251	0,139	0,071
Прийняття відповідальності	0,175	0,128	0,024
Втеча-уникнення	0,322	0,111	0,047
Планування рішення проблеми	0	0,623**	0,339
Позитивна переоцінка	0,164	0,106	0,051

Згідно проведеного кореляційного аналізу можна зробити наступний висновок: чим сильніше у респондента виражений обмежувальний тип харчової поведінки, тим частіше він користується стратегією «Планування рішення проблеми».

3.3. Рекомендації по роботі з емоціями, які ведуть до розладів харчової поведінки

У ході емпіричного дослідження ми з'ясували, що існує прямий зв'язок між стресом та розладами харчової поведінки. Стрес викликає тривогу, хвилювання й страх у людини, і це відображається на її харчуванні – виникає

бажання або їсти частіше, або не їсти взагалі. Саме це відзначили респонденти у ході проведеного нами дослідження.

Однак після того, як вони взяли участь у «Програмі психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки», у них зменшився рівень стресу, і як результат – зменшилася кількість девіацій у харчовій поведінці. В той же час, ми допускаємо, що через деякий час у них можуть бути зриви, і тому їм слід працювати зі своїми емоціями.

Наведемо рекомендації О.В. Махнача, як слід працювати зі своїми емоціями, які ведуть до розладів харчової поведінки. Це:

1. Підвищена тривожність. Уживання їжі для заспокоєння накопиченої тривоги, страху, внутрішнього напруження або стресу. У цьому випадку переїдання рівносильне панічній атаці. Коли людина, нарешті, з'їдає таке харчове заспокійливе, вона «обманює» себе. Тривога досягає своєї межі, і вона звертається до їжі, щоб упоратися з нею [34, с. 39].

Найчастіше причиною зупинки їжі або переїдання може бути непережите горе, втрата, страх або травма. Такі переживання усе ще можуть жити у нервовій системі людини і приводити до нагромадження тривожності, що шукає полегшення в їжі. Рекомендації тут наступні:

- коли людина перебуває у напружених рамках бажання об'їстися, їй потрібно захистити себе, щоб упоратися з бурею емоцій без переїдання;

- знайти способи, щоб заспокоїтися, знизити тривожність, перезбудження, внутрішнє напруження або надмірну активність. Усе, що пов'язане з рухом або ритмічною активністю, може допомогти: вправи, ходьба, йога, ванна, вийти на вулицю, медитація, в'язання і т.д.;

- проробити першопричину емоцій, що нагромадилася. Остаточне усунення тривожності, яке блокує прийняття їжі або збуджує переїдання, полягає у випуску тривожності, страху, горя й інших накопичених емоцій. Емоційна підтримка дуже часто допомагає, неважливо, виходить вона від близьких, друзів або терапевта [51, с. 439].

2. Емоційне переїдання – це вживання їжі для заохочення, заспокоєння, розради або турботи про нереалізовані потреби або почуття. Людина може поховати свої істинні потреби в соціальному прийнятті, любові, схваленні, розradі й дружньому спілкуванні, говорячи собі, що може прожити й без них. Або вона може почувати себе занадто незахищеною, щоб чесно виражати свої потреби [34, с. 40].

Можливо, деякі люди настільки звикли піклуватися про інших, що відчують страх або провину за турботу про власні потреби. І тоді вони втішають себе їжею, коли горюють; коли сумують, що їх потреби не прийняті до уваги, не задоволені або незрозумілі. Вони можуть їсти, щоб полегшити своє розчарування в житті. Замість цього слід робити наступне:

- турбота про свої нереалізовані потреби допоможе краще усвідомлювати свої приховані потреби й способи подолання тривожності з турботою про них;

- обґрунтованість – постійна й регулярна турбота про себе – допоможе людині почувати себе сильною, живою і цілісною;

- встановлювати зв'язки. Остаточне усунення емоційного й соціального голоду – це встановлення зв'язків, побудованих на любові. Встановити зв'язок із другом або коханою людиною, із духом за допомогою духовної практики, або встановити глибокий зв'язок із самим собою й зі своїм досвідом [52, с. 185].

3. Заціпеніння. У такому випадку людина або не може, або не хоче відчувати свої почуття. Саме тому, що є відчуття незахищеності відносно цих почуттів – людина може боятися, що не зможе впоратися з почуттями; вона може зацепеніти від почуттів, тому що це викликає глибоке горе (всі ті речі, які вона хоче, щоб вони склалися по-іншому) або вона може придушувати свої почуття, тому що не хоче відчувати самотність, коли їх не візьмуть до уваги інші [34, с. 41].

Коли незахищеності стає занадто багато, щоб справлятися з нею, мозок переходить у режим самозахисту. Людина навіть не дозволяє собі відчувати

свої почуття або мати потреби – занадто страшно їх мати, а потім почувати порожнечу, коли вони не задовольняються. У зв'язку із цим слід робити наступне:

- безпека життєво важлива. Створити фізичну безпеку за допомогою ґрунтовної, постійної турботи про себе;

- створити емоційну безпеку з жалем – утихомирюючи провини й сором;

- знайти співчутливого партнера. Неважливо, чи буде це 12-крокова програма групової терапії, соціальна група за інтересами, друг, кохана людина або куратор – кожній людині потрібен хтось, хто вислухає проблеми й допоможе їх вирішити;

- практика прийняття допомагає сумувати – горювати про те, що людина не має сил змінити – таким чином, щоб вона могла рухатися вперед і змінювати те, що може [52, с. 186].

4. Розчарування. У звичайний день відбувається багато речей, які йдуть не так, як нам хотілося б – ламається пральна машина, спізнюється співробітник, не оплачений рахунок, пробки на дорогах – не говорячи вже про те, що у країні йде війна. Коли такі розчарування досягають своєї межі, людина застрягає у негативі і зрештою вибухає [34, с. 42]. У зв'язку із цим слід робити наступне:

- змінити те, що можна змінити. Зменшити розчарування;

- якщо не можна змінити ситуацію, перейти на альтернативні. По-перше, оскільки розчарування – це сильна емоція, першочергове завдання людини полягає в тому, щоб осідлати хвилю її інтенсивності без обжерливості – не досліджувати глибоке джерело розчарування. Просто відчувати емоцію в повній її силі, але без імпульсивної реакції. Просте спостереження зі співчуттям;

- коли інтенсивність знижується, переходити до дослідження. Визнати своє розчарування. Дати собі час і простір, щоб випустити емоції. Подумати про те, щоб викинути все на аркуш паперу;

- перенаправити свою енергію. Використати практику циркуляції для перенаправлення енергії. Покататися на велосипеді, швидко пройтися, побігати, побити боксерську грушу, дозволити собі покричати в подушку;

- дозволити собі погорювати. Це, знову ж, практика прийняття. Дозволити собі відчувати сум. Виплакати свої сльози розчарування. Плач – це спосіб очищення організму. Досягнення цієї межі прийняття допомагає рухатися вперед і знаходити способи впоратися з тим, що нам не подобається [52, с. 187].

5. Саморуйнування й сором. Коли справи йдуть погано, багато хто швидко переходить у стан гніву, провини й осуду. Почуття провини й осуду працює в такий спосіб: або це чиясь провина, або, що частіше трапляється, – це наша провина. Людина звинувачує себе за все, що відбувається у її житті; вона звинувачує себе за те, що вона позбавлена чогось; вона звинувачує себе за те, що не можемо змусити життя відповідати її уявленням про те, як все повинно бути [34, с. 43].

Що робити замість цього:

- коли людина зауважує, що вона їсть або не їсть, щоб покарати себе, їй слід бути дуже доброю до себе. Провина й осуд тільки погіршує усе;

- встановлювати зв'язки. Саморуйнування вводить у ізоляцію. Знайти співчуваючого помічника, того, кому вона довірятиме, кому вона змогла б вилити жаль, смуток і сум;

- практикувати жаль і самопрощення;

- робити те, що добре для організму, – фізичні вправи, регулярне харчування або відпочинок [51, с. 442].

У підсумку зауважимо, що стрес, який викликає негативні емоції, які ведуть до зацикленості на їжі й власному тілі – це серйозна проблема. Ї вирішувати її слід з допомогою та підтримкою родини, друзів та професіоналів.

Висновки до розділу 3

Для учасників нашого дослідження, які мають порушення харчової поведінки внаслідок стресу нами було запропоновано «Програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки», яка допомогла їм знизити рівень тривожності, фрустрації, емоційності; підвищити рівень активності, настроя; підняти стресостійкість, впевненість у власних силах, а як результат – скоригувати вагу та змінити свою харчову поведінку.

На контрольному етапі дослідження ми виявили, що серед учасників опитування переважають низький та середній рівень стресу. Також у них переважає обмежувальний тип харчової поведінки. Усі респонденти відзначили, що після участі у програмі у них зменшився рівень стресу та відбулися зміни в харчовій поведінці у кращу сторону.

Зросла кількість респондентів з відсутністю девіацій у харчовій поведінці. Своєю чергою, зменшилася кількість осіб з наявністю значних девіацій у харчовій поведінці.

На контрольному етапі дослідження у них змінилися допінг-стратегії, тепер переважають конструктивні стратегії – як «Планування рішення проблеми», «Прийняття відповідальності», «Пошук соціальної підтримки» та «Позитивна переоцінка». Респонденти почали самі чітко усвідомлювати, що саме стрес є причиною їх харчових розладів, і вже приймають відповідальність на себе за свій стан і за свої дії по вирішенню цієї проблеми.

Зважаючи на отримані результати за усіма методиками, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі ми здійснили теоретичний огляд проблеми харчових розладів особистості на фоні стресу, а також практично дослідити наявність/відсутність взаємозв'язку розладів харчової поведінки та стресу. У підсумку зауважимо наступне:

1. Розглянувши розлади харчової поведінки, відзначимо, що під ними розуміють ряд поведінкових синдромів, пов'язаних з порушеннями процесу прийняття їжі, ненормальним споживанням їжі. Ці розлади є захворюваннями, які завдають шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини й погіршують загальну якість її життя. Анорексія, булімія і компульсивне переїдання є трьома найпоширенішими розладами харчової поведінки. За відсутності лікування розлади харчової поведінки можуть привести до серйозних захворювань і патологічних станів.

2. Нами з'ясовано, що стрес є небезпечним фактором появи харчових розладів особистості. Стрес – це стан, за якого благополуччя організму перебуває під загрозою. Харчова поведінка може сильно змінюватися через стрес або конкретні травматичні події. Війна – одна з таких. Іноді навіть ті люди, що перебувають у відносній безпеці, «заїдають війну». І стрес, і розлади харчової поведінки мають високі показники дисоціації – відчуття відірваності від себе. Часто люди, які переживають стресову ситуацію, намагаються використати свої харчові звички як засіб відключити травматичні спогади й емоції або заглушити їх.

3. Будь-який з розладів харчової поведінки – це небезпечний патологічний стан. Людина внаслідок пережитого стресу не в силах їсти або ж контролювати свій апетит. З будь-яким розладом харчової поведінки людина повинна звернутися до психолога, психіатра або дієтолога. У лікуванні розладів харчової поведінки використовуються різні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, системна сімейна психотерапія, терапія травми.

4. У практичній частині кваліфікаційної роботи ми здійснили емпіричне дослідження впливу стресу на появу харчових розладів особистості. У дослідженні взяли участь жінки та чоловіки різної вікової категорії. Згідно із показником ІМТ більшість учасників (85%) перебувають у стадії передожиріння, а решта 15% – страждають ожирінням 1 ступеня. Вибірку для дослідження склали 24 особи.

Методологія дослідження включала наступні методики: «Шкала психологічного стресу PSM25» (або Шкала Лемура-Тесьє-Філліона), «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ), «Тест ставлення до їжі (шкала ЕАТ-26)», Авторська анкета суб'єктивної оцінки стану стресу та «Копінг-тест Лазаруса».

Результати констатувального етапу дослідження виявили наступне:

- у 62,5% респондентів було констатовано високий рівень стресу;
- обмежувальну харчову поведінку було виявлено у 20,8% осіб; емоційну харчову поведінку було виявлено у 50% осіб; екстернальну харчову поведінку було виявлено у 29,2% осіб. Тобто, у респондентів переважає емоціогенний тип харчової поведінки;

- лише 29,2% опитаних респондентів мали незначні девіації у харчовій поведінці, досить значні девіації у харчовій поведінці мали 70,8% осіб; респондентів з відсутністю девіацій у харчовій поведінці нами не констатовано;

- при стресовій ситуації респонденти більшою мірою відчують тривогу, хвилювання й страх, вони схильні до негативного сприйняття стресу, найбільше часто вони відзначали те, що стресова ситуація заважає їх звичному життю. Це говорить про те, що стрес на емоційному рівні сприймається як щось негативне, те, що лякає, вселяє тривогу. Респонденти схильні звинувачувати себе, бути незадоволеними собою та своєю поведінкою у стресовій ситуації, приписувати собі негативні якості. Але при цьому деякі з них відзначають позитивні зміни й наслідки стресу, які

відбилися на їхньому житті. Усі респонденти відзначили в себе якість зміни в харчовій поведінці у період стресової ситуації. Найбільша кількість спостерігає в себе бажання частіше їсти та й підвищення апетиту під час стресу. Респонденти, які мають надлишкові харчові самообмеження, мають більшу схильність до порушень харчової поведінки й частіше відчують себе спустошеними після стресової ситуації;

- найбільш високий рівень напруженості спостерігається за шкалами «Самоконтроль» (54,2%), «Дистанціювання» (50%), «Втеча-уникнення» (50%) та «Конфронтація» (50%), а це все – неконструктивні копінг-стратегії. Чим сильніше у респондента виражений емоціогенний тип харчової поведінки, тим частіше він користується стратегією «Втеча-уникнення» і частіше переїдає. Респонденти, які схильні переїдати при емоційній напрузі, у меншій мірі використовують позитивне переосмислення проблемної ситуації.

5. Для учасників нашого дослідження було розроблено «Програму психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки», яка допомагає знизити рівень тривожності, фрустрації, емоційності; підвищити рівень активності, настрою; підняти стресостійкість, впевненість у власних силах, а як результат – скоригувати вагу та змінити свою харчову поведінку. Участь у програмі тривала з листопада 2023 року по січень 2024 року.

Результатом контрольного етапу дослідження стало наступне:

- у 50% респондентів було констатовано низький рівень стресу; середній рівень стресу було виявлено у 46,7% респондентів;

- переважання обмежувальної харчової поведінки виявлено у 45,8% осіб; емоціогенну харчову поведінку було виявлено у 20,8% осіб; екстернальну харчову поведінку було виявлено у 33,4% осіб;

- у своїй більшості респонденти вже не мали вже девіацій у харчовій поведінці (58,3%), однак деякі все ще мають незначні девіації у харчовій поведінці (27,4%);

- у респондентів змінилися допінг-стратегії, тепер переважають конструктивні стратегії – як «Планування рішення проблеми», «Прийняття відповідальності», «Пошук соціальної підтримки» та «Позитивна переоцінка». Респонденти почали самі чітко усвідомлювати, що саме стрес є причиною їх харчових розладів, і вже приймають відповідальність на себе за свій стан і за свої дії по вирішенню цієї проблеми.

Зважаючи на отримані результати за усіма методиками, відзначимо ефективність «Програми психологічної допомоги по виходу особистості зі стану стресу як основи оптимізації її харчової поведінки».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту імені І. Огієнка. 2014. Вип. 25. С. 19-33.
2. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція: автореф. дис... док. психол. наук; 19.00.01. Київ, 2019. 32 с.
3. Александрук Н. Психосоматика розладів харчової поведінки. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2021. № 22 (515).
4. Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус*. 2021. Вип. 27. С. 125-130.
5. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика. Дніпро: Видавництво ДНУ, 2012. 336 с.
6. Баєва О.Л. Стрес як необхідна умова життєдіяльності організму. *Персонал*. 2014. Т.1. С.78-84.
7. Барановська Т. А. Формування самоконтролю як механізму регуляції харчування. *Психологічний часопис*. 2019. № 128. С. 56–59.
8. Боднар П.М. Компульсивне переїдання. *Сімейна медицина*. 2016. № 7. С. 72-76.
9. Булах В.П. Стрес та його вплив на організм людини. *Вісник Тернопільського державного медичного університета ім. І.Я. Горбачевського*. 2014. № 3. С. 45-49
10. Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки / Переклад з англ. Ігор Грицюк. Львів, 2014. 110 с.
11. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. Т. 19. № 21. С. 197-201.
12. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери*

торгівлі та послуг. 2017. Вип. 1 С. 319-325.

13. Вашека Т. В., Долгова О. М. Психологія девіантної поведінки: навчальний посібник. Київ: Знання, 2018. 203 с.

14. Дженкінс Г., Феннел М. Розвиток самоповаги / Переклад з англ. А. Тимченко. Львів, 2016. 212 с.

15. Донченко М.І. Про підходи у лікуванні розладів харчової поведінки. *Психологічний часопис*. 2018. №14. С.106-113.

16. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. №4. С.31-34.

17. Ендокринологія / Під ред. П.М. Бондар. Київ: «Здоров'я», 2013. С.207-231.

18. Єстратов А.С. Клінічна дієтологія. Київ: «Здоров'я», 2008. 331 с.

19. Жиманов Н. І. Психокорекція негативних станів. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. 2015. №5. С. 105–117.

20. Зайчикова Т. В. Профілактика та подолання стресів як умова підтримки психологічного здоров'я працівників організацій. *Вісник НТУУ «КПІ»*. Філософія. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць. 2014. № 12. С. 135-137

21. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування. Київ: Центр учбової літератури, 2014. 336 с.

22. Ігумнова О.Б. Генеза негативних психічних станів студентів: дис... канд. психолог. наук: 19.00.07. Хмельницький, 2014. 275 с.

23. Камінський О.О. Лікування харчових розладів. *Ліки України*. 2015. №7. С. 31-34.

24. Кокун О.М., Клименко В.В., Корніяка О.М. Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій: монографія. Київ-Львів: Вид-ць В.Кундельська, 2021. 236 с.

25. Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. 2019. № 5. С. 46-49

26. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
27. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності. Київ: Єльга, Ніка-центр, 2013. 400 с.
28. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості. Київ, 2009. 432 с.
29. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. 2019. № 33. С. 178-191.
30. Лимар Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць*. 2018. № 42. С. 93-113.
31. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: «Плай», 2015. Вип. 5, Ч. 1. С. 160-165.
32. Лукашов В.П. Булімія: симптоми та ускладнення. *Психологічний часопис*. 2019. №76. С. 231-237.
33. Маноха І. П. Психологія потаємного «Я»: монографія. Київ: Поліграфкнига, 2011. 448 с.
34. Махнач О.В. Основні емоційні причини переїдання. *Практичний психолог*. 2018. № 6. С. 35-43.
35. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України*. 2013. Вип. 6, Т. 6. С. 85-94.
36. Нагорна І.С. Ожиріння як соціальна проблема сучасної молоді. *Сучасне українське студентство, проблеми та ціннісні орієнтації: Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених*. Хмельницький : ХІСТ, 2011. Т. 5. С. 182–185.

37. Напреєнко О.К., Петров К.О. Психічна саморегуляція. 5-те вид. Київ: Здоров'я, 2012. 259 с.
38. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2013. Вип. 22. С. 136-140.
39. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. *Сучасна гастроентерологія*. 2015. №23. С. 113-121.
40. Олексієнко Я. І., Шахматова В. А., Верещагіна О. П. Харчування та його вплив на здоров'я людини. Черкаси: Едіт, 2014. 42 с.
41. Подольчак Н.Ю., Дорош І.М., Дорош О.І. Сутність, причини виникнення та підходи до регулювання стресових ситуацій. *Вісник НУ «Львівська політехніка»*. 2013. № 778. С. 101-108.
42. Психопрофілактика професійного вигорання та деформацій / За ред. Л. Дейнека. Луцьк, 2020. 128 с.
43. ПТСР та розлади харчової поведінки. URL.: <https://www.darnitsa.ua/ptsr/ptsr-ta-rozladi-kharchovoyi-povedinki>
44. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. 2015. Вип. 44. С. 184-191
45. Савельєва Л. Сучасні підходи до лікування розладів харчової поведінки. *Лікар*. 2017. № 12. С. 12-14.
46. Сельє Г. Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. Київ : ТОВ «Видавничій дім Медкнига, 2024. 148 с.
47. Семиченко В. А. Психологія особистості. 6-те вид. Київ: ФОП Єшке О. М., 2017. 427 с.
48. Скомороха О. С. Компульсивне переїдання як об'єкт наукових досліджень. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2011. №1. С.196-199
49. Скомороха О. С. Сучасні погляди на компульсивне переїдання та

підходи до його лікування. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2015. № 4. С. 54-56.

50. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. *Проблеми харчування*. 2014. №3. С. 16-25

51. Техніки консультування і психотерапії / За ред. У.С. Санахан. Київ: Знання, 2013. 624 с.

52. Тімченко О.В. Психологічні основи саморегуляції негативних станів. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. 2016. Вип. 7. С. 183-188.

53. Токар М. Стрес і його джерела. *Психолог*. 2012. №8. С. 24-28.

54. Тополов Є. В. Професійна агресивність особистості: монографія. Київ: Слово, 2014. 400 с.

55. Туркот Т.І. Педагогіка вищої школи: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Кондор, 2014. 628 с.

56. Шебанова В.І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. *Український науковий журнал «Освіта регіону»*. 2016. №4. С. 256-259

57. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки: автореф. дис... доктора психол. наук; 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.

58. Юрценюк О.С. Психосоматика розладів харчової поведінки. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2015. №22. С. 55-57

59. Basco M.R. Never Good Enough: How to Use Perfectionism to Your Advantage without Letting it Ruin Your Life. Touchstone, 2019. 198 p.

60. Bongers P., Van de Giessen E., Roefs A., Nederkoorn C., Booiij J., Van den Brink W., Jansen A. Being impulsive and obese increases susceptibility to speeded detection of high-calorie foods. *Health Psychology*. 2015. С. 34. С. 677-685.

61. Burton P., Smit H., Lightowler H. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*. 2007. №. 49. С. 191-197.

62. Camilleri GM, Méjean C, Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Bellisle F, Hercberg S, Péneau S. The associations between emotional eating and

consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *The Journal of Nutrition*. 2018. C. 144. C. 1264-1273.

63. Hou R., Mogg K., Bradley B., Moss-Morris R., Peveler R., Roefs A. External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite*. 2011. C. 56. P. 424-427.

64. Gold P., Chrousos G. Organisation of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression. High vs low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry*. 2002. № 7. C. 254-275.

65. Järvelä-Reijonen E., Karhunen L., Sairanen E., Rantala S., Laitinen J., Puttonen S., Peuhkuri K., Hallikainen M., Juvonen K., Myllymäki T., Föhr T., Pihlajamäki J., Korpela R., Ermes M., Lappalainen R., Kolehmainen M. High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age. *Appetite*. 2019. № 103. P. 249-258.

66. Lask B. *Eating Disorders: guide*. Penguin, 2009. 220 p.

67. Lattimore P., Halford J.. Adolescence and the diet-dieting disparity: healthy food choice or risky health behaviour? *Journal of Health Psychology*. 2003. C. 8. C. 451-463.

68. Lock J. *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. Guilford, 2015. 206 p.

69. Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011. Vol. 24. C. 274-279.

70. Loth K., Berg P., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D. Stressful life events and Disordered Eating Behaviors: findings from project EAT. *The Journal of Adolescent Health*. 2008. №. 43. P. 514-516.

71. McCarthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*. 2019. Vol. 28. P. 205-214.

72. Michelsa N., Sioen I., Braet C., Eiben G., Hebestreit A., Huybrechts I., Vanaelst B., Vyncke K., de Henauw Stress S., Emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite*. 2012. № 59(3). P. 762-769.

73. Miniati M., Callari A., Maglio A., Calugi S. Interpersonal psychotherapy

for eating disorders: current perspectives. *Psychological Research Behaviour Management*. 2018. Vol. 11. P. 353-369.

74. Ozier A., Kendrick O., Leeper J., Knol L., Perko M., Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of American Diet Association*. 2008. № 108. С. 49-56.

75. Perez M., Warren C.S. The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity (Silver Spring)*. 2012. № 20. С. 879-885

76. Perlman B., Hartman A.E. Work satisfaction among community-based mental health service providers: The association between work environment and work satisfaction. *Community Mental Health Journal*. 2008. № 6. С. 82-89

77. Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgruber M., Wilhelm F.H., Tiefengrabner M., Ginzinger S., Blechert J. No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biological Psychology*. 2018. №. 131, P. 54–62.

78. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. NY: Basic books, 2013. 197 p.

79. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*. 2018. № 18. С. 29-35.

80. Van Strien T., Herman C., Verheijden M.. Eating style, overeating and overweight in a representative Dutch sample: does external eating play a role? *Appetite*. 2009. № 52. С. 380-387.

81. Whitehead L. Binge Eating Disorder: A Guide for Patients and their Families. Oxford, 2016. 121 p.

Аналіз використаних джерел:

Всього джерел – 81.

Джерел за останні десять років – 23.

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 7.

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 15.

Додатки

Додаток А

Шкала психологічного стресу PSM25

Шкала PSM25 Лемура-Тесьє-Філліона (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу. Її мета - вимір стресових відчуттів у соматичних, поведінкових й емоційних показниках. Методика була спочатку розроблена у Франції, потім перекладена й валідизована в Англії, Іспанії і Японії.

При розробці методики автори прагнули усунути наявні недоліки традиційних методів вивчення стресових станів, спрямованих в основному на непрямі виміри психологічного стресу через стресори або патологічні прояви тривожності, депресії, фрустрації й ін. Лемур-Тесьє-Філліон розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого відпала необхідність у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Питання сформульовані для нормальної популяції у віці від 18 до 65 років. Все це дозволяє вважати методику універсальною для застосування щодо різних вікових і професійних вибірок у нормальній популяції.

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника, поряд із кожним твердженням, обведіть число від 1 до 8, що найбільш точно визначає ваші переживання.

Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте як можна хочеться. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п'ять хвилин».

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

1 - «ніколи»; 2 - «украй рідко»; 3 - «дуже рідко»; 4 - «рідко»; 5 - «іноді»; 6 - «часто»; 7 - «досить часто»; 8 - «постійно (щодня)».

Питання опитувальника:

1. Стан напруженості й крайньої схвильованості 1-2-3-4-5-6-7-8
2. Відчуття клубка в горлі й/або сухості в роті 1-2-3-4-5-6-7-8
3. Я перевантажений роботою. Мені бракує часу 1-2-3-4-5-6-7-8
4. Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти 1-2-3-4-5-6-7-8
5. Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застрягаю» на переживаннях щодо робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову й знову 1-2-3-4-5-6-7-8
6. Я почуваю себе самотнім і незрозумілим 1-2-3-4-5-6-7-8
7. Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головні болі, напруженість і дискомфорт в зоні шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку 1-2-3-4-5-6-7-8
8. Я заглиблений у похмурі думки, змучений тривожними станами 1-2-3-4-5-6-7-8
9. Мене раптово кидає то в жар, то в холод 1-2-3-4-5-6-7-8
10. Я забуваю про зустрічі або справи, які повинен зробити або вирішити 1-2-3-4-5-6-7-8
11. У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або виявити агресію, лють 1-2-3-4-5-6-7-8
12. Я почуваю себе стомленою людиною 1-2-3-4-5-6-7-8
13. У важких ситуаціях я міцно стискую зуби (або стискаю кулаки) 1-2-3-4-5-6-7-8
14. Я спокійний і безтурботний* 1-2-3-4-5-6-7-8
15. Мені важко дихати й/або в мене раптово перехоплює дихання 1-2-3-4-5-6-7-8
16. Я маю проблеми із травленням і з кишківником (болі, кольки, розлади або запори) 1-2-3-4-5-6-7-8

17. Я схвильований, стурбований, збуджений 1-2-3-4-5-6-7-8.
18. Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися 1-2-3-4-5-6-7-8
19. Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути 1-2-3-4-5-6-7-8
20. Я збитий з пантелику; мої думки поплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу 1-2-3-4-5-6-7-8
21. У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима 1-2-3-4-5-6-7-8
22. Я відчуваю вагу на своїх плечах 1-2-3-4-5-6-7-8
23. Я стривожений, мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці 1-2-3-4-5-6-7-8
24. Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрої або жести 1-2-3-4-5-6-7-8
25. Я відчуваю напруженість 1-2-3-4-5-6-7-8
- Примітка. * Зворотне питання.

Обробка й інтерпретація результатів.

Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється у зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вищий рівень стресу.

ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації й психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектру засобів і методів для зниження нервово-психічної напруги, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення й життя.

ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу.

Низький рівень стресу - ППН менше 100 балів - свідчить про стан психологічної адаптованості до робочих навантажень.

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Опитувальник був розроблений у 1987 році голландським психологом, провідним спеціалістом у галузі психології харчування, – Тетяною ван Стрієн.

Інструкція: «Перед вами ряд питань, які стосуються вашої поведінки, пов'язаної із прийомом їжі. Виберіть варіант, що найбільше відповідає вашій поведінці у кожній з описаних ситуацій. Відповідайте на них однією з п'яти можливих відповідей: ніколи (1), рідко (2), іноді (3), часто (4) і дуже часто (5), поставивши галочку у відповідному стовпчику на бланку тесту.

Бланк тесту

	Запитання	Ні кол и	Рі дко	Ін оді	Ча сто	Дуж е часто
1	Якщо ваша вага починає зростати, ви їсте менше звичайного?					
2	Чи намагаєтеся ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?					
3	Чи часто ви відмовляєтеся від їжі й питва через те, що турбуєтеся про свою вагу?					
4	Чи акуратно ви контролюєте кількість з'їденого?					
5	Чи вибираєте ви їжу навмисно, щоб схуднути?					
6	Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?					
7	Чи намагаєтеся ви їсти менше, щоб не поправитися?					
8	Чи часто ви намагаєтеся не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?					
9	Чи часто ви намагаєтеся не їсти увечері через те, що стежите за своєю вагою?					
10	Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?					
11	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?					
12	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити?					
13	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені або збентежені?					
14	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо??					

15	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хто-небудь підвів?					
16	Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось або хтось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?					
17	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви передчуваєте яку-небудь неприємність?					
18	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані або напружені?					
19	Чи виникає у вас бажання їсти, коли «усе не так», «усе валиться з рук»?					
20	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви перелякані?					
21	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли зруйновані ваші надії?					
22	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?					
23	Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви нудьгуєте, стомлені, неспокійні?					
24	Чи їсте ви більше, ніж звичайно, коли їжа смачна?					
25	Якщо їжа добре виглядає й добре пахне, чи їсте ви більше звичайного?					
26	Якщо ви бачите смачну їжу й відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного?					
27	Якщо у вас є що-небудь смачне, чи з'їсте ви це негайно?					
28	Якби проходите повз булочної (кондитерської), чи хочеться вам купити що-небудь смачне?					
29	Якщо ви проходите мимо закускової або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?					
30	Якщо ви бачите, як їдять інші, чи з'являється у вас бажання їсти?					
31	Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?					
32	Чи їсте ви більше, ніж звичайно, в компанії (коли їдять інші)?					
33	Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте?					

Обробка результатів: за кожне «ні» ставимо 1 бал, «дуже рідко» – 2, «іноді» – 3, «часто» – 4 й «дуже часто» – 5. У питанні 31 зробити усе навпаки (5 за «ні» й 1 бал за «дуже часто»).

Далі:

- скласти бали, отримані за перші 10 питань, і розділити суму на 10;
- скласти бали, отримані за питання 11-23, і розділити суму на 13;
- скласти бали, отримані за питання 24-33, і розділити суму на 10.

Отримані 3 числа характеризують харчову поведінку людини:

- обмежувальна (дієтична) харчова поведінка. Норма по цій шкалі становить 2,4. Якщо результат становить стільки, дещо менше або дещо більше – у людини немає проблем з обмеженнями у їжі, вона дозволяє собі їсти вільно й при цьому харчується досить розумно.

Якщо отриманий результат перевищує норму – швидше за все, людина є «обережним» або «професійним» їдцем, її відносини з їжею далекі від гармонійних. Вона боїться їсти, щоб не набрати вагу або керуючись міркуваннями «корисності».

Якщо отриманий результат значно нижче норми – вона їсть безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як їсть. Найчастіше низький результат за цією шкалою поєднується з підвищеннями за двома іншими шкалами і також означає порушення харчової поведінки;

- емоційна харчова поведінка. Норма по цій шкалі становить 1,8. Якщо отриманий результат відповідає нормі – людина не схильна заїдати емоції. Якщо отримана цифра вище норми – їй складно контролювати емоції, не вдаючись за допомогою до їжі. Їжа у її житті не ворог, а утішник, психотерапевт і друг. Швидше за все, її харчовий стиль – «емоційний їдець»;

- екстернальна харчова поведінка. Норма по цій шкалі – 2,7. Якщо результат нижче норми – людина не схильна переїдати в соціальних ситуаціях або тому, що їжа перебуває на очах і доступна. Якщо вище норми – вона, швидше за все, є «безвідмовним» їдцем, якому складно зупинитися, почавши їсти, складно утриматися, побачивши смачну їжу, або їжу, яка просто лежить на очах. Такі люди звичайно вважають, що їм не можна мати вдома смачної їжі, оскільки вона буде з'їдена в перший же день після покупки, і за вечерею із друзями з'їдають істотно більше, ніж на самоті.

«Тестом ставлення до їжі (шкала EAT-26)»

Це скринінгова тестова методика, яка дозволяє оцінити ступінь виразності проблем, типових для пацієнтів з порушеннями харчової поведінки: прагнення до схуднення, побоювання набори ваги та наявність обмежувальних тенденцій у стилі харчування.

Опитувальник являє собою одномірну шкалу, яка відбиває наявність або відсутність порушень харчової поведінки.

Інструкція: Будь ласка, виберіть найбільш підходящу для вас відповідь на кожне з наступних запитань: «Постійно», «Як правило», «Часто», «Іноді», «Рідко», «Ніколи».

Запитання тесту

Твердження		Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Як правило	Постійно
1	Мене лякає думка про те, що я розжирію						
2	Я втримуюся від їжі, будучи голодним(ою)						
3	Я вважаю, що я мене поглинули думки про їжу						
4	У мене бувають приступи неконтрольного поглинання їжі, під час яких я не можу себе зупинити						
5	Я ділю свою їжу на дрібні шматочки						
6	Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм						
7	Я утримуюся від їжі, яка містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля)						
8	Я відчуваю, що оточуючі люди прагнули б, щоб я більше їв(ла)						
9	Мене рве після їжі						
10	Я відчуваю загострене відчуття провини після їжі						
11	Я стурбований(а) бажанням схуднути						
12	Коли я займаюся спортом, то думаю, що я спалюю калорії						

1 3	Оточуючі вважають мене занадто худим(ою)						
1 4	Я стурбований(а) думками про наявний у моєму тілі жир						
1 5	На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж у інших людей						
1 6	Я утримуюся від їжі, що містить цукор						
1 7	Я їм дієтичні продукти						
1 8	Я думаю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя						
1 9	У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних з їжею						
2 0	Я відчуваю, що оточуючі люди здійснюють на мене тиск, щоб я їв(ла)						
2 1	Я витрачаю занадто багато часу на питання, пов'язані з їжею						
2 2	Я відчуваю дискомфорт після того, як поїм солодощі						
2 3	Я дотримуюся дієти						
2 4	Мені подобається відчуття порожнього шлунка						
2 5	Після їжі в мене буває імпульсивне бажання її вирвати						
2 6	Я одержую задоволення, коли пробую нові й смачні страви						

Ключі до опитувальника харчових переваг:

Усі запитання тесту, за винятком 26-го, оцінюються в прямих значеннях, 26-те питання інтерпретується у зворотному значенні.

Варіант відповіді	У прямому значенні	У зворотному значенні
Завжди	3 бали	0 балів
Як правило	2 бали	0 балів
Досить часто	1 бали	0 балів
Іноді	0 балів	1 бал
Рідко	0 балів	2 бали
Ніколи	0 балів	3 бали

Інтерпретація результатів тесту харчових переваг

Сумарна оцінка за опитувальником вище 20 балів свідчить про ймовірність наявності девіацій у харчовій поведінці аж до розвитку клінічно виражених розладів (зокрема, нервова анорексія).

Анкета «Ставлення до стресу»

Дані анкети є частиною наукової праці і призначені для збору даних, необхідних для психологічного дослідження. Будь-яка інформація, отримана за допомогою анкет, є суворо конфіденційною. Дякую за Ваше співробітництво.

Виберіть твердження, які Вам здаються найбільш підходящими.

1. У ситуації стресу:

- 1) я відчуваю страх
- 2) я відчуваю тривогу
- 3) я відчуваю безпорадність
- 4) я відчуваю інтерес і цікавість
- 5) я відчуваю себе натхненно
- 6) у мене потіють долоні
- 7) у мене пропадає голос
- 8) у мене підвищується пульс
- 9) я червонію
- 10) я відчуваю занепад сил
- 11) я відчуваю приплив сил
- 12) у мене пропадає бажання працювати
- 13) я відчуваю себе більше мотивованим (ою)
- 14) я відчуваю себе більше уважним (ою) і сконцентрованим (ою)
- 15) я відчуваю себе розсіяно
- 16) я швидше приймаю рішення
- 17) я впадаю в ступор

2. У ситуації стресу:

- 1) я думаю, що це негативно відіб'ється на моєму здоров'ї
- 2) я думаю, що стрес заважає моєму звичному життю

- 3) я думаю, що стрес відволікає мене від рішення проблеми
- 4) стрес - це можливість навчання й розвитку
- 5) стрес допомагає мені подивитися на проблему з різних сторін
- 6) ситуації стресу розвивають у мені стійкість і завзятість

3. Наслідки стресу для мене:

- 1) я відчуваю гордість, що змогла перебороти це
- 2) я відчуваю себе спустошеним (ою) та виснаженим (ою)
- 3) я одержав (ла) новий корисний досвід
- 4) я бачу, як стрес негативно позначився на моєму здоров'ї.
- 5) я усвідомив (ла) цінність життя
- 6) я краще почав (ла) розуміти себе

4. Чи можете Ви відзначити які-небудь зміни харчової поведінки під час стресової ситуації? Якщо так, то виберіть підходящі твердження:

- 1) підвищення апетиту
- 2) зниження апетиту
- 3) бажання їсти незвичні продукти
- 4) бажання їсти солодке частіше звичайного
- 5) нудота або блювота
- 6) потреба постійно щось їсти
- 7) їсти не перебираючи, переїдання
- 8) повна відмова від їжі
- 9) інше.

5. Згадайте найбільш яскраву стресову ситуацію, що сталася з Вами за останній рік. Які почуття Ви при цьому відчували?

6. Що Ви думали про себе у зв'язку із цією ситуацією?

7. Як ця стресова ситуація в підсумку вплинула на Вас?

«Копінг-тест Лазаруса»

Ця методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Цей опитувальник вважається першою стандартною методикою у сфері дослідження копінгу.

Опитувальник складається з 50 тверджень, які згруповані у 8 шкал. Номери опитувальника (один за одним, але різні) працюють на різні шкали.

Твердження КОЛИ Я ОПИНЯЮСЬ У ВАЖКІЙ СИТУАЦІЇ, ТО Я...		Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1	... зосереджуюся на тому, що мені потрібно робити далі – на наступному кроці	0	1	2	3
2	... починаю щось робити, знаючи, що це однаково не буде працювати, головне - робити хоч що-небудь	0	1	2	3
3	... намагаюся схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку	0	1	2	3
4	... говорю з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію	0	1	2	3
5	... критикую себе	0	1	2	3
6	... намагаюся не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є	0	1	2	3
7	... сподівався на чудо	0	1	2	3
8	... змиряюся з долею: буває, що мені не везе	0	1	2	3
9	... поведжуся , начебто нічого не відбулося	0	1	2	3
10	... намагаюся не показувати своїх почуттів	0	1	2	3
11	... намагаюся побачити в ситуації щось позитивне	0	1	2	3
12	... сплю більше звичайного	0	1	2	3
13	... зриваю свою досаду на тих, хто викликав на мене проблеми	0	1	2	3
14	... шукаю співчуття й розуміння в кого-небудь	0	1	2	3
15	... у мене виникає потреба виразити себе творчо	0	1	2	3
16	... намагаюся забути все це	0	1	2	3
17	... звертаюся по допомогу до фахівців	0	1	2	3
18	... міняюся або расту як особистість у позитивну сторону	0	1	2	3
19	... вибачаюся або намагаюся все заглидити	0	1	2	3
20	... складаю план дії	0	1	2	3
21	... намагаюся дати якийсь вихід своїм почуттям	0	1	2	3
22	... розумію, що сам викликав цю проблему	0	1	2	3
23	... набираюся досвіду в цій ситуації	0	1	2	3
24	... говорю з ким-небудь, хто може конкретно допомогти в цій ситуації	0	1	2	3
25	... намагаюся покращити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням або ліками	0	1	2	3

26	... ризикую				
27	... намагаюся діяти не занадто поспішно, довіряючись першому пориву	0	1	2	3
28	... знаходжу нову віру в щось	0	1	2	3
29	... знову відкриваю для себе щось важливе	0	1	2	3
30	... щось міняю так, що все влагоджується	0	1	2	3
31	... у цілому уникаю спілкування з людьми	0	1	2	3
32	... не допускаю це до себе, намагаючись про цьому особливо не замислюватися	0	1	2	3
33	... питаюся поради в родича або друга, яких поважаю	0	1	2	3
34	... намагаюся, щоб інші не дізналися, як погано у мене йдуть справи	0	1	2	3
35	... відмовляюся сприймати це занадто серйозно	0	1	2	3
36	... говорю про те, що я відчуваю	0	1	2	3
37	... стою на своєму й борюся за те, чого хочу	0	1	2	3
38	... зганяю це на інших людях	0	1	2	3
39	... користуюся минулим досвідом - мені доводилося вже попадати в такі ситуації	0	1	2	3
40	... знаю, що треба робити й подвоюю свої зусилля, щоб усе налагодити	0	1	2	3
41	... відмовляюся вірити, що це дійсно відбулося	0	1	2	3
42	... я даю обіцянку, що наступного разу все буде по-іншому	0	1	2	3
43	... знаходжу пару інших способів вирішення проблеми	0	1	2	3
44	... намагаюся, що мої емоції не занадто заважали мені в інших справах	0	1	2	3
45	... щось міняю в собі	0	1	2	3
46	... хочу, щоб все це скоріше якось закінчилося	0	1	2	3
47	... уявляю собі, фантазую, як все це могло б обернутися	0	1	2	3
48	... молюся	0	1	2	3
49	.. прокручую у себе в голові, що мені сказати або зробити	0	1	2	3
50	... думаю про те, як би в даній ситуації діяла людина, якою я захоплююся й намагаюся наслідувати її	0	1	2	3

Ключ до тесту:

Підраховуємо бали, сумуючи по кожній субшкалі:

- Конфронтаційний копінг - пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37

- Дистанціювання - пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35

- Самоконтроль - пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50

- Пошук соціальної підтримки - пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36

- Прийняття відповідальності - пункти: 5, 19, 22, 42
- Втеча-уникнення - пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47
- Планування рішення проблеми - пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43
- Позитивна переоцінка - пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48

Рівні:

- 0-6 - низький рівень напруженості, говорить про адаптивний варіант копінгу;
- 7-12 - середній, адаптаційний патенціал особистості в прикордонному стані;
- 13-18 - висока напруженість копінгу, свідчить про виражену дезадаптацію.

Трактування шкал:

1. Конфронтація.

Стратегія конфронтації припускає спробу вирішити проблему за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з труднощами, які вникли. При вираженій перевазі цієї стратегії можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості й конфліктності), ворожість, труднощі планування дій, прогнозування їх результату, корекція стратегії поведінки, невиправдана завзятість. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, однак при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і заповзятливість при вирішенні проблемних ситуацій, уміння відстоювати власні інтереси, справлятися із тривогою в стресогенних умовах.

Позитивні сторони: можливість активного протистояння труднощам і стресогенному впливу.

Негативні сторони: недостатня цілеспрямованість і раціональна обґрунтованість поведінки в проблемній ситуації.

2. Дистанціювання.

Стратегія дистанціювання припускає спроби подолання негативних переживань у зв'язку із проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значимості й ступеня емоційного втягнення в неї. Характерне використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумору, знецінювання й т.п.

Позитивні сторони: можливість зниження суб'єктивної значимості важкорозв'язуваних ситуацій і запобігання інтенсивних емоційних реакцій на фрустрацію.

Негативні сторони: імовірність знецінювання власних переживань, недооцінка значимості й можливостей дієвого подолання проблемних ситуацій.

3. Самоконтроль.

Стратегія самоконтролю припускає спроби подолання негативних переживань у зв'язку із проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення й стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації й вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самовладання. При виразній перевазі стратегії самоконтролю в особистості може спостерігатися прагнення приховувати від оточуючих свої переживання й спонукання у зв'язку із проблемною ситуацією. Часто така поведінка свідчить про острах саморозкриття, надмірну вимогливість до себе, що приводить до надконтролю поведінки.

Позитивні сторони: можливість уникання емоціогенних імпульсивних учинків, перевага раціонального підходу до проблемних ситуацій.

Негативні сторони: труднощі вираження переживань, потреб і спонукань у зв'язку із проблемною ситуацією, надконтроль поведінки.

4. Пошук соціальної підтримки

Стратегія пошуку соціальної підтримки припускає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної й дієвої підтримки. Характерними є орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Пошук переважно інформаційної підтримки припускає звернення за рекомендаціями до експертів і знайомих, що володіють із погляду респондента необхідними знаннями. Потреба переважно в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, одержати емпатійну відповідь, розділити з ким-небудь свої переживання. При пошуку переважно діючої підтримки провідною є потреба в допомозі конкретними діями.

Позитивні сторони: можливість використання зовнішніх ресурсів для вирішення проблемної ситуації.

Негативні сторони: можливість формування залежної позиції й/або надмірних очікувань відносно оточуючих людей.

5. Прийняття відповідальності.

Стратегія прийняття відповідальності припускає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми й відповідальності за її рішення, у ряді випадків з виразним компонентом самокритики й самозвинувачення. При помірному використанні ця стратегія відбиває прагнення особистості до розуміння залежності між власними діями та їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках. Разом з тим, виразність цієї стратегії в поведінці може приводити до невиправданої самокритики, переживання відчуття провини й незадоволеності собою. Зазначені особливості, як відомо, є чинником ризику розвитку депресивних станів.

Позитивні сторони: можливість розуміння особистої ролі у виникненні актуальних труднощів.

Негативні сторони: можливість необґрунтованої самокритики й прийняття надмірної відповідальності.

6. Втеча-уникання.

Стратегія втеча-уникання припускає спроби подолання особистістю негативних переживань у зв'язку із труднощами за рахунок реагування за типом відхилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання й т.п. При виразній перевазі стратегії уникання можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки у стресових ситуаціях: заперечення або повне ігнорування проблеми, відхилення від відповідальності й дій з вирішення труднощів, що виникли, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, уживання алкоголю й т.п., з метою зниження болісної емоційної напруги. Більшістю дослідників ця стратегія розглядається як неадаптивна, однак ця обставина не виключає її користі в окремих ситуаціях, особливо в короткостроковій перспективі й при гострих стресогенних ситуаціях.

Позитивні сторони: можливість швидкого зниження емоційної напруги в ситуації стресу.

Негативні сторони: неможливість вирішення проблеми, імовірність нагромадження труднощів, короткостроковий ефект дій, що вживаються зі зниження емоційного дискомфорту.

7. Планування рішення проблеми.

Стратегія планування вирішення проблеми припускає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації й можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду й наявних ресурсів. Стратегія розглядається більшістю дослідників як адаптивна, яка сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

Позитивні сторони: можливість цілеспрямованого й планомірного вирішення проблемної ситуації.

Негативні сторони: ймовірність надмірної раціональності, недостатньої емоційності, інтуїтивності й спонтанності в поведінці.

8. Позитивна переоцінка.

Стратегія позитивної переоцінки має на увазі спроби подолання негативних переживань у зв'язку із проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного росту. Характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком.

Позитивні сторони: можливість позитивного переосмислення проблемної ситуації.

Негативні сторони: імовірність недооцінки особистістю можливостей дієвого вирішення проблемної ситуації.