

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА
АКАДЕМІЯ»**

Центр заочного та дистанційного навчання
Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота -
магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ
ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК В УМОВАХ СТРЕСУ**

Виконала: здобувачка 2 курсу, 2 групи
галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»
спеціальність 053 «Психологія»
Сергєєва Катерина Петрівна
Керівник: д.юридич.н., проф. О.М. Цільмак
Рецензент: д.психол.н., проф. В.О. Лефтеров

Одеса – 2025

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
 Факультет **Центр заочного та дистанційного навчання**
 Кафедра **психології**
 Рівень вищої освіти **магістерський**
 Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

(шифр і назва)

Спеціальність **053 «Психологія»**

(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

д.ю.н., к.психол.н., проф. О.М.Цільмак

«___» _____ 2025 року

ЗАВДАННЯ НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ

Сергєєвої Катерини Петрівни

1. Тема роботи «Психологічна характеристика порушень харчової поведінки жінок в умовах стресу»
2. Керівник роботи д.юрид.н., к.психол.н., професор Цільмак Олена Миколаївна затверджені наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 2025 року № _____
3. Строк подання здобувачем роботи _____
4. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Підготовка концепції М.Р. і затвердження плану М.Р.	I 2025	
2.	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	VI - VII 2025	
3.	Написання 1 розділу М.Р.	VIII 2025	
4.	Написання 2 розділу М.Р.	IX-X 2025	
5.	Подання М.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
6.	Прийняття рішення про допуск М.Р. до захисту	XI 2025	
7.	Захист М.Р. в ДЕК	XI 2025	

Здобувач _____ Сергєєва К.П.

Керівник роботи _____ Цільмак О.М.

АНОТАЦІЯ

Сергеева К.П.

Психологічні характеристики порушень харчової поведінки у жінок в умовах стресу

– Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього ступеню “Магістр” за спеціальністю 053 “Психологія”

Національний університет “Одеська юридична Академія”, Одеса, 2025 рік

Ключові слова: порушення харчової поведінки, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, стресостійкість, резильєнтність, дієтичне мислення, стрес, копінг.

Магістерський дослідницький проєкт присвячений вивченню харчової поведінки жінок.

Мета роботи полягає у вивченні взаємозв'язку між рівнем тривожності, психологічної стресостійкості та ризиком розвитку порушень харчової поведінки у жінок в умовах довготривалого військового стресу.

Дослідження проводилось у 2025 році на вибірці з 52 жінок, які постійно або тривалий час (2+ роки) перебували в умовах військового стресу. Встановлено, що досліджувана вибірка характеризується високим рівнем особистісної тривоги (ОТ) при збереженні вище середнього рівня стресостійкості. Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущий прямий зв'язок між високою ОТ та дієтичним мисленням ($0.57, p < 0.05$). Порівняльний аналіз груп ризику порушень харчової поведінки та без ризику виявив, що низька індивідуальна стресостійкість та висока особистісна тривога є критичними чинниками, які руйнують захисний бар'єр і призводять до появи порушень.

Практична значущість полягає в розробці методичних рекомендацій, спрямованих на зниження хронічної тривожності, яка виступає головною причиною порушень, та профілактику дієтичного мислення як дезадаптивного механізму самоконтролю.

ABSTRACT

Serheieva Kateryna

Psychological characteristics of eating disorders in women under stress

– Qualification scientific work on the rights of the manuscript. Master's research project for obtaining an educational degree “Master” in the specialty 053 “Psychology”

National University “Odessa Law Academy”, Odessa, 2025

Keywords: eating disorders, personal anxiety, situational anxiety, stress resistance, resilience, dietary thinking, stress, coping.

This master's research project is devoted to the study of women's eating behavior.

The aim of the work is to study the relationship between the level of anxiety, psychological stress resistance, and the risk of developing eating disorders in women under conditions of prolonged military stress.

The study was conducted in 2025 on a sample of 52 women who were constantly or for a long time (2+ years) under military stress. It was found that the sample studied was characterized by a high level of personal anxiety (PA) while maintaining an above-average level of stress resistance. Correlation analysis confirmed a statistically significant direct relationship between high PA

and dietary thinking (0.57, $p < 0.05$). A comparative analysis of groups at risk of eating disorders and without risk revealed that low individual stress resistance and high personal anxiety are critical factors that destroy the protective barrier and lead to the emergence of disorders.

The practical significance lies in the development of methodological recommendations aimed at reducing chronic anxiety, which is the main cause of disorders, and preventing dietary thinking as a maladaptive mechanism of self-control.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 МЕТОДИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСУ, РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
1.1. Методи вивчення порушень харчової поведінки жінок в умовах стресу.....	15
1.2. Етапи організації та проведення емпіричного дослідження	20
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК В УМОВАХ СТРЕСУ	
2.1. Кількісний аналіз рівнів тривожності, стресостійкості та ризику порушень харчової поведінки у жінок в умовах стресу.....	23
2.2. Результати вивчення кореляційних взаємозв'язків тривожності, стресостійкості та ознак порушень харчової поведінки	27
2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики виникнення порушень харчової поведінки у жінок в умовах стресу	33
ВИСНОВКИ	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44
Додатки	50

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена значущим впливом хронічного та гострого стресу на психічне здоров'я та поведінкові патерни жінок, особливо в контексті сучасного життя, яке характеризується високими професійними та сімейними вимогами, а також соціальною нестабільністю. В умовах України, що переживає майже чотири роки повномасштабного вторгнення (починаючи з лютого 2022 року), вплив військового стресу набув системного характеру. Збройна агресія та пов'язані з нею події (загроза життю, втрата домівок, вимушене переселення, травматичні переживання) є надзвичайними стресорами, які провокують підвищення рівня тривожності та вимагають високого рівня стресостійкості.

Військовий конфлікт поглиблює існуючу проблему порушень харчової поведінки (ПХП), які є не лише психологічною, а й медичною проблемою, що негативно впливає на фізичне здоров'я, емоційний стан та соціальне функціонування. Хронічний стрес і тривожність можуть призводити до дезадаптивних змін у харчовій поведінці - жінки схильні до емоційного переїдання як до способу зниження напруження, що в свою чергу призводить до появи почуття провини та ще більшої тривоги після прийому їжі, або навпаки вдаються до обмежувальної моделі споживання їжі, як елементу контролю над ситуацією.

Дослідження взаємозв'язку між рівнем тривожності, стресостійкістю та ПХП у жінок в екстремальних умовах стресу є критично важливим для розуміння механізмів формування цих розладів, що дозволить розробити ефективні та своєчасні програми профілактики та корекції.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема взаємозв'язку стресу, тривожності, стресостійкості та порушень харчової поведінки (ПХП) є предметом активного дослідження протягом останнього десятиліття. Важливо зауважити, що ПХП нерозривно пов'язані з розладами харчової поведінки. Порушення харчової поведінки виникає внаслідок формування дезадаптивних патернів споживання їжі. Дієта може бути проявом ПХП. Ті, хто дотримується дієти (навіть помірної), у п'ять разів частіше страждають від розладу харчової поведінки. А люди на екстремальній дієті мають у 18 разів більше ризиків розвинути розлад [4]. Слід розмежувати ці ситуації від випадків, коли індивід змушений дотримуватися елімінаційних або модифікованих дієтичних режимів через об'єктивну непереносимість певних нутрієнтів або наявність супутніх соматичних патологій. Кожен клінічний випадок характеризується значною індивідуальною варіабельністю.

Найбільш поширеною функціональною роллю порушеної харчової поведінки є використання її як копінг-стратегії для регуляції інтенсивного афективного дискомфорту. Наприклад, obsесивна фіксація на контролі маси тіла та розрахунку калоражу може слугувати механізмом зміщення фокусу уваги від інших сфер життєдіяльності, що викликають суб'єктивне незадоволення [8]. Як наслідок, формується когнітивне викривлення, при якому досягнення певних антропометричних параметрів помилково асоціюється із забезпеченням психологічного благополуччя. Необхідно підкреслити, що взаємозв'язок між стресогенними факторами та порушеннями харчової поведінки має двосторонній характер, формуючи механізм замкнутого кола. З одного боку, зовнішній соціальний тиск (наприклад, щодо стандартів краси та маси тіла) та інші психосоціальні стресори індукують внутрішній афективний дискомфорт та підвищення рівня тривожності. Це, у свою чергу, часто провокує маніфестацію ПХП як

копінг-стратегії, спрямованої на емоційну регуляцію. З іншого боку, вже наявне незадоволення власною вагою та зовнішністю (дисморфічні тенденції), яке є центральною ознакою ПХП, стає потужним ендogenous стресором. Це незадоволення собою викликає додатковий каскад тривоги та стресу, що посилює потребу у використанні дезадаптивних харчових патернів (наприклад, переїдання або рестрикція), тим самим підтримуючи та поглиблюючи початкове порушення. Таким чином, психосоціальний стрес і самокритика взаємно підсилюють одне одного, створюючи стійку патопсихологічну петлю [29, 33, 46, 48].

Розлади харчової поведінки — це група складних станів психічного здоров'я, які включають порушення харчової поведінки, образу тіла та самооцінки. Ця група складається з нервової анорексії, розладу уникнення/обмеження споживання їжі (ARFID), розладу переїдання, дисморфічного розладу тіла, нервової булімії, емоційного харчування та зловживання проносними. Світові статистичні показники по даній групі розладів показують, що 1 з 5 жінок віком до 40 років стикаються із порушенням харчової поведінки. Крім того, дослідження, проведене у співпраці з Академією розладів харчової поведінки, показує, що 9% населення США (28,8 мільйона людей) має розлад харчової поведінки протягом життя [30]. Наукові праці українських та закордонних вчених значно розширили розуміння такої багатогранної проблеми, як порушення харчової поведінки. За даними численних опитувань, середній вік початку розладів харчової поведінки – 11-13 років. Понад 50% дівчат у віці між 13 і 15 років вважають, що вони мають надлишкову вагу (хоч і це не відповідає об'єктивним показникам), близько 80% тринадцятирічних дівчат за допомогою різноманітних дієт або в інший спосіб намагалися скинути вагу. За результатами опитування жінок після 40 років, 85% з них

мають бажання знизити вагу, що призводить до погіршення якості життя та переживання хронічного стресу [17, 22].

Слід акцентувати увагу на тому, що відповідна реакція на стресові чи тривожні стани, яка виявляється у формі переїдання, нерідко інтерпретується як індивідуальна характеристика або набутий патерн поведінки. Така інтерпретація призводить до мінімізації оцінки серйозності цих порушень та їхніх потенційних наслідків. Окрім загальновизнаних соматичних ефектів, таких як набір зайвої маси тіла чи, навпаки, значна втрата ваги з подальшим розвитком хронічних метаболічних порушень, слід підкреслити, що розлади харчової поведінки характеризуються найвищим показником летальності серед усіх категорій психічних розладів [32]. Згідно з наявними даними, від однієї чверті до однієї третини осіб, які страждають на нервову анорексію, нервову булімію або компульсивний розлад переїдання, повідомляли про думки про самогубство, а від однієї чверті до однієї третини навіть робили спроби самогубства [2]. Аналіз наукової літератури щодо вивчення виникнення ПХП дає змогу зробити наступні висновки.

1. Вплив стресу та тривожності на ПХП. Західні дослідження за останні 10 років підтверджують, що гострий та хронічний стрес є значущим тригером для розвитку ознак ПХП, зокрема, емоційного переїдання та обмежувальної поведінки. Встановлено, що підвищений рівень тривожності є одним із ключових чинників, що опосередковує зв'язок між стресом та дезадаптивною харчовою поведінкою у жінок [1,16,31]. Дослідження, проведені в Європі та США, свідчать, що жінки частіше, ніж чоловіки, використовують їжу як механізм регуляції негативних емоцій (емоційне переїдання), що асоціюється з низькою емоційною регуляцією [26, 28, 34, 41].

2. Стресостійкість як захисний чинник. На противагу стресу та тривожності, концепція стресостійкості (резильєнтності) активно вивчається як важливий захисний механізм [6, 15]. Закордонні науковці доводять, що високий рівень стресостійкості асоціюється зі здатністю ефективно протистояти впливу стресорів, що знижує ймовірність розвитку як тривожних станів, так і дисфункціональних стратегій харчової поведінки. Було встановлено, що висока резильєнтність сприяє використанню більш конструктивних копінг-стратегій, не пов'язаних з їжею [24, 27, 35, 37, 39, 40].

3. Контекст екстремального стресу (війни). Особливу увагу в останні роки приділено вивченню психологічних наслідків війни та травматичних подій. Відомо, що наявність у пацієнтів посттравматичного стресового розладу значно ускладнює процес терапії розладів харчової поведінки [Trot, 2020]. Українські фахівці активно досліджують вплив бойових дій та пов'язаних із ними стресорів на психічне здоров'я населення. Наявні публікації, що відображають зростання кількості випадків тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та, як наслідок, змін у харчовій поведінці серед українських жінок. Ці роботи підкреслюють унікальність українського контексту, де стресові чинники є довготривалими, непередбачуваними та масовими [5, 7, 11, 15, 18, 21].

4. Коморбідність. Вагомий внесок у формування несприятливої статистичної тенденції мають коморбідні стани, що підтверджує системний вплив ПХП на організм жінки. Зокрема, дві третини осіб, які страждають на анорексію, демонстрували ознаки тривожних розладів за кілька років до маніфестації порушення харчової поведінки. Також виявляється стійкий взаємозв'язок з депресією та посттравматичним стресовим розладом (26% жінок із розладом переїдання та 37–40% із

нервовою булімією мають супутній ПТСР) [12,14, 35, 43]. Проте, вплив є всебічним і не обмежується лише психічною сферою. порушення харчової поведінки демонструють значний взаємозв'язок із соматичними станами, посилюючи психологічний дистрес. Існує значуща асоціація між ПХП та синдромом подразненого кишківника (СПК). Жінки з цим діагнозом часто повідомляють про вищі показники депресії, тривоги, порушень харчування та невдоволення тілом порівняно з чоловіками [42, 44]. Хронічна гінекологічна патологія, така як ендометріоз, пов'язана зі значним негативним впливом на психічне здоров'я жінок. Ендометріоз асоціюється зі збільшеними шансами на розвиток депресії (Співвідношення Шансів (СШ), 3.61), тривоги (СШ, 2.61) та, що особливо важливо, розладів харчування (СШ, 2.94) [36]. Таким чином, коморбідність порушень харчової поведінки є комплексною біопсихосоціальною проблемою.

Незважаючи на значний науковий доробок, залишається не вирішеною частина загальної проблеми, а саме: недостатньо вивченим є комплексний взаємозв'язок між рівнем тривожності, індивідуальною стресостійкістю та специфічними проявами ПХП у жінок саме в умовах тривалого стресу, включаючи військовий стрес. Актуальним є кількісний аналіз, який би точно визначив, як саме ці психологічні змінні корелюють між собою в сучасних українських реаліях.

Мета та завдання дослідження. Метою магістерського дослідного проєкту є виявлення особливості взаємозв'язку між рівнем тривожності, стресостійкості та порушеннями харчової поведінки у жінок в умовах стресу.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу стосовно проблем порушень харчової поведінки, їх зв'язок з тривожністю та стресостійкістю.

2. Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідно мети сукупність методів, спрямованих на вивчення стресостійкості, тривоги та порушень харчової поведінки у жінок.
3. Провести кількісний аналіз відповідно до рівнів стресостійкості та тривожності, оцінити наявність ризику порушення харчової поведінки у респонденток
4. Провести кореляційний аналіз між рівнями стресостійкості, тривоги і ризиком порушень харчової поведінки у жінок, при наявності - встановити характер зв'язку.
5. Створити практичні рекомендації щодо профілактики виникнення порушень харчової поведінки у жінок в умовах стресу

Об'єкт дослідження є харчова поведінка жінок в умовах стресу.

Предметом дослідження є взаємозв'язок рівня тривожності та стресостійкості з порушеннями харчової поведінки у жінок.

Методологія та методи дослідження. У процесі виконання роботи було застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів. Серед теоретичних методів використані системний метод, аналіз наукової літератури за обраною проблематикою та узагальнення отриманих наукових даних. Емпіричну базу дослідження склали анкетування та психодіагностичне тестування. Для збору первинних даних використовувався наступний інструментарій:

1. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI);
2. Коротка шкала стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10);
3. Опитувальник EAT-26.

Обробка та інтерпретація зібраного матеріалу здійснювалася із залученням математично-статистичних методів аналізу. Так, для встановлення

статистично значущих взаємозв'язків між показниками тривожності, стресостійкості та порушень харчової поведінки застосовувався кореляційний аналіз за критерієм Пірсона.

Елементи наукової новизни даного дослідження полягають у тому, що :

1. Був вперше проведений комплексний аналіз взаємозв'язку між показниками тривожності, резильєнтності та типом порушень харчової поведінки у вибірці жінок-українок в умовах тривалого військового стресу.
2. Уточнено роль стресостійкості як основного диригента між тривожністю та ризиком розвитку ПХП у зазначених надзвичайних умовах.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані для:

1. Розробки програм первинної та вторинної профілактики ПХП для жінок, що перебувають під дією довготривалого стресу, зокрема в період воєнних дій.
2. Створення методичних рекомендацій для практичних психологів, які працюють з наслідками тривалого стресу у жінок і мають запити на корекцію емоційного переїдання.
3. Застосування сформульованих рекомендацій щодо самодопомоги у волонтерських та соціальних проєктах.

Публікації автора за темою дослідження : Сергеева К.П. “Теоретичні основи психологічної характеристики порушень харчової поведінки жінок в умовах стресу” : тези доп. Всеукраїнська

науково-практична конференцію “Сучасна психологія: виклики та перспективи”, 10 жовтня, 2025 р., Одеса

Структура та обсяг роботи. Проєкт складається із вступу, двох розділів, висновків та списку використаної літератури. Основний зміст роботи викладено на 41 сторінці. Список літератури налічує 48 джерел.

РОЗДІЛ 1 МЕТОДИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСУ, РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Методи вивчення порушень харчової поведінки жінок в умовах стресу

В магістерському дослідному проєкті з метою виконання поставлених завдань були використані теоретичні та емпіричні методи, а саме :

1. системний;
2. аналіз наукової літератури та узагальнення отриманих наукових даних;
3. анкетування;
4. психодіагностичне тестування;
5. математичної статистики.

Системний метод. Даний метод було використано для методологічного забезпечення дослідження, оскільки він дозволяє розглядати порушення харчової поведінки (ПХП) не як ізольований феномен, а як складну динамічну систему. Ця система функціонує під впливом зовнішніх чинників, таких як соціальний тиск та стресогенні фактори, та внутрішніх психологічних компонентів, тобто тривожність, самооцінка та резильєнтність. Ключовим фокусом застосування системного підходу є аналіз залежності та взаємного впливу цих елементів, зокрема дослідження механізму “замкненого кола”, в якому невдоволення власною зовнішністю провокує стрес і тривогу, що підсилює дезадаптивні патерни харчової поведінки. Таким чином, системний метод забезпечує структурування теоретичних припущень та необхідний для побудови концептуальної моделі, яка пояснює динамічну природу взаємодії тривожності, стресостійкості та ПХП.

Метод аналізу наукової літератури за обраною проблематикою та узагальнення отриманих наукових даних. Цей комплекс методів передбачав вивчення наукових першоджерел - монографій, статей, дисертацій - для формування теоретичної бази проєкту. Аналіз був спрямований на з'ясування змісту базових понять, їхніх класифікацій та оцінку сучасного стану вивчення цієї проблеми. Узагальнення отриманої інформації дає змогу об'єднати різні теоретичні підходи, виявити недостатність в існуючих знаннях, що дало змогу сформулювати актуальність теми та створити теоретичну гіпотезу щодо взаємозв'язку досліджуваних психологічних змінних.

Анкетування було застосовано як емпіричний метод для збору первинних стандартизованих даних. Основною метою було отримання соціодемографічних та контекстуальних характеристик вибірки. Зокрема, анкети включали питання для визначення:

1. Соціально - демографічних параметрів: вік та сімейний статус респонденток .
2. Географічно-конфліктного контексту: уточнення щодо місця перебування респондентів (на території України або за кордоном) та тривалості проживання на території України протягом повномасштабного вторгнення (2 і більше років). Цей параметр є критично важливим для оцінки впливу тривалого стресу на досліджувані психологічні показники (тривожність, стресостійкість) та порушення харчової поведінки.

Отримані в результаті анкетування дані дозволили забезпечити репрезентативність вибірки для детального аналізу впливу воєнного конфлікту на досліджувані взаємозв'язки.

У дослідженні був використаний комплекс психодіагностичних методик, відібраних з метою кількісного вимірювання ключових психологічних змінних та подальшого аналізу взаємозв'язків між ними, що відповідає вимогам системного підходу.

Для оцінки афективного стану респонденток застосовувалася Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI). Цей інструмент дозволяє чітко розмежувати реактивну (ситуативну) тривожність, яка виникає внаслідок на поточний стрес (включаючи воєнний), та особистісну тривожність, яка виступає прогностичним чинником загальної психологічної вразливості. Така диференціація є дуже важливою для розуміння, яка саме форма тривоги найбільше корелює з порушеннями харчової поведінки (ПХП).

Оцінка внутрішнього захисного ресурсу, тобто резильєнтності, проводилася за допомогою Короткої шкали стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10). Ця методика є надійною та економічною за часом (всього 10 пунктів), але при цьому ефективно вимірює рівень психологічної резильєнтності. Вибір цього тесту обґрунтований необхідністю визначити, наскільки висока стресостійкість виступає регулюючим механізмом, що запобігає формуванню дезадаптивних харчових патернів у відповідь на дію зовнішнього і внутрішнього стресу.

Головним інструментом для виявлення порушень харчової поведінки став Опитувальник EAT-26 (Eating Attitudes Test-26). Він є загальновизнаним та широко застосовується для скринінгу неклінічних когорт, що забезпечує високу порівнянність результатів. EAT-26 оцінює не лише явну поведінку, а й когнітивні установки щодо їжі, ваги та зовнішнього вигляду, які є глибинним підґрунтям ПХП.

Комплексне використання цих методик є цілеспрямоване, оскільки дозволяє одночасно виміряти чинник ризику (тривожність), захисні ресурси (стресостійкість) та кінцевий поведінковий результат (ПХП), що є необхідною умовою для встановлення статистично значущих причинно-наслідкових взаємозв'язків у досліджуваній системі.

Коротко охарактеризуємо кожну методику.

Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI)

Опитувальник STAI призначений для диференційованого дослідження психологічного феномена тривожності шляхом оцінки двох її форм. Методика складається з 40 тверджень (по 20 на кожну шкалу), які вимірюються за ступенем інтенсивності. Особистісна тривожність характеризує відносно стійку індивідуальну властивість особистості, що відображає її схильність до емоційної напруги, надмірної стурбованості та занепокоєння, а також схильність сприймати ситуації як небезпечні та загрозові. Реактивна тривожність характеризує стан особистості, що розвивається у відповідь на конкретну стресову ситуацію і відображає ступінь занепокоєння та емоційної напруги у даний момент. Цей показник не є сталим.

Розрахунки та інтерпретація результатів : загальний бал розраховується за формулою (деталі наведені в додатку А). Низька тривожність визначається при показнику до 30 балів, помірна тривожність — в проміжку 31–45 балів, а висока тривожність — при 46 і більше балів.

Коротка шкала стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10)

CD-RISC-10 є скороченим інструментом для оцінки рівня психологічної резильєнтності (стресостійкості) — внутрішнього ресурсу особистості, що визначає її здатність ефективно адаптуватися та

відновлюватися після впливу на неї стресових чинників (повна інструкція наведена в додатку Б)

Розрахунки та інтерпретація результатів : максимальний можливий бал за шкалою становить 40 балів. Для інтерпретації результати переводяться у відсотки від максимального значення (де 40 балів = 100%) і розподіляються наступним чином: низька стресостійкість (0% – 20%), нижче за середню (21% – 40%), середня стресостійкість (41% – 60%), вище за середню (61% – 80%), висока стресостійкість (81% – 100%).

Опитувальник EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)

EAT-26 оцінює не лише загальну схильність до розладу, але й дозволяє визначити характер порушення за трьома основними напрямками: дієтичне мислення (обмеження їжі), проблеми з образом тіла (фокус на зовнішність та вагу) та схильність до заїдань (булімічні тенденції). Методика оцінює як дисфункційну поведінку, так і когнітивні установки респондентів щодо їжі, ваги та зовнішнього вигляду.

Розрахунки та інтерпретація результатів: опитувальник складається з 26 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою Лайкерта. Далі вираховується сумарний бал, слід зауважити, що 26 пункт має зворотній підрахунок. Критичним показником є сума, що становить 20 балів і більше. Респондентки, які набрали критичні показники, вважаються такими, що мають клінічно значущі прояви порушень харчової поведінки та потребують додаткового діагностичного обстеження у спеціаліста.

Методи математичної статистики були невід'ємною частиною дослідження, забезпечуючи кількісну обробку отриманих даних та перевірки висунутої наукової гіпотези. Цей комплекс розпочинався з отримання сирих балів та переведення їх у відповідні номінативні шкали, а

також застосування описової статистики, що включала обчислення середніх значень, стандартних відхилень та визначення розподілу ключових психологічних показників: тривожності, стресостійкості та порушень харчової поведінки. Отримана первинна характеристика була необхідною для опису вибірки.

Ключовим методом аналізу став кореляційний аналіз за критерієм Пірсона, метою якого було встановлення статистично значущих зв'язків між досліджуваними психологічними змінними та вираженістю ПХП. Завершальний етап роботи з даними включав інтерпретацію результатів, яка полягала у формуванні наукових висновків на основі значущості та напрямку виявлених кореляцій, підтверджуючи або спростовуючи гіпотези дослідження.

1.2. Етапи організації та проведення емпіричного дослідження

Основним завданням даного розділу є опис програми та організації етапів емпіричного дослідження взаємозв'язку між порушеннями харчової поведінки, тривожністю та резильєнтністю у жінок, які зазнали впливу довготривалого стресу. Програма дослідження складалась із загальновизнаних етапів, а саме: підготовчого, діагностичного та інтерпретаційного. Останній включає в себе математико-статистичну обробку та інтерпретацію отриманих результатів.

Підготовчий етап охоплював інструментальну та організаційну частини. Основним елементом стало створення комплексу психодіагностичних процедур, спрямованих на надійну, валідну та стандартизовану діагностику досліджуваних явищ. Значна увага була приділена відбору методик тестування та їх інтеграції в єдину електронну Google-форму для зручності та оперативності дистанційного збору даних. Також методики були підібрані так, аби респондентки не витрачали багато

часу, що збільшило залученість у дослідження. Крім стандартизованих опитувальників, з метою отримання контексту життя та соціально-демографічних даних, було розроблено анкетування. Воно дозволило визначити вік респонденток та їхній соціальний статус. *Серед опитувальних “заміжня” відповіли 34,6%, “незаміжня” - 36,5%, “розлучена” - 11,5%, “у цивільному шлюбі” - 17.4%.* Отримані дані в подальшому можна буде використати для виявлення додаткових факторів впливу на психологічний стан.

Організаційна частина включала формування репрезентативної вибірки. Дослідження проводилось нами у 2025 році, тобто на третій рік повномасштабного вторгнення Росії в Україну, що є критичним чинником. До вибірки включалися лише ті жінки-респондентки, які перебували на території України майже весь час або провели в Україні два і більше років під час війни та виїхали за кордон (усього 4 особи перебували за кордоном). Таким чином, усі учасниці дослідження перебували під впливом довготривалого військового стресу або стресу, пов'язаного з вимушеною міграцією. *Всього в дослідженні взяли участь 52 жінки, віком від 17 до 56 років.*

Діагностичний етап представляв собою процедуру безпосереднього збору психодіагностичного матеріалу. Участь респонденток відбувалася на добровільних та конфіденційних умовах. Враховуючи специфіку вибірки та чутливість теми, електронний формат опитування надав змогу забезпечити максимальну анонімність та психологічний комфорт для самостійного проходження тестів.

На завершальному, **аналітико-інтерпретаційному етапі**, проводилась обробка зібраних даних за допомогою методів математичної статистики з використанням кореляційного аналізу та описової

статистикими та подальшим інтерпретуванням. Це дозволило виявити характер взаємозв'язків показників тривожності, стресостійкості та ПХП і сформулювати загальні висновки дослідження.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК В УМОВАХ СТРЕСУ

2.1. Кількісний аналіз рівнів тривожності, стресостійкості та ризику ПХП у жінок в умовах стресу

Цей підрозділ присвячено кількісному аналізу емпіричних даних, отриманих у ході дослідження, метою якого є визначення фактичної вираженості ключових психологічних показників, а саме тривожності, стресостійкості та ризику розвитку порушень харчової поведінки (ПХП) у досліджуваній вибірці жінок, які перебувають під впливом довготривалого стресу.

Спочатку ми отримали сирі бали за допомогою інструкції до кожної із використаних психодіагностичних методик. Надалі обробка емпіричних даних передбачала конвертацію сирих балів у відповідні номінативні шкали. Це було необхідним для стандартизованої інтерпретації результатів та забезпечення їхньої порівнянності.

Так, сирі бали показника резильєнтності за короткою шкалою стресостійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10) були переведені у якісні рівні, що приймають наступні значення: “низький”, “нижче за середній”, “середній”, “вище за середній” та “високий”. Очікування щодо показників були обумовлені важкими обставинами життя респонденток та дії на них постійного стресу, що може призвести до виснаження нервової системи та адаптивних ресурсів. Саме тому припускалось, що переважна більшість жінок буде мати показники стресостійкості на рівні “середній” або “нижче за середній”. Результати дослідження, абсолютні та відносні значення показників, по кожному рівню представлені у таб 2.1.

Таблиця 2.1

Кількісні показники стресостійкості досліджуваних жінок (n = 52)

Рівень	Абс. значення, балів	Відн. значення, %
Низький	0	0
Нижче за середній	3	5,77
Середній	12	23,08
Вище за середній	30	57,69
Високий	7	13,46

Як видно з таб. 2.1 тільки 5,77% респонденток мають значення резильєнтності “нижче за середній”; 23,08% - “середній рівень”; переважна більшість - 57,69% - володіють показниками стресостійкості на рівні “вище за середній” та 13,46% мають “високий рівень” стійкості до стресу.

Ці дані спростовують загальне очікування щодо виснаження адаптивних механізмів в нашій вибірці жінок під дією довготривалого стресу та, навпаки, показують успішну активацію або збереження внутрішніх ресурсів. Це явище є ознакою здорового психологічного функціонування в надзвичайних умовах та свідчить про наявність психологічної витривалості. Ця риса детально була описана в дослідженні Сальваторе Р. Мадді та співавторів [38].

Бали, що розраховані за допомогою формул по Шкалі Спілбергера–Ханіна, STAI, для особистісної тривоги (ОС) та ситуативної тривоги (СТ) були перетворені в номінативні рівні :

1. низький рівень (менше 30 балів);

2. середній рівень (31- 45 балів);
3. високий (46 і більше балів).

Абсолютні та відносні показники ОС та СТ наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

*Кількісні показники особистісної та ситуативної тривожності
досліджуваних жінок (n = 52)*

Рівень прояву	Особистісна тривога (ОС)		Ситуативна тривога (СТ)	
	Абс, бал	Відн, %	Абс, бал	Відн, %
низький	0	0	0	0
середній	25	48,08	13	25
високий	27	51,92	39	75

За даними таблиці 2.2. жодна учасниця дослідження не має низького рівня ситуативної та особистісної тривоги. Результати показали, що 48,08% відчують особистісну тривожність на середньому рівні, а 51,92% - на високому рівні. Щодо ситуативної тривоги, то 25% мають середній рівень, а 75% - високий. Наші результати є підтвердженням того, що всі респондентки перебувають у стані хронічного емоційного дискомфорту.

Сирі бали за опитувальником ЕАТ-26 були розраховані відповідно до інструкції (Додаток В) і були розподілені нами в номінативні шкали наступним чином :

1. без ознак порушення (до 16 балів включно)
2. група ризику (17-19 балів)
3. критичні значення (20 і більше балів)

Хоча методика не передбачає “групи ризику”, проте проаналізувавши результати, отримані від респонденток, ми побачили тенденцію, що значна кількість відповідей має близькі до встановленого порогового критерію значення. Такі показники можуть бути результатом впливу тривалого стресу та супутньої тривожності, які ще не призвели до повноцінного прояву розладу, але вже сформували стійкі дезадаптивні патерни поведінки. Також ми припускаємо думку, що частина респонденток могла навмисно знизити бали, аби не потрапити в критичні значення. Саме тому детальний аналіз поведінки був застосований для всіх респонденток, які мають 17 і вище балів. Кількісні показники по всій вибірці ($n = 52$) продемонстровані в таб. 2.3 та на діаграмі 2.1., а поведінковий аналіз позначено на діаграмі 2.2.

Таблиця 2.3

Кількісні показники ризику ПХП у респонденток ($n = 52$)

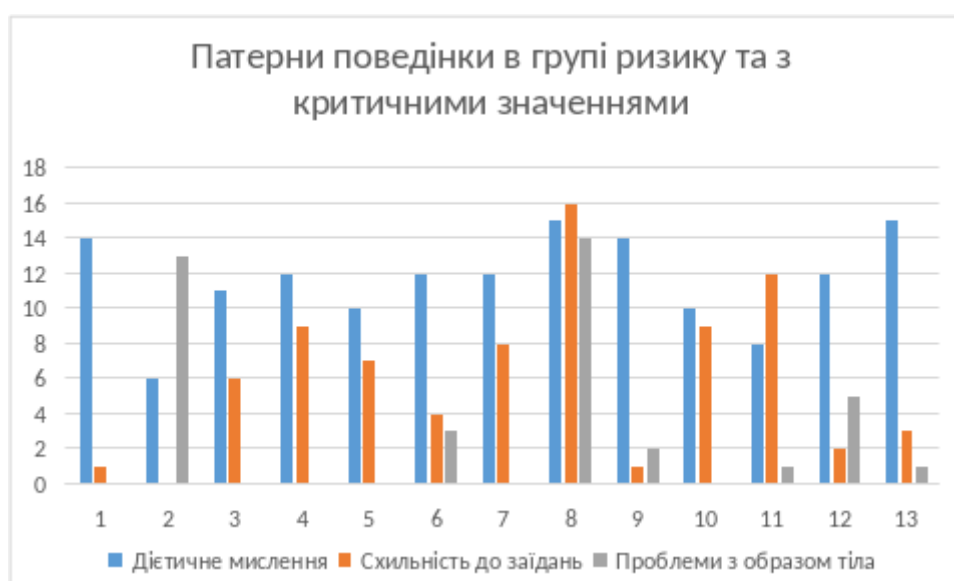
	Без ознак порушення	Група ризику	Критичні значення
Абс. знач.	39	9	4
Відн. знач.	75%	17,31%	7,69%

Діаграма 2.1.



Таким чином, ми бачимо, що 75% респонденток не мають проявів ПХП, 17,31% - перебувають у групі ризику, а решта - 7,69% мають ознаки порушень харчової поведінки. Респонденткам з групи ризику та ті, які мають критичні значення за опитувальником ЕАТ-26, рекомендоване подальше дослідження та звернення до психотерапевта.

Діаграма 2.2.



Найбільш розповсюдженою поведінкою у вибірці є “дієтичне мислення” , що проявляється обмеженнями у споживанні їжі, “схильність до заїдань” спостерігається у 53,85%, а значні показники щодо “проблем з образом тіла” відмічаються у 15,38% респонденток.

Таким чином можна дійти висновку, що переважна більшість респонденток володіє показниками стресостійкості на рівні “вище за середній”. При цьому високий рівень особистісної тривоги спостерігається у більше ніж половини жінок з вибірки, а високий рівень ситуативної тривожності - у 75%. Щодо порушень харчової поведінки, то критичні значення відмічаються у чотирьох жінок. Водночас, нами була сформована “група ризику” - жінки, які набрали межові значення (17 - 19 балів) по

опитувальнику ЕАТ-26, адже такі результати потребують уваги та подальшого дослідження. Серед жінок, що перебувають у групі ризику та тих, хто мають критичні значення відносно порушень харчової поведінки, найрозповсюдженішою поведінкою є “дієтичне мислення”.

2.2. Результати вивчення кореляційних взаємозв'язків тривожності, стресостійкості та ознак порушень харчової поведінки

Подальша обробка даних була здійснена за допомогою описової статистики, що дозволило отримати характеристику розподілу досліджуваних змінних і перейти до кореляційного аналізу. Так було визначено середнє значення (X) та стандартне відхилення (S) для кожного із показників, що досліджується у проєкті, тобто для рівня стресостійкості, особистісної тривоги (ОТ), ситуативної тривоги (СТ) та порушень харчової поведінки (ПХП). Отримані результати наведені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати описової статистики за досліджуваними показниками

	<i>Стресостійкість</i>	<i>ОТ</i>	<i>СТ</i>	<i>ПХП</i>
<i>X</i>	24.27	45.69	47.75	8.98
<i>S</i>	1.41	3.03	4.32	8.61

Низькі значення стандартного відхилення для стресостійкості, особистісної та ситуативної тривоги свідчать про те, що вибірка є гомогенною, тобто однорідною за цими показниками. *На противагу цьому, стандартне відхилення щодо показника ПХП є високим, що свідчить про неоднорідність вибірки і про те, що прояви порушень харчової поведінки є суворо індивідуальними.* Виходячи з усього вище зазначеного, ми

стикнулись в нашому дослідженні із статистичним парадоксом, тому було прийняте рішення розділити вибірку на 2 підгрупи за показником ПХП, а саме : I підгрупа складається з респонденток, які не мають ознак ПХП (n = 39), а II підгрупа становить 13 респонденток, які входять в групу ризику ПХП або мають критичні значення показника.

Для перевірки припущення, що резильєнтність є регулюючим механізмом, що запобігає формуванню дезадаптивних харчових патернів у відповідь на стрес порівняємо середні значення стресостійкості у кожній із підгруп (таб. 2.2.1)

Таб 2.2.1

Порівняльна таблиця середніх значень резильєнтності

	I підгрупа	II підгрупа
Середнє значення	25.72	19.92

Далі застосовуємо t-критерій Стюдента, аби оцінити розбіжності між величинами середніх двох підгруп. Для цього спочатку формулюємо нульову гіпотезу (H_0) : “Немає статистично значущої різниці між середніми значеннями резильєнтності у підгрупі I та підгрупі II”. Альтернативна гіпотеза (H_1) : “Існує статистично значуща різниця між середніми значеннями резильєнтності у підгрупі I та підгрупі II”. За допомогою Excel та функції T.TEST отримуємо $p = 0.0126$, оцінюємо результат на рівні значущості $p < 0,05$ - менший, це означає, що ми відхиляємо нульову гіпотезу, тобто *існує статистично значуща різниця між середніми значеннями резильєнтності у підгрупі I та підгрупі II.*

Отже, резильєнтність є регулюючим механізмом, що запобігає формуванню дезадаптивних харчових патернів у відповідь на стрес.

Проведемо порівняння для показників особистісної та ситуативної тривоги і оцінимо розбіжності між величинами середніх двох підгруп. Також застосуємо t-критерій Стюдента та сформулюємо нульові та альтернативні гіпотези для особистісної тривоги та ситуативної тривоги. H_0 - “Немає статистично значущої різниці між середніми значеннями особистісної тривоги (ОТ) у підгрупі I та підгрупі II”. H_1 - “Існує статистично значуща різниця між середніми значеннями особистісної тривоги (ОТ) у підгрупі I та підгрупі II”. H_0 - “Немає статистично значущої різниці між середніми значеннями ситуативної тривоги (СТ) у підгрупі I та підгрупі II”. H_1 - “Існує статистично значуща різниця між середніми значеннями ситуативної тривоги (СТ) у підгрупі I та підгрупі II”.

Таб 2.2.1

Порівняльна таблиця середніх значень ОТ та СТ в двох підгрупах

	I підгрупа	II підгрупа
ОТ, сер. зн-я	44.82	48.31
СТ, сер. зн-я	47.41	48.77

t-критерій Стюдента для особистісної тривоги :

$p_{OT} = 0.0003$, оцінюємо результат на рівні значущості $p < 0,05$ - значно менший, приймаємо альтернативну гіпотезу - “Існує статистично значуща різниця між середніми значеннями особистісної тривоги (ОТ) у підгрупі I та підгрупі II””

t-критерій Стюдента для ситуативної тривоги :

$p_{CT} = 0.1564$, оцінюємо результат на рівні значущості $p < 0,05$ - більший, приймаємо нульову гіпотезу - *“Немає статистично значущої різниці між середніми значеннями ситуативної тривоги (СТ) у підгрупі I та підгрупі II”*

За результатами даних таб. 2.2.1. та розрахунків t-критеріїв Стюдента можемо дійти висновку, що рівень ситуативної тривоги в обох групах приймає схожі значення і тому не є статистично важливими для проявів ПХП. А рівень особистісної тривоги відіграє істотну роль у наявності ознак ПХП - респондентки з групи ризику та з критичними показниками порушеннями харчової поведінки мають вищу особистісну тривогу.

Перевіримо гіпотези за допомогою кореляційного аналізу.

Кореляційний аналіз – метод математико–статистичної обробки емпіричних даних, який дозволяє встановити взаємозв'язок між змінними. Кореляційний аналіз проводиться на трьох рівнях значущості – $P \leq 0,05$, $P \leq 0,01$, $P \leq 0,001$. Коефіцієнт кореляції – числове значення, яке обчислюється за відповідними формулами кореляційного аналізу шляхом підстановки до них емпіричних даних дослідження за змінними X та Y. Для якісного оцінювання коефіцієнтів кореляції застосовуються шкала Чеддока: 0,3–0,5 – помітний; 0,5–0,7 – помірний; 0,7–0,9 – високий; 0,9–1,0 – вельми високий [10]

Розрахуємо лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона у II підгрупі для показників резильєнтності та особистісної тривожності. Для цього також використовуємо Excel та покроковий алгоритм :

1. Заносимо емпіричні дані для розрахунку у таблицю.
2. Встановлюємо табличний курсор у порожню комірку. Додаємо до комірки вбудовану функцію обчислення коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (PEARSON).
3. У діалоговому вікні, що відкрилося в якості аргументів “Масив 1” та “Масив 2” додаємо діапазони комірок з даними за досліджуваними змінними. Натискаємо “OK”.
4. В активній комірці з’явиться емпіричний коефіцієнт кореляції. Округлюємо його до сотих.
5. За таблицею критичних значень коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (таб 2.2.2) знайдемо пару критичних значень для даного об’єму вибірки $n = 13$ (на рівнях $P \leq 0,05$ та $P \leq 0,01$).

Таб.2.2.2

Критичні значення коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона

n	p=0.05	p=0.01
5	0.878	0.959
6	0.811	0.917
7	0.754	0.875
8	0.707	0.834
9	0.666	0.798
10	0.632	0.765
11	0.602	0.735

n	p=0.05	p=0.01
5	0.878	0.959
6	0.811	0.917
12	0.576	0.708
13	0.553	0.684
14	0.532	0.661
15	0.514	0.641
16	0.497	0.623
17	0.482	0.606
18	0.468	0.590
19	0.456	0.575
20	0.444	0.561
25	0.396	0.505
30	0.361	0.462
35	0.334	0.430
40	0.312	0.403
45	0.294	0.381
50	0.279	0.361

PEARSON_{стресостійкість} = 0.23, порівнюючи на рівні $P \leq 0,05$, що становить 0.553, цей зв'язок *статистично не значущий*.

PEARSON_{особ. тривога} = 0.57, порівнюючи на рівні $P \leq 0,05$ є *статистично значущим*.

Резюмуючи, можна стверджувати, що рівень стресостійкості не є визначальним показником наявності або відсутності порушень харчової поведінки у жінок. Проте ми встановили, що зі збільшенням рівня

особистісної тривоги ризик виникнення порушень харчової поведінки у жінок збільшується, тобто наявний прямий зв'язок.

2.3. Практичні рекомендації щодо профілактики виникнення порушень харчової поведінки у жінок в умовах стресу

За результатами нашого дослідження зрозуміло, що високий рівень особистісної тривожності відіграє важливу роль в механізмі формування порушень харчової поведінки у жінок. Саме тому метою цього підрозділу є надання рекомендацій щодо ефективного регулювання рівня тривоги. Дані рекомендації можна застосовувати як у психологічному консультуванні, так і в якості самодопомоги.

Спершу слід зазначити, що тривога - це емоційний стан, який складається з кількох компонентів, а саме :

1. думок, що виникають в голові людини в процесі міркування;
2. емоцій, які відчуває особа;
3. поведінки;
4. відчуттів в тілі людини.

Враховуючи вищезазначені дані, для зниження рівня тривоги особа повинна вміти розпізнавати прояви кожного компоненту і впливати на них.

Так, тривожні думки характеризуються навязливістю, це такі надмірні роздуми, що викликають у людини стан дискомфорту, занепокоєння, страху. Тривожні думки зазвичай супроводжуються когнітивними викривленнями - системними помилками мислення, за допомогою яких мозок намагається полегшити процес обробки інформації. Найпоширенішими когнітивними спотвореннями під час стану тривоги є:

1. катастрофізація - мислення, при якому особа перебільшує ризик та масштаби загрози та применшує власні ресурси (часто при дієтичному мисленні);
2. дихотомічне мислення або чорно-біле - особа бачить ситуацію суто у крайній категоріях (часто при дієтичному мисленні);
3. передбачення майбутнього - людина впевнена, що може передбачити негативні події, які ще не сталися;
4. читання думок - переконання, яке проявляється приписуванням іншим негативних намірів;
5. надузагальнення - віра в те, що одна негативна подія є доказом того, що схожі події будуть виникати завжди;
6. персоналізація - самозвинувачення, коли особа вважає, що вона є причиною негативних подій.

Як відомо, стан тривоги викликає каскад реакцій - думки впливають на емоції та поведінку, а це в свою чергу обумовлює тілесні прояви (ком в горлі, головний біль, стискання в грудях, жар в районі обличчя, посилене серцебиття). В такому випадку високу ефективність при роботі з тривожними станами виявляють техніки та вправи із когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), дихальні практики, практики релаксації та майндфулнес, арт терапія.

“Щоденник контролю” - вправа дозволяє змінити фокус уваги з постійної тривоги на конструктивні дії.

Це проста техніка, яка полягає у тому, що людина щоденно веде записи, де відповідає на такі питання :

1. На що я можу повпливати сьогодні? (Наприклад, свої дії, режим харчування, вибір продуктів, режим сну)

2. Що не я не можу контролювати? (Наприклад, дії інших, погодні умови, світові новини)

“Щоденник думок” - інструмент для самопізнання та самоусвідомлення, дозволяє відслідковувати свої думки та емоції тим самим регулювати свій стан.

Формат виконання письмовий або електронний. Людина протягом дня або в конкретно відведений час (наприклад, ввечері) записує :

1. ситуацію
2. емоції під час цієї ситуації (бажано з інтенсивністю прояву від 1 до 10, де 1 - це найменший прояв)
3. свої думки
4. докази “за” та “проти” кожної думки
5. на основі “за” та “проти” формулює нову, більш адаптивну та функціональну думку
6. оцінює емоції знову

“Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном” - метод допомагає знизити стрес і тривогу, зменшити фізичні прояви напруги. Техніка проведення :

1. Підготовка: сядьте у зручному положенні, можна виконувати практику лежачи. Зробіть кілька глибоких, спокійних вдихів та видихів, зверніть свою увагу на дихання.
2. Виконання: почніть напружувати одну групи м'язів (наприклад, стисніть пальці ніг або кулаки). Тримайте м'язи в напрузі приблизно на 5-10 секунд, доки не відчуєте максимальне напруження.

3. Різко розслабте напружені м'язи і побудьте в стані розслаблення 30-45 секунд. Зосередьтеся на контрасті між напругою та розслабленням, відчуваючи, як напруга виходить з тіла.
4. Поступово переходьте до наступних груп м'язів: гомілки, стегна, живіт, руки, плечі, шия та обличчя, повторюючи цикл напруження-розслаблення для кожної групи, так все тіло.
5. Завершення : після опрацювання всіх груп м'язів, відчуйте стан спокою та розслаблення, при сильній початковій тривозі можна повторити цикл кілька разів.

“Заземлення 5-4-3-2-1” - ця техніка спрямована на зниження рівню тривоги та переключення уваги людини на момент “тут і зараз”

Алгоритм дій : назвіть 5 предметів, які вас оточують; зосередьтесь на 4 речах, до яких можна доторкнутися та відчуйте цей контакт; прислухайтесь і назвіть 3 звуки, які чуєте; сфокусуйтеся на 2 запахах навколо вас; знайдіть 1 річ, яку ви можете скуштувати на смак.

Вправа “Полум'я свічки” [19]

Положення тіла – стоячи або сидячи.

Інструкція

Видихніть усе повітря з легень. Зробіть повільний вдих носом на рахунок: один, два, три, чотири. Зробіть повільний видих ротом на рахунок: один, два, три, чотири, п'ять, шість.

А тепер зробіть повільний повний вдих носом на рахунок: один, два, три, чотири та невеликими порціями крізь вузьку щілину між губами видихайте повітря так, щоби не загасити полум'я свічки (зовні це нагадує спробу поколихати полум'я свічки).

Примітка. Повторити вправу тричі. Потрібно врахувати, що кожна

наступна порція повітря має бути меншою за попередню. Спочатку кількість повторень не має перевищувати трьох, а надалі їх можна довести до десяти.

“Дихання по квадрату або 4-4-4-4” - ця дихальна техніка є досить простою і ефективною, добре допомагає знизити прояви тривоги :

1. Якщо є така можливість, прийміть зручне положення. Зробіть довгий вдих протягом чотирьох секунд.
2. Далі затримка дихання на чотири секунди.
3. Повільно видихайте протягом чотирьох секунд.
4. Зробіть паузу на чотири секунди.
5. Повторіть цикл (рекомендовано 3-4 цикли)

Вправа «Дихання з чергуванням ніздрів» [20]

Положення тіла – сядьте у зручну позу, спина має бути прямою.

Мета – допомагає збалансувати функцію правої та лівої півкулі, балансує психічний стан, знімає тривогу, занепокоєння.

Інструкція

Видихніть усе повітря з легень. А тепер повільно *вдихніть повітря правою ніздрею*, прикриваючи ліву, потім – *видихніть лівою ніздрею*, прикриваючи праву. Повільно *вдихніть повітря лівою ніздрею*, прикриваючи праву, потім – *видихніть правою ніздрею*, прикриваючи ліву.

Примітка. Дихайте так протягом 5–10 хвилин.

Щоб посилити дію вправи, можна подумки уявляти, як вдихається спокій, а видихається – душевне хвилювання, тривога.

“Mindfulness емоцій та відчуттів” - техніка для *консультантів* при роботі з клієнтами по зниженню рівня тривоги. Практика надає усвідомлення теперішнього моменту, вчить спостерігати за своїми емоціями та їх тілесними проявами без осуду [9].

Кроки, які психолог пропонує клієнту :

1. Згадайте недавню ситуацію, коли тривога була від 5 до 10 (за шкалою, де 0 - зовсім нема тривоги, а 10 - найбільша тривога у вашому житті)
2. Зараз заплющте очі і спробуйте уявити цю ситуацію якомога яскравіше, ніби вона зараз відбувається. Що ви бачите, чуєте, відчуваєте у тілі, які відчуваєте запахи? (Дайте клієнту час, очікування 30с).
3. Оцініть свій рівень тривоги від 0 до 10 (рекомендована ситуація, коли тривога була 7-8, але не обов'язково).
4. А зараз сфокусуйтеся на тому де ви відчуваєте емоцію. Де вона знаходиться? На що це схоже?
5. Зберігайте увагу на емоції, але не намагайтеся її контролювати. Дозвольте емоції просто існувати у вашому розумі та у вашому тілі. Начебто ви дивитеся фільм і просто спостерігаєте за розвитком сюжету на екрані. Ви не можете контролювати сюжет фільму та дійових осіб. Ви просто даєте сюжету розгортатися у часі. Застосуйте це до емоції. Якщо емоція посилюється, дайте їй посилитись. Якщо вона залишається незмінною, дайте їй залишитися незмінною. Якщо емоції затихають чи коливаються, просто дайте цьому відбуватися. Все, що ви робите - це спостерігаєте за тим, що відбувається, коли ви відпускаєте контроль над своїми почуттями. Якщо ваш розум блукає або ви почали про щось думати, просто помічайте це і м'яко та дбайливо поверніть свою увагу назад до

ваших емоцій. Просто дайте статися тому, що відбувається. Не критикуйте себе за те, що ваш розум блукає. Це нормальний стан нашого розуму.

6. Яка зараз інтенсивність ваших емоцій? (примітка: зупиніть практику, якщо інтенсивність знизилася на 3 або нижче 4. Якщо тривога вище 5 - використовуйте техніки заземлення “5-4-3-2-1”)

Арттерапевтична техніка “Дерево настрою” [13]

Мета: зниження рівня напруги та тривожності, нормалізація психоемоційного стану.

Інструментарій: акварель, трубочки для коктейлю, вушні палички, пензлики, палітра, лист А3.

Техніка відноситься до засобів екстреної допомоги. Хід роботи :

Пропонуємо клієнту:

1. Визначити те почуття, яке у нього зараз, якого йому хочеться позбавитися (виходимо з того, що людина знаходиться не в задовільному стані).
2. Відчути місце в тілі, де це почуття знаходиться (“мешкає”).
3. Розвести акварель водою і набравши її на пензель поставити ляпки біля основи листа.
4. Зробити глибокий вдих. Так, немов з тіла переміщаєте зазначене почуття, а потім “видути” те неприємне почуття, через трубочку на плями від фарби. Лист паперу можна обертати, видуючи повітря з трубочки, формувати гілки дерева або куща. Коли дерево готове, пропонуємо створити крону дерева (колір, плоди), використовуючи предмети для

креативного малювання (вушні палички, губку, велику пензлик, зубну щітку...) Працюємо, поки клієнту сподобається своя робота.

Зауважимо, що у зниженні рівня тривоги та зменшенні поведінкових проявів дієтичного мислення слід звертати увагу не тільки на психологічний інструментарій, а й враховувати фізіологію людини. Слід зазначити, що режим дня та харчування відіграють важливу роль. Саме тому, особам, що перебувають під дією довготривалого стресу рекомендовано дотримуватись наступних правил [23]:

1. Сон 7-9 годин;
2. Провітрювання приміщення перед сном, сон у масці;
3. Щоденні помірні фізичні навантаження протягом 30 хв (прогулянка, йога, пілатес);
4. Збалансований режим харчування, що включає 3 прийоми їжі (за умови, що немає інших показань лікаря). Слід звернути увагу на такі продукти : індичка, курка, яйця, сир, йогурт, бобові, гарбузове насіння, кунжут, горіхи, банани (містять триптофан - амінокислота, яка є попередником гормону щастя - серотоніну); жирна риба (джерело Омега-3); гречка, овес, шпинат, мигдаль, авокадо, квасоля (містять магній та вітаміни групи В, які необхідні для функціонування нервової системи); чорний шоколад та ягоди (містять антиоксиданти, які борються зі стресом на рівні клітини).
5. Дотримання питного режиму.

Таким чином, стає очевидним, що профілактика виникнення порушень харчової поведінки у жінок носить комплексний характер. Вона передбачає роботу щодо регуляції рівня тривоги та супутніх емоцій,

думок, поведінки, а також дотримання принципів збалансованого харчування, помірних фізичних навантажень та режиму відпочинку.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу наукових джерел, які присвячені проблематиці порушень харчової поведінки, тривожності та стресостійкості, визначено сутність та взаємозв'язки досліджуваних категорій. Підтверджено, що порушення харчової поведінки (ПХП) - це складний та комплексний психологічним феноменом, який виступає в якості дезадаптивного способу подолання для регуляції емоційного дискомфорту. Доведено доцільність застосування системного підходу для аналізу взаємного зв'язку між емоційними станами та поведінковими патернами.

2. Аналіз наукової літератури підтвердив, що тривожність є ключовим чинником ризику ПХП, тоді як психологічна резильєнтність є важливим захисним чинником. В умовах довготривалого стресу відбувається об'єднання і посилення тривожних станів у стійку особистісну рису, що створює оптимальні умови для виникнення замкненого кола: стрес - тривога - порушення поведінки (як спроба контролю) - посилення тривоги.

3. Встановлено, що порушення харчової поведінки проявляються як спосіб компенсації відчуття втрати контролю та емоційного заспокоєння. Емпірично підтверджено, що основними патернами порушень у вибірці є дієтичне мислення та схильність до заїдань. Виявлено, що значна частина

респонденток перебуває в групі високого психологічного ризику, адже мають пограничні (17-19) бали за опитувальником ЕАТ-26.

4. Емпіричне дослідження проведено на вибірці з 52 жінок віком від 17 до 56 років, які перебували під впливом хронічного військового стресу. Обробка сирих балів та їх конвертація в номінативні шкали дозволила отримати такі основні описові результати:

- Показники тривожності (за STAI) у вибірці демонструють високий рівень психологічної напруги: середній бал особистісної тривоги (ОТ) становить 45.69, що відповідає середньому рівню, хоча умовно можна віднести до високого; середній бал ситуативної тривоги (СТ) становить 47.75, що відповідає високому рівню. Це свідчить про колективний, спільний стан вразливості на фоні хронічного стресу.
- Показники стресостійкості (за CD-RISC-10) виявили збереження адаптаційного потенціалу більшістю вибірки, адже середнє значення резильєнтності становить 24.27, що відповідає середньому рівню. Однак, високе стандартне відхилення (S) за шкалою ЕАТ-26 вказує на значну неоднорідність групи щодо ризику виникнення порушень харчової поведінки. Загалом 7,69% респонденток набрали критичний бал (20 і вище), що підтверджує наявність ризику розвитку порушень харчової поведінки.

5. Кореляційний аналіз, проведений з розділенням вибірки на групи “Ризик ПХП” та “Без ризику ПХП”, дозволив встановити, що у групі “Ризик ПХП” виявлено статистично значущий прямий зв'язок помірної сили між особистісною тривожністю та дієтичним мисленням (0.57, $p < 0.05$). Це підтверджує гіпотезу про те, що висока схильність до тривоги безпосередньо призводить до використання обмежуючого контролю їжі як

механізму копінгу, тобто зі збільшенням рівня тривоги ризик виникнення порушень харчової поведінки зростає. Між показником стресостійкості та ризиком розвитку ПХП виявлено слабкий зв'язок ($p = 0.23$). Однак, з огляду на обсяг вибірки, цей зв'язок не досягає рівня статистичної значущості, це означає, що рівень стресостійкості не впливає на наявність або відсутність порушень харчової поведінки.

6. Порівняльний аналіз між підгрупами I та II (“Без ризику ПХП” та “Ризик ПХП” відповідно) показав, що:

1. Середні показники особистісної тривожності є вищими у групі “Ризик ПХП” і становлять 48,31. При цьому середні показники ситуативної тривоги на високому рівні в обох групах - 47.41 та 48.77 відповідно. Це свідчить про те, що рівень ситуативної тривоги не є визначальним і не впливає на наявність порушень харчової поведінки у жінок під дією стресу.
2. Середні показники стресостійкості є нижчими у групі “Ризик ПХП” і становлять 19.92 (“середній рівень”) на противагу групі “Без ризику ПХП” - 25.72 (“вище середнього”), але ця різниця у показниках не має статистичної значущості і не впливає на ризик виникнення розладів харчової поведінки у жінок.

Таким чином, попри загальну високу резильєнтність вибірки, збіг низької індивідуальної стресостійкості з високою особистісною тривогою

виступає критичним чинником, який прориває захисний бар'єр і призводить до появи порушень харчової поведінки.

7. На основі отриманих результатів сформульовано науково-практичні рекомендації, що ґрунтуються на встановленому прямому взаємозв'язку, для первинної профілактики розладів харчової поведінки шляхом зниження особистісної тривожності та корекції дисфункціональних установок дієтичного мислення. Надані комплексі рекомендації, техніки та методи щодо роботи з думками, емоціями, поведінкою та корекцією способу життя задля зниження рівня особистісної тривоги з метою зменшення ризику виникнення порушень харчової поведінки.

Список використаних джерел

1. Абсалямова Л. М. Дослідження харчових виборів жінок репродуктивного віку / Л. М. Абсалямова // Проблеми сучасної психології. – 2018. – Вип. 39. – С. 19–31. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2018_39_4.
2. Балагурак О. Розлади харчової поведінки та суїцидальний ризик / О. Балагурак // Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. – 2024. – Вип. 21. – С. 3–9. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2024.21.1>. – URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/21_2024/3.pdf.
3. Варіна Г., Шевченко С. Клініко-психологічні особливості впливу стресогенних чинників на розлад харчової поведінки жінок. Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2024. №1. 206 с. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.2>.
4. Гончаренко В. Яка різниця між порушеннями і розладами харчової поведінки? / В. Гончаренко // Національна асоціація лікарів та психологів. Розлади харчової поведінки : терапія та превенція / ED-UA – Експертна допомога при розладах харчової поведінки. – 2024. – URL: <https://ed-ua.com/faq/yaka-riznitsya-mizh-porushennyam-i-rozladami-harchovo-yi-povedinky/>.
5. Горяженко О. Ю., Завязкіна Н. В. Жіттестійкість жінок з надмірною вагою в умовах воєнного конфлікту / О. Ю. Горяженко, Н. В. Завязкіна //

Габітус : науковий журнал. Серія: Психологія особистості. – 2024. – Вип. 68. – С. 119–123. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.20>.

6. Грішин Е. О. Психологічний супровід розвитку резильєнтності як чинника саморегуляції особистості, яка перебуває в складній життєвій ситуації – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2024.

7. Демешкіна Л. В. Взаємозв'язки між емоціогенним типом харчової поведінки та психоемоційним станом хворих з гастроентерологічною патологією в умовах дії факторів воєнного часу в Україні / Л. В. Демешкіна // Гастроентерологія. – 2025. – Т. 59, № 2. – С. 90–95. – DOI: 10.22141/2308-2097.59.2.2025.672.

8. Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки : дис. ... д-ра філос. за спец. 053 Психологія / Н. М. Капталан. – Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. – Одеса, 2022. – 186 с.

9. Кларк Д. А., Бек А. Т. Тривога і занепокоєння. Когнітивно-поведінковий підхід / Д. А. Кларк, А. Т. Бек. – Київ : Науковий світ, 2020. – 448 с.

10. Климчук В. О. Математичні методи у психології : навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей / В. О. Климчук. – Київ : Освіта України, 2009. – 288 с.

11. Коваленко Н., Осуховська О., Хаустова О. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб / Н. Коваленко [та ін.] // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2021. – Т. 6, № 1. – DOI: 10.26766/pmgrp.v6i1.296.

12. Кокашинський В. О. Лікування та реабілітація хворих на тривожнодепресивні розлади з порушеннями харчової поведінки : дис. ... д-ра філософії. Дніпро, 2024. 189 с.

13. Красіна Г., Гавриловська К., Гурець Н. Техніки арттерапії в роботі кризового психолога з цивільним населенням в умовах війни : навч.-метод.

посіб. / Г. Красіна [та ін.] ; за ред. Г. Красіної, К. Гавриловської. – Харків : Видавець ФОП Захаренко В. В., 2023. – 106 с.

14. Левченко Д. Порівняльна характеристика індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки. Науковий вісник Мукачевського державного університету. Серія: Педагогіка та психологія. 2023. Т. 9, № 24. С. 47-56. URL: <https://doi.org/10.52534/msu-pp4.2023.47>.

15. Содолевська В. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій / В. Содолевська // Психосоматична медицина та загальна практика : Журнал НейроNews. – 2025. – Т. 9, № 3. – Вип. 6 (161). – С. 28–34. – DOI: 10.26766/pmgr.v9i3.532.

16. Соколова Л. К., Булашенко О. В. Надлишкова вага та ожиріння в умовах стресу: ігнорувати чи реагувати? / Л. К. Соколова, О. В. Булашенко // Здоров'я України : фахове медичне видання. – 2022. – № 4 (Тематичний номер). – С. 17–19.

17. Фатєєва М. С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2021. - 230 с.

18. Харун І. Основні показники стилю життя жінок із посттравматичним стресовим розладом та їх роль у розвитку звичного невиношування вагітності / І. Харун // Український медичний часопис : Фахове науково-практичне видання для спеціалістів сфери охорони здоров'я. – 2025. – № 6. – С. 54–57. – DOI: 10.32471/umj.1680-3051.265631.

19. Цільмак О. М., Шмаленко Ю. І., Мілорадова Н. Психологія емоцій та почуттів : підручник / О. М. Цільмак [та ін.] ; за заг. ред. О. М. Цільмак. – Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2024. – 420 с.

20. Цільмак О. М. Особливості застосування дихальних вправ та технік під час екстремальних ситуацій: Соціально-психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони України : тези доп. III Всеукр. наук.-практ. конф., 22 грудня 2022 р. Харків: НА НГУ. 2022. С. 32-35 с.

21. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. - Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. - 232 с.
22. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : дис. ... докт. психол. наук : 19.00.01 загальна психологія, історія психології / Шебанова Віталія Ігорівна. - Київ, 2017. - 517 с.
23. Юшковська О. Жіноче тіло. Інструкція по застосуванню / О. Юшковська. – Київ : Саміт-книга, 2021. – 244 с.
24. Baenas, I., Caravaca-Sanz, E., Granero, R. (2020). COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 855–863. – DOI: 10.1002/erv.2771.
25. Bäck, M., Falkenström, F., Gustafsson, S. (2020). Reduction in depressive symptoms predicts improvement in eating disorder symptoms in interpersonal psychotherapy: results from a naturalistic study. *Journal of Eating Disorders*, 8, Art. 33. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00308-1>.
26. Bazo Perez, M., Frazier, L. D. (2024). Risk and resilience in eating disorders: differentiating pathways among psychosocial predictors. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), Art. 62. – DOI: 10.1186/s40337-024-01023-x.
27. Calvete, E., Las Hayas, C., Gómez Del Barrio, A. (2018). Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders. *Psychiatry Research*, 259, 470–475. – DOI: 10.1016/j.psychres.2017.11.031.
28. Carno, S. G., Araújo, M. M., Cavalcanti, M. E. C. B. (2024). Sex-related differences in eating behaviors during COVID-19 pandemic: A systematic review with metanalysis. *Appetite*, 203, Art. 107727. – DOI: 10.1016/j.appet.2024.107727.
29. Duarte, C., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, self-criticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 123–131. – DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.01.1003.

30. Eating Disorder Hope. (2024). Eating Disorder Statistics: What the Numbers Reveal. *Eating Disorder Hope*. – URL: <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/eating-disorder-statistics-what-the-numbers-reveal>.
31. Herhaus, B., Ullmann, E., Chrousos, G. (2020). High/low cortisol reactivity and food intake in people with obesity and healthy weight. *Translational Psychiatry*, 10, Art. 40. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0729-6>.
32. Hocaoglu, Cicek. (2017). *Eating Disorders with Comorbidity Anxiety Disorders*. – DOI: 10.5772/65844.
33. Kelly, A. C., Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 716–722. – DOI: 10.1002/eat.22527. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27061929/>
34. Keski-Rahkonen, A. (2024). Eating disorders: etiology, risk factors, and suggestions for prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(6), 381–387. – DOI: 10.1097/YCO.0000000000000965.
35. Khalil, Z., Mason, T. B., Smith, K. (2025). Examining racial-ethnic and gender differences in the associations between resilience, psychological inflexibility, and eating disorders. *Journal of American College Health*, 73(5), 1994–2001. – DOI: 10.1080/07448481.2025.2510687.
36. Keller, D., Pathak, G. A., Wendt, F. R. (2023). Epidemiologic and Genetic Associations of Endometriosis With Depression, Anxiety, and Eating Disorders. *JAMA Network Open*, 6(1), Art. e2251214. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.51214.
37. Las Hayas, C., Padierna, J. A., Muñoz, P. (2016). Resilience in eating disorders: A qualitative study. *Women & Health*, 56(5), 576–594. – DOI: 10.1080/03630242.2015.1101744.

38. Maddi, S., Matthews, M., Kelly, D. (2012). The Role of Hardiness and Grit in Predicting Performance and Retention of USMA Cadets. *Military Psychology*, 24, 19–28. – DOI: 10.1080/08995605.2012.639672.
39. Mathieu, J., Brunaud, L., Reibel, N. (2022). Low resilience in severe obesity: marker of adverse childhood experiences and current psychological disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3507–3519. – DOI: 10.1007/s40519-022-01488-2.
40. McManama O'Brien, K. H., Rowan, M., Willoughby, K. (2021). Psychological Resilience in Young Female Athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), Art. 8668. – DOI: 10.3390/ijerph18168668.
41. Mento, C., Rizzo, A., Bruno, A. (2022). Sex Differences in Emotions and Eating Behaviors among People Affected by Obesity. *Brain Sciences*, 12(12), Art. 1663. – DOI: 10.3390/brainsci12121663. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36552124/>
42. Ordaz-Alvarez, H. R., Priego-Parra, B. A., Reyes-Diaz, S. A. (2025). Prevalence of Eating Disorders Among Adults With Irritable Bowel Syndrome: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 59(9), 880–888. – DOI: 10.1097/MCG.0000000000002101.
43. Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*, 22(1), 33-49.
44. Tarar, Z. I., Farooq, U., Zafar, Y. (2023). Burden of anxiety and depression among hospitalized patients with irritable bowel syndrome: a nationwide analysis. *Irish Journal of Medical Science*, 192(5), 2159–2166. – DOI: 10.1007/s11845-022-03258-6.
45. Trottier, K. (2020). Posttraumatic stress disorder predicts non-completion of day hospital treatment for bulimia nervosa and other specified feeding/eating disorder. *Eur Eat Disord Rev*, 28, 343–50. – DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2723>.

46. Vicent, M., González, C., Quiles, M. J. (2023). Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), Art. 101. – DOI: 10.1186/s40337-023-00817-9. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37365626/>
47. Winkeler, A., Winkeler, M., Imgart, H. (2022). Infra-Low Frequency Neurofeedback in the Treatment of Patients With Chronic Eating Disorder and PTSD. *Front Hum Neurosci*.
48. Zelkowitz, R. L., Cole, D. A. (2020). Longitudinal relations of self-criticism with disordered eating behaviors and nonsuicidal self-injury. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1097–1107. – DOI: 10.1002/eat.23284. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32406548/>

Додаток А

Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності»

Спілбергера - Ханіна (STAI)

Група особистісних опитувальників, розроблена Ч.Д. Спілбергера в 1966-1973 рр. Бланк шкал самооцінки включає інструкцію і 40 питань-суджень, 20 з яких призначені для оцінки рівня ситуативної тривожності (СТ) і 20 - для оцінки рівня особистісної тривожності (ОТ). Ю.Л. Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методику, а також отримав орієнтовні нормативи рівневої вираженості тривожності: від 20 до 34 балів - низький рівень тривожності; від 35 до 45 балів - середній рівень тривожності; 46 і вище балів - високий рівень тривожності.

Опитувальник допускає індивідуальне та групове використання.

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття. Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру: «1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4 2.

Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4

3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4

4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви відчуваєтеся вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви відчуваєтеся відпочилим людиною 1 2 3 4
9. Ви стурбовані 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4
14. Ви роздуті 1 2 3 4
15. Ви відчуваєте скутості і напруження 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви занадто порушено і вас на собі 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4 20. Вам приємно 1 2 3 4

Ситуативна тривожність (СТ) визначається за ключем:

$$(СТ) = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) - (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) + 50$$

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття.

Прочитайте (прослухайте) уважно кожна з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходящу вам цифру справа залежно від цього, як ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають: «1» – що ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди.

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4
2. Ви швидко втомлюєтеся 1 2 3 4
3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4
4. Ви хотіли би бути настільки ж щасливою людиною, як інші 1 2 3 4
5. Буває, що програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення 1 2 3 4

6. Ви відчуваєтеся бадьорою людиною 1 2 3 4
7. Ви спокійні і зібрані 1 2 3 4
8. Очікування труднощів дуже турбує вас 1 2 3 4
9. Ви занадто переживаєте через дрібниці 1 2 3 4
10. Ви буваєте цілком щасливі 1 2 3 4
11. Вам не хочеться приймати все близько до серця 1 2 3 4
12. Вам бракує впевненості у собі 1 2 3 4
13. Ви відчуваєтеся безпечно 1 2 3 4
14. Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
15. У вас буває хандра, туга 1 2 3 4
16. Ви буваєте задоволені 1 2 3 4
17. Всякі дрібниці відволікають вас 1 2 3 4
18. Ви так переживаєте розчарування, що потім довго не можете про нього забути 1 2 3 4
19. Ви врівноважена людина 1 2 3 4
20. Вас охоплює сильне занепокоєння, як ви думки про свої добрі справи і турботах 1 2 3 4

Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу:

$$(ОТ) = (2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) - (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35$$

Додаток Б

Шкала стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10) — це опитувальник для самостійного заповнення пацієнтом, що включає 10 запитань, розроблених у вигляді шкали Лайкерта з п'ятьма варіантами відповідей (0 = ніколи; 4 = майже завжди). Загальний бал опитувальника становив суму відповідей, отриманих на кожен пункт (діапазон 0–40), а найвищі бали свідчили про найвищий рівень стійкості.

Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

1. Я можу адаптуватися до змін

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів

Зовсім невірно 0 – 1 – 2 – 3 – 4 Майже завжди вірно

Додаток В

Опитувальник ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test-26)

Усі питання тесту, за винятком 26-го, оцінюються наступним чином:
«завжди» — 3; «як правило» — 2; «досить часто» — 1; «іноді» — 0;
«рідко» — 0; «ніколи» — 0. 26-те питання оцінюється наступним чином:
«завжди» — 0; «як правило» — 0; «досить часто» — 0; «іноді» — 1;
«рідко» — 2; «ніколи» — 3.

Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20, є висока ймовірність розладу харчової поведінки.

[illegible]

