

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені
Т.Г.Шевченка
ІНІ психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології імені М.А. Скока

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Освітнього ступеня «магістр»

на тему:

«Розлади харчової поведінки, як наслідок стресу під час воєнного
стану»

Виконала:

магістриня 2 року навчання, 61 групи

Булденко Анна Олександрівна

Науковий керівник:

Гірченко Олена Леонідівна

Кандидат психол.наук,

доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів

2024

Студентка

Підпис

П.І.Б.

Наук. керівник

Підпис

П.І.Б.

Рецензент

Підпис

П.І.Б.

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол №____ від «____»_____2024 року. Студентка допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

Зміст

Вступ.....	1
Розділ 1. Теоретичне поняття РХП. Причини виникнення, симптоми та види розладів харчової поведінки. Зміни в харчовій поведінці під час воєнного стану.....	4
1.1 Причини виникнення та симптоми РХП.....	4
1.1.2 Фактори виникнення РХП	4
1.1.3. Фізичні та психологічні симптоми РХП.....	10
1.2. Види розладів РХП.....	13
1.2.1 Нервова анорексія.....	13
1.2.2. Нервова булімія.....	20
1.2.3. Компульсивне переїдання.....	25
1.3. Психологічний стрес, як фактор впливу на харчову поведінку.....	31
Розділ 2. Емпіричне дослідження розладів харчової поведінки, як наслідок стресу під час воєнного стану.....	38
2.1. Психодіагностичний інструментарій дослідження розладів харчової поведінки як наслідок стресу під час воєнного стану.....	38
2.2. Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки.....	40
Висновки.....	50
Перелік використаних джерел.....	53
Додатки.....	57

Вступ

«Обмеження калорій ніколи не буде гарною ідеєю для вашого здоров'я. Обмеження негативних думок – ось, що має стати новим «дієтичним» трендом». – Ребекка Макконвілл

Актуальність теми:

В першу чергу актуальність теми пов'язана з тим, що відбувається в нашому середовищі, суспільстві, країні. Війна, це наш Дамоклів меч. Життя в умовах війни дуже впливає на кожну людину, а саме фізично, психологічно, ментально, соціально. Працюючи в психологічній сфері, ми досить часто почала стикатися з тим що найперше у людей страждають фізіологічні потреби, і одна з таких потреб це харчування. Адже ми їмо з народження і стосунки з їжею це найбільш ранні стосунки, які ми будуємо в своєму житті і на яких в майбутньому будується подальша взаємодія зі світом. В сучасному світі харчова поведінка достатньо нормалізована. Людини навчилася слідкувати за своєю вагою, застосувати різні види правильного харчування аби не «поправитися», займатися фізичним вправами аби тримати себе в тонусі. В цей самий час ми розуміємо, що проблеми РХП не достатньо досліджені в нашому суспільстві, і люди не усвідомлюють, що в них є психічні розлади і не можуть вчасно звернутися по допомогу. В науковому просторі цю тему досліджують різні вчені: Т. Назаренко, О. Сушко, Т. Нечитайло, С. Холл, В. Чарльз, Дж. Коулман, С.Орбах, М. Білоусенко, Л. Бурлачук. Отже вибір цієї теми обумовлений її актуальністю в даний час та достатньою науковою розробленістю.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка

Предмет дослідження: розлади харчової поведінки як наслідок стресу під час воєнного стану.

Мета: дослідити, як стрес який викликала війна повпливав на харчову поведінку різних категорій населення по відношенню до воєнних дій.

Згідно з поставленою метою було визначено **основні завдання:**

- 1) Викласти причини виникнення рхп та як вони проявляються.
- 2) З'ясувати найбільш поширені види розладів харчової поведінки.
- 3) Визначити психологічні особливості впливу стресу під час війни на харчову поведінку.
- 4) Запропонувати психологічні методи корекції розладів харчової поведінки.

Теоретико-методологічною основою основою роботи: стали дослідження про розлади та порушення харчової поведінки Абсалямової Л.М. Вона зазначає, що харчова поведінка включає у себе сукупність установок, патернів поведінки, емоційні реакції тощо, що напряду може стосуватися процесу прийому їжі, що визначається індивідуальними характеристиками кожної людини. Визначається, що дане явище оцінюється як гармонійне або девіантне, що залежить від позиції харчування у системі цінностей особистості. (Абсалямова Л.М., Назаренко Т.), Ж. Волонтир і Л. Котляр відзначають, що важливим у вивченні харчової поведінки є визначення її розладів як окремої групи порушень психологічних особливостей людини, що, як наслідок здатні спровокувати проблеми соматичного характеру серцево-судинної системи, травної, нервової тощо [3]. Дж. Коулман, С.Орбах вивчали дослідження психологічних чинників харчової поведінки.

Методи емпіричного дослідження: В ході дослідження було використано теоретичні методи (аналіз літератури, узагальнення та висновки), емпіричні (Тест вподобань харчової поведінки (eating attitudes test eat-26)). Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та шкала Гамільтона та методи статистичної обробки даних.

Процедура емпіричного дослідження: Дослідження було проведено на базі приватної клініки психо-соматичного відновлення. В опитуванні взяли

участь 30 осіб (а саме пацієнти клініки). Процедура проводилась у формі тестування, анонімно.

Структура роботи Робота складається з вступу, теоретичного та емпіричного розділів, висновків, переліку літератури та додатків.

Розділ 1. Теоретичне поняття РХП. Причини виникнення, симптоми та види розладів харчової поведінки. Зміни в харчовій поведінці під час воєнного стану.

1.1. Причини виникнення та симптоми РХП

Зміни в харчовій поведінці можуть початися просто як зміна на кращий спосіб життя, але з часом може вийти з під вашого контролю. Розлади харчової поведінки вважаються психологічною проблемою, але досить часто страждає ще й фізичний стан організму. Дуже часто такі розлади супроводжуються тривогою та депресією, а інколи через такі психічні порушення виникають.

1.1.2 Фактори виникнення РХП

Для початку визначимо поняття харчової поведінки. Харчова поведінка це сукупність вподобань та звичок людини, які пов'язані з їжею. Розлади харчової поведінки – означає стан при якому зміни харчової поведінки загрожують фізичному та психологічному розвитку. Наразі проблема розладів харчової поведінки є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки вони асоційовані з вираженими негативними медико-соціальними наслідками та мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань. Згідно з даними наукових літературних джерел, у світі щонайменше 30 млн осіб будь-якого віку та статі страждають на РХП (Hudson et al., 2007; Le Grange et al., 2012). Вказані розлади притаманні всім расовим та етнічним групам (Marques et al., 2012). Генетична схильність, особистісні характеристики та середовищні чинники є одними з факторів ризику розвитку РХП (Culbert et al., 2015). У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), яка є офіційною клініко-діагностичною класифікацією, прийнятою в нашій країні, розлади харчової поведінки включено до розділу F 50–F 59 –Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами. Досить багато років проблеми та хвороби, які виникають внаслідок розладів харчової

поведінки достатньо знецінювалися та ігнорувалися суспільством. Було поширено хибне твердження про те, що це свідомий вибір кожної людини і вона сама здатна зупинитися та налагодити своє харчування. Найчастіше такі розлади зустрічаються серед підлітків. Вони вважаються найбільш уразливою частиною населення, і перші прояви можна помітити у дітей 12-13 років. Частіше за все хворі не усвідомлюють, що мають складну психічну проблему. Внаслідок цього, за даними Alan E. Kazdin вперше звернення до спеціалістів людей з РПХ припадають у середньому на 8 рік захворювання. Крім того, 80% хворих отримують неналежну медичну допомогу та неефективне лікування. (Alan E. Kazdin 2008). [2]

А тепер опишемо більш детально, фактори ризику які можуть спричинити розвиток розладів харчової поведінки:

1) Генетична та спадкова схильність: Дослідники вважають так: РХП можуть бути наслідком як генетичних, так і екологічних впливів. Деякі дослідження показують, що люди з анорексією мають генетичні аномалії. Стверджується, що генетичні фактори становлять від 40% до 60% ризику виникнення розладів харчової поведінки. Передатися генетично можуть гормональні відхилення та порушена передача нейромедіаторів, що може призвести до підвищень або знижень апетиту. Гени не відокремлені один від одного, і клітини людини зазвичай взаємодіють і перехрещуються. В результаті деяка генетична інформація є більш вираженою, ніж інша. Саме це може бути причиною різних проявів розладів харчової поведінки.

Деякі люди мають генетичну схильність до набору ваги, а інші до її втрати. Якщо ці гени взаємодіють з тими, що «запускають» розлади харчової поведінки, то вони можуть спричиняти переїдання або обмеження їжі відповідно.

Також є інформація що деякі гени які зумовлюють розлади харчової поведінки, можуть бути пов'язані з рисами особистості. Вони наявні ще до початку розвитку РХП. Це:

- Емоційна нестабільність (імпульсивність або гіперчутливість)

- Бажання похвали чи страх покарання
- Нав'язливі думки
- Тенденція до перфекціонізму

Дослідження близнюків також показують, що генетичні фактори значною мірою впливають як на анорексію, так і на булімію. Якщо дивитися на відмінності між однайцевими та різнояцевими близнюками, кореляція вдвічі більша серед однайцевих близнюків із розладами харчової поведінки.

Дослідження серед сімей, де є анорексія та булімія, виявили, що у всіх членів родини вищий показник поширення довстрокових РХП. Наявність розладів харчової поведінки у родині може збільшувати ймовірність їх появи у нащадків. Генетичні фактори можуть збільшувати схильність до стресу і психологічних розладів, що в свою чергу сприяє виникненню розладів харчування.

Також особливою передумовою до розвитку РХП можуть стати харчові звички у родині та культурні традиції:

- Якщо хтось з членів родини, сидить на дієті, завжди слідкує за своєю вагою, надає цьому першочергового значення, то дитина може брати приклад. І для себе розставляти пріоритети.
- Проблеми у стосунках з батьками. Конфлікти та постійні сварки можуть впливати на психіку дитини. Наприклад стрес який виникає через постійні конфлікти, дитина може просто – заїдати.
- Досить відомі у минулі часи вислови «Поки не доїси – з-за столу не встанеш» або «Доїж, інакше їжа буде ганятися за собою». Ці вирази формують у дитини проблеми з відчуття ситості на наповненості шлунку, адже вона їсть стільки, скільки їй насиплять. (Pamela K. Keel PhD, K. Jean Forney 2013)

2) Соціокультурні причини

В нашому сучасному світі всі верстви населення мають вільний доступ до будь-яких джерел інформації і зазвичай більшість людей не перевіряють

інформацію. На платформах соціальних мереж нам постійно демонструють ідеалізовані образи тіла та стандарти харчування, що може сприяти формуванню негативного ставлення до власного тіла і харчування.

У 21 столітті за допомогою інтернет мереж, люди можуть легко собі створити в своїй голові ідеальний образ і намагатися його досягти. І через пошуки того самого ідеалу, вони звертаються до найлегших способів його досягти. Одні за допомогою соціальних мереж починають шукати інформацію щодо різних стратегій контролю ваги, таких як дієти або обмеження раціону, що може призвести до розладів харчової поведінки. Інші намагаються відштовхнутися від цього ідеалу, впадаючи в безладне переїдання або навіть анорексію, у спробі відчутти хоч якийсь контроль над власним тілом.

Зараз найбільш популярний спосіб як може впливати на харчову поведінку це соціальні мережі, а саме інстаграм та тік ток.

Німецькі ЗМІ провели експеримент про вплив інстаграму на юних користувачів. Результати експерименту показали, що це завдає шкоди головним чином дівчатам-підліткам. Приблизно кожна третя з них, згідно з результатами, повідомила, що коли їй було соромно за своє тіло, Instagram сприяв тому, що цей стан погіршувався.

Це стосується насамперед так званого "соціального порівняння" (social comparison), яке передбачає, що люди пов'язують власну цінність з привабливістю, багатством та успіхом інших. В основному дівчата блогери (або лідери думок) викладають пости проте, як вони змогли схуднути, позбутися недосконалостей зовнішності, влаштовують з цього приводу марафони або флешмоби. При цьому люди які це публікують, не мають відповідної освіти, досвіду, але рекомендують виснажливі для організму дієти, відмова від важливих для організму продуктів, біодобавки для схуднення.

Але на жаль інстаграм, це не єдина соціальна мережа, яка може впливати на розвиток РХП. На сьогоднішній день молодь досить активно обговорює деякі види розладів харчування та способів схуднення на різних платформах

таких як твітер, ютуб, snapchat, у яких можуть розповідати про власну вагу та підтримують тих хто сидить на виснажливих дієтах та голодує.

Тік ток - на даний час дуже популярна мережа особливо для дітей, підлітків та молоді. Даним додатком можуть користуватися діти від 5-6 років. На жаль ця мережа, майже немає контролю і допускає різний і не завжди корисний контент. Досить часто в тік току викладають відео, наприклад «як я змогла схуднути за 10 днів на 10-15 кг», і досягнення такого результату можливе за досить суворих обмежень у харчуванні, заміною продуктів, які містять важливі для організму речовини. Також створюють різні групи для тих хто страждає на анорексію чи булімію та роздаються поради, як ще більше скинути кілограмів, пропагують нездорове харчування та голодування. Відомі люди також часто стають тими хто пропагує та схиляє людей до певних ідеалів краси та через свої власні блоги нав'язують власні дієти. Або ж для досягнення швидкого результату, наприклад перед зйомками, можуть використати шкідливі методи для схуднення. Ось наприклад, одна відома українська співачка у своєму інтерв'ю розказала, що за декілька днів до концерту, їй треба було швидко позбутися зайвих кілограмів і вона спеціально викликала у себе блювання. Таким чином вона може навести людей на думку, що іноді для швидкого результату можна використати такий шкідливий метод.

Ось декілька порад щодо інформаційної гігієни:

- Пильно обирайте групи або сторінки на які ви підписалися і тип медіа програм, які ви переглядаєте. Відмовтеся від підписки на тих хто викликає у вас погані емоції та настрої.
- Приділіть вільний час книжці, походу в театр чи кіно а не гортанню сторінок інстаграму чи тік-току.
- Розвивайте критичне мислення. Подумайте, чи реалістично те що висвітлюється. Чи це справжні фотографії, а не спеціально зроблені у фоторедакторі? Чи не намагається блогерм прорекламувати якусь програму чи можливо якісь препрати?

Якщо ви почали помічати що соціальні мережі якимось чином впливають на ваше психологічне здоров'я, обов'язково зверніться за допомогою спеціаліста.

Тож підсумує, як це впливає на користувачів:

- змінюються уявлення про здорове харчування через поширення необґрунтованих дієт
- підвищується рівень соціального порівняння та нестача об'єктивної реальності в уявленні ідеального тіла.
- згубний вплив ідеалізації певних типів їжі та публічного демонстрування "здорового" способу харчування
- подолання стресу за допомогою змін у харчових вподобаннях, пошук зрушень у харчуванні для заспокоєння.

3) Індивідуальні психологічні особливості.

Проблеми з харчової поведінкою часто формуються на тлі заниженої самооцінки, залежності від думки оточуючих, перфекціонізму, емоційної лабільності, навіюваності, чи почуття провини. У молодому та підлітковому віці пусковим механізмом РХП можуть стати образливі зауваження подружок, батьків або однолітків про зовнішність чи вагу.

Також через проблеми з самоприйняттям чи самореалізацією, якщо людина відчуває що "не контролює власне життя" то це може спровокувати проблеми з харчової поведінкою. Адже контроль над тим, що ти споживаєш може дати і ілюзорне відчуття контролю над усім життям та піднімати самооцінку. Але при проблемах з РХП, стаються зриви і тоді самооцінка травмується ще більше.

Під час відчуття стресу, тривоги людина може сприйняти процес споживання їжі, як один з найлегших способів впоратися з емоційними переживаннями. Таким чином прийом їжі стає, як компенсація психоемоційної перенапруги, але поступово переходить у залежність і стає самотійним джерелом стресу.

Психотравмуючі події також можуть бути чинником, який може спровокувати РХП. При гострому стресі апетит зазвичай знижується. Після надходження сигналу про стрес в організм виділяється адреналін, покращується кровопостачання, частішає серцебиття. А травна система в цей самий час навпаки уповільнюється і їсти зовсім не хочеться. Після передньої небезпеки, коли ми відчуваємо себе більш безпечно, нам треба відновити сили. І у цей час виділяється кортизол, що посилює апетит. Коли стрес минає, рівень кортизолу досягає нормальних значень. Але якщо стрес триває досить довго, наприклад через війну, постійні обстріли, то рівень кортизолу в організмі зберігається досить високим, відповідно через це і апетит залишається посиленням.

Досить часто РХП виникають на фоні вже наявних психічних захворювань таких як шизофренія, психопатія, біполярний афективний розлад, obsесивно-компульсивний розлад. Порушення в прийомі їжі відрізняються стійкістю до терапії та вираженими симптомами. Наприклад при біполярному-афективному розладі, у пацієнта в період манії, досить сильно підвищується апетит, він може не звертати уваги коли і яку саме їжу він вживає. Також при лікуванні шизофренії хворі можуть мати сильно підвищений апетит. [29, с.125-130]

1.1.3. Фізичні та психологічні симптоми РХП

Розлади харчової поведінки можуть проявлятися досить помітно і перейти у серйозне захворювання, а можуть мати досить слабкий прояв і суттєво не впливати на життя.

Умовно поділимо прояви РХП на фізичні та психологічні.

До фізичних проявів належить:

1. Постійна втома та слібкість (зазвичай виникає при булімії та анорексії, через те, що людина споживає недостатню кількість їжі або через постійно блювоту позбавляє свій організм потрібних йому речовин для енергії та для нормального функціонування та життя)

2. Значні зміни у тілі, надмірну худобу або зайву вагу. Це може зашкодити загальній роботі всього організму й можуть слугувати проявом інших захворювань.

3. Поколювання відчуття оніміння та біль у кінцівках (нейронам організму потрібен ізолюючий захисний шар ліпідів, щоб вони могли проводити електричні імпульси. Недостатнє споживання жирів може пошкодити цей захисний шар, викликаючи дані симптоми)

5. Запаморочення та епізоди втрати свідомості (це відбувається коли до мозку не доходить достатня кількість крові).

6. Прискорене серцебиття (блювота або проносні засоби вимивають з організму важливі хімічні речовини, які називаються електролітами. Електроліт калію підтримує серцебиття та скорочення м'язів, але часто втрачається під час очищення. Інші електроліти, такі як натрій, магній, кальцій і хлорид, також можуть вийти з рівноваги через порушення харчової поведінки, такі як обмеження, очищення, уникнення рідини або вживання надмірної кількості води. Електролітний дисбаланс може призвести до нерегулярного серцебиття і, як наслідок, до серцевої недостатності та смерті.)

7. Витончення чи випадання волосся та сухість шкіри (через низьке споживання жирів та калорій)

8. Зниження імунітету (внаслідок недоїдання зменшується кількість лейкоцитів, які допомагають організму у боротьбі з інфекціями)

9. Гіпотермія (Без достатньої кількості енергії для підтримання так званого «метаболічного вогню» температура тіла знижується).

10. Не регулярність або припинення менструації, також послаблення статевого потягу та погіршення сексуальної функції. (Ці симптоми виникають внаслідок того, що організм виробляє багато необхідних гормонів із жирів і холестерину, які ми їмо. Без достатньої кількості жирів та калорій у раціоні рівень гормонів може впасти, зокрема: статевих гормонів естрогену і тестостерону та гормонів щитоподібної залози. Через зниження статевих гормонів, виникають дані наслідки)

11. Періодичне імпульсивне неконтрольоване вживання великої кількості їжі.

12. Наявність потягу або дій, направлених на очищення організму: блювання, вживання проносних та діуретиків, відпрацювання спожитої їжі спортом;

До психологічних проявів належать:

1. Надмірна зацикленість на прийомі їжі: обмеження не пов'язані з лікарськими показаннями, підрахунок калорій, почуття провини за “зайву” вжиту їжу, контроль власної ваги та обсягів свого раціону. Переконавання про те, що якась їжа є хорошою та не шкодить вам, а якась є “забороненою” та вживання її викликає відчуття провини та самозвинувачення.

2. Соціальний дискомфорт в контексті їжі: відчуття сорому чи провини при харчуванні разом з іншими людьми, очікування осуду від інших за те, що саме і скільки ви їсте, бажання бути на самоті під час прийому їжі. Це може проявлятися у думках як от: “якщо я візьму тістечко – люди навколо бачитимуть моє тіло і засуджуватимуть мене за те, що я їм солодощі замість того щоб худнути.” відмова від соціальних активностей, які можуть спровокувати вживання “небажаних продуктів” — “я не піду на день народження, бо мені буде важко не їсти там солодке”;^[14]

3. Стійке переконання що саме їжа відповідальна за якість вашого життя, тіла, стосунків з іншими тощо. Віра в те, що схуднувши\набравши вагу – ваше життя зміниться. Нездорове уявлення про вагу та значення їжі у вашому житті, що призводить до обмежень та зривів, а надалі до проблем зі здоров'ям.

4. Ритуали пов'язані зі споживанням їжі. (Компульсивні дії пов'язані з їжею)

5. Часті самоперевірки ваги або форми тіла: зважування, заміри, спостерігання перед дзеркалом.

6. Постійне споживання контенту про контроль маси тіла, рекомендацій щодо харчування та блогерів з “ідеальною” фігурою;

7. Поведінка та ставлення, які вказують на те, що втрата ваги, дотримання дієти та контроль над їжею та харчовими ритуалами стають основними думками

8. Обмежений діапазон вживаних продуктів, який з часом звужується (перебірливе харчування, яке поступово погіршується)

9. Виключення все більшої кількості груп продуктів (увесь цукор, вуглеводи, молочні продукти, м'ясо, продукти тваринного походження)

10. Зростання занепокоєння щодо якості інгредієнтів; нездатність їсти що-небудь, крім вузької групи продуктів, які вважаються «чистими», «здоровими» або «правильними»

11. Потреба «спалювати» спожиті калорії

12. Надмірний, жорсткий режим вправ – попри погоду, втому, хворобу чи травму та сильна тривога, депресія та/або дистрес, якщо немає можливості виконувати вправи. [3]

1.2 Види розладів РХП

Найбільш розповсюджені розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання. Кожен з цих розладів мають свої окремі симптоми, але серед бувають і подібні симптоми. Люди у яких наявні будь які поєднання цих симптомів можуть запідозрити порушення чи навіть розлад харчової поведінки і мають обов'язково звернутися до лікаря (а саме до психіатра) та пройти повне обстеження всього організму.

1.2.1. Нервова анорексія

Нервова анорексія (НА) - психічне захворювання для якого характерно маніакальний страх погладшати, відмова від їжі, значне зниження ваги та викривлене уявлення про вигляд власного тіла. Люди які хворіють на цей недуг, обмежують споживання їжі або голодують, роблять виснажливі фізичні вправи аби зменшити вагу, застосовують препарати для схуднення та інше.

На анорексію можуть страждати люди різного віку, статі, сексуальної орієнтації, раси та етнічної приналежності. Історики та психологи знайшли свідчення того, що люди проявляли ознаки цієї хвороби протягом тисяч років.

Перші ознаки цього захворювання формуються ще в підлітковому віці. Психіка дитини не є достатньо гнучкою як у дорослої людини тому піддається будь якому впливу з боку оточення. Але не дивлячись на те що найчастіше цей розлад починається у підлітковому віці, за останній час багато дітей та літніх людей отримують діагноз анорексія. Не завжди можливо з одного погляду визначити чи має людину анорексію. Проведені дослідження довели що люди досить великої статури також можуть мати діагноз анорексія, але це буває досить рідко[13].

Згідно з DSM-5, щоб поставити діагноз нервова анорексія, мають бути наявні дані критеріїв

- Стримувати використання енергії відносно потреб, що призводить до суттєвого зниження маси тіла з урахуванням віку, статі, траєкторії розвитку та фізичного здоров'я.
- Величезний страх набрати зайву вагу або погладшати, навіть якщо вага досить низька.
- Спотворене сприйняття власної ваги або фігури, надмірний вплив показників ваги та зовнішнього вигляду на самооцінку або заперечення наявності низької маси тіла.
- Навіть якщо жоден критерій не виявлено, це не означає що немає проблем з порушенням харчової поведінки. Бувають випадки коли, є відповідні критерії але немає дефіциту ваги, попри значну її втрату то у таких людей діагностують атипову анорексію. [23 с.410-422]

Превентивні ознаки та симптоми анорексії

Поведінкові ознаки:

- досить різка втрата маси тіла
- сильне занепокоєння з приводу ваги, їжі, калорій, методів схуднення

- обмеження певних категорій їжі (наприклад виключення вуглеводів)
 - часто висловлюється про те що відчуває себе жирною/ товстою або має зайву вагу
 - одягається у одяг великих розмірів або надягає багато шарів одягу, щоб приховати своє схуднення
 - має харчові ритуали (наприклад перекладає їжу на тарілці, або їсть їжу у певному порядку)
 - спростовує відчуття голоду
 - постійно вигадує відмовки, щоб уникнути приймання їжі або ситуацій, пов'язаних з нею
 - готує їжу для всіх, але сама її не споживає
 - підтримує надмірний, жорсткий режим фізичних навантажень попри погоду, втому, хворобу чи травму.
 - виказує потребу постійно "спалювати" спожиті калорії
 - стає більш ізольованою, замкненою і потайливою, намагається уникати своїх друзів і звичних занять
 - хвилюється через приймання їжі в громадських місцях
 - чинить опір або не може підтримувати вагу тіла відповідно до свого віку, зросту та статури
 - має величезний страх набрати зайву вагу навіть якщо має її дефіцит
 - жінки в постпубертатному віці втрачають менструальний цикл
 - людина почуває себе неефективною
 - має сильну потребу в контролі
 - мислить обмеженими категоріями
 - мало проявляється та виражає свої емоції [24]
- Фізичні ознаки анорексії
- Шлункові спазми, інші неспецифічні шлунково-кишкові скарги (закрепи, кислотний рефлюкс тощо);
 - зниження концентрації уваги;

- аномальні лабораторні показники (анемія, низький рівень щитоподібної залози та гормонів, низький рівень калію, лейкоцитів, уповільнений серцевий ритм;

- запаморочення
- втрата свідомості
- постійне відчуття холоду
- проблеми зі сном

- порушення менструального циклу – аменорея, нерегулярні менструації або менструація лише під час приймання гормональних контрацептивів (це не вважається “справжньою” менструацією)

- порізи та мозолі на верхній частині суглобів пальців (результат викликання блювоти)

- проблеми із зубами, такі як ерозія емалі, карієс та чутливість зубів
- суха шкіра
- сухість і ламкість нігтів
- набряки слинних залоз
- тонке волосся на тілі (лануго)
- Витончення волосся на голові, сухість і ламкість волосся
- Карієс або зміна кольору зубів від блювання
- М’язова слабкість
- Жовта шкіра (через вживання великої кількості моркви)
- Холодні, плямисті руки й ноги або набряки ніг
- Погане загоєння ран

Основні причини появи нервової анорексії поділяються на:

- соціальні (бажання бути схожою на один з образів у соціальних мережах стосовно зовнішнього вигляду а вперше чергу ваги і фігури)

- біологічні (спадковий фактор, наприклад якщо хтось з родини хворів на РХП)

- психологічні (постійні стреси, депресія, внутрішні конфлікти, вплив сім’ї, страх погладшати, залежність від чужої думки) [16, с.160-165]

Фактори ризику які можуть призвести до розвитку анорексії:

1. Генетичні - викликати дану хворобу може ген 1р34, що активізується при постійних стресах і сильному нервовому перенапруженні.
2. Біологічні – сюди відносять надлишкову вагу, а також ранній початок першої менструації. Також причина хвороби може бути прихована в неправильній роботі нейромедіаторів, які регулюють харчову поведінку.
3. Особистісні – низька самооцінка, невпевненість у собі, відчуття власної неповноцінності можуть спровокувати захворювання.
4. Сімейні – досить часто це захворювання спостерігається у людей, чиї родичі страждають від булімії, ожиріння або нервової анорексії. Також високий рівень розвитку захворювання відмічається при наявності члена родини який зловживає алкоголем і наркотиками, або страждає від психічних розладів. [22, с.104-111].
5. Культурні – знаходження в містах або країнах, в яких акцент робиться на худорлявій фігурі як ознаку краси що може привести до розвитку патології. Нерідко спровокувати активне схуднення і голодування здатна смерть близької людини або будь-яке насильство.
6. Антропологічні – боязнь нормального харчування, регулярне придушення почуття голоду.
7. Вікові – Найчастіше нервова анорексія виникає в юнацькому та підлітковому віці. [15. С.86-89]

Стадії нервової анорексії

Фахівці виокремили 3 стадії нервової анорексії:

1 стадія - Переданорексична (початкова). Характеризується:

- тривалим (більше 30 хвилин) розгляданням свого відображення в дзеркалі, як правило, в голому вигляді і з замкненими в кімнату дверима;
- пошуком різних дієт;
- відчуттям постійної тривоги;
- першими харчовими обмеженнями;
- відсутністю настрою;

нав'язливими думками про свою неповноцінність та вигадану надлишкову вагу.

2 стадія - Анорексична. Ця стадія супроводжується постійним недоїданням/голодуванням, а також стабільним зниженням маси тіла. втрата апетиту; зниження сексуального потягу; припинення менструації, неадекватна оцінка власного зовнішнього вигляду і ваги; втрата маси тіла на 20 відсотків і більше;

зниження обсягу циркулює в організмі рідини, внаслідок чого виникає гіпотонія, брадикардія, сухість дерми, втрата волосся, відчуття холоду, надниркових залоз;

дотримання жорстких дієт;

переконання себе і оточуючих у відсутності апетиту;

надмірне захоплення спортивними заняттями;

Хворі прагнуть до подальшого посилення режиму прийому їжі;

3 стадія - Кахектична (запущена) стадія, яка характеризується формуванням незворотньої дистрофії внутрішніх органів, втрата маси тіла на 50 і більше відсотків; порушення водно-електролітного балансу, пригнічення функцій органів і систем. Найчастіше, дані ознаки проявляється через 1-1,5 року після появи перших ознак анорексії. Дане захворювання може призвести навіть до смерті. [17, с.91-99]

Діагностика нервової анорексії

Спочатку пацієнт проходить етап бесіди з психотерапевтом. Під час цієї бесіди фахівець має з'ясувати як пацієнт відноситься до свого стану чи визнає він свій стан хворобливим, збирає скарги. Потім фахівець спілкується з родичами пацієнта аби зібрати анамнез життя та захворювання. Після цього лікар проводить пацієнту медичний огляд та наступні діагностичні заходи:

Загальний аналіз крові

Загальний аналіз сечі

Аналізи на статеві гормони та гормони щитоподібної залози

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Схема діагностики, будується залежно від клінічної картини захворювання.

Лікування анорексії

Шлях до подолання цієї хвороби супроводжується великим набором проблем: занижена самооцінка, важкі фізичні проблеми зі здоров'ям та соціальна ізоляція.

Анорексія досить помітно впливає на соціальне життя і може бути для нього руйнівним. В одужання від анорексії входить спочатку відновлення людських зв'язків — як із самим собою, так і з іншими — важлива частина шляху до кращого самопочуття.

Здорове соціальне життя формується низкою факторів. Це відчуття гарного фізичного самопочуття, самоцінність, зв'язок з іншими, а також здатність бути спонтанним і присутнім у взаємодії. На жаль, багато з цих якостей можуть бути притуплені або відсутні, коли людина страждає на анорексію. [27]

Багато людей, які борються з такими розладами харчової поведінки, як анорексія, також мають низьку самооцінку. У деяких випадках низька самооцінка може погіршуватися через соціальну ізоляцію. Крім того, важкі почуття, такі як сором, провина та нікчемність, можуть створювати додаткові бар'єри між людиною з анорексією та її друзями й коханими.

Розлади харчової поведінки, зокрема анорексію, часто називають хворобами-ізоляторами. Загалом тому, що розлад харчової поведінки відокремлює людину від зовнішнього світу.

Анорексія може призвести до відключення від потреб організму, довгострокових цілей і соціальних зв'язків. Може поглибити почуття низької самооцінки, змусити людину почуватися окремо від інших, або відчувати себе в пастці рутини та емоцій, які стали домінувати в її житті. [19, с.66-68]

В лікування використовуватися комплексний підхід, що складається і трьох методів лікування:

Психотерапія – спрямована на донесення до пацієнта і його близьких важливості подальшого лікування. Хворий повинен усвідомити свою проблему і мати стійке бажання до повного виліковування;

Дієтотерапія – складається індивідуальний раціон харчування з урахуванням смакових уподобань хворого. Тип дієти і обсяг порцій визначає лікар, виходячи з поточного стану пацієнта. У важких випадках – починають з внутрішньовенного введення поживних розчинів;

Медикаментозна терапія – спрямована на відновлення функції життєво важливих органів, зміцнення кісток, відновлення гормонального фону і т.д.

Можливі наслідки для здоров'я при анорексії.

Коли людина голодує в контексті нервової анорексії, організм не отримує основних поживних речовин, необхідних для нормального функціонування. Таким чином, організм змушений сповільнювати всі свої процеси для збереження енергії, що призводить до серйозних проблем зі здоров'ям.

Організм зазвичай справляється зі стресом, спричиненим порушенням харчової поведінки, і лабораторні аналізи можуть здаватися бездоганними, навіть якщо людина перебуває під високим ризиком смерті. Електролітний дисбаланс може вбити без попередження, так само як і зупинка серця. Тому надзвичайно важливо розуміти, як саме розлади харчової поведінки впливають на організм. [20. С.40]

1.2.2. Нервова булімія.

Нервова булімія (НБ) – це серйозний, потенційно небезпечний для життя розлад харчової поведінки, що характеризується циклічним переїданням і компенсаторною поведінкою, наприклад, самоіндукованою блювотою, спрямованою на усунення або компенсацію наслідків переїдання.

Головною причиною нервової булімії є стан психіки пацієнта, що провокує внутрішню агресію. Якщо люди котрі хворіють на анорексію хочуть максимально знизити кількість вживаної їжі, то наслідком булімії є спроби знищення їжі (як абстрактного образу) і себе поїданням.

Також до причин які можуть сприяти виникненню цього захворювання:

- втрата рідних людей - смерть одного з членів родини, дітей чи друзів, розлука з коханим.
- Стресові ситуації - конфліктні ситуації з рідними, надзвичайна ситуація в країні, життя по законам військового часу, нещасні випадки.
- Міжособистісні конфлікти - у спілкуванні і взаємодії у сімейних, робочих, навчальних, сексуальних.
- Різка зміна обстановки - зміна сфери діяльності в роботі, в навчанні чи інших занять, переїзд в іншу країну або місто.
- Статус поганого дитини в сім'ї – на дитину проєктуються недоліки батьків; [9, с.53-66].

Переважає кількість людей, які страждають на булімію мають такі симптоми: відчуття самотності та непотрібності, постійно розчаровуються у людях які їх оточують та у житті в цілому. Також постійно відчують пригніченість у будь яких життєвих ситуаціях.

Офіційними діагностичними критеріями нервової булімії відповідно до DSM-5:

- неконтрольоване переїдання (хворий намагається вжити, як можна більше їжі) поділяється за двома ознаками:

&Споживання за певний проміжок часу кількості їжі , яка значно перевищує норму з'їденого за такий самий проміжок часу за нормальних обставин.

&Друга ознака: людина раптово відмічає наростаючий апетит і не може зупинитися припинити їсти або проконтролювати що саме і скільки вона їсть.

- повторювальна поведінка спрямована на запобігання збільшення ваги, наприклад самостійний виклик блювання, використання діуретиків, проносних та інших ліків, голодування або посилені фізичні навантаження.
- надмірний вплив ваги та форми тіла на самооцінку.

Також нервова булімія має ще досить багато емоційних, поведінкових та фізичних ознак:

- Стурбованість вагою, фігурою та зовнішнім виглядом, що призводить до обмежень/дієти для схуднення

- Ознаки переїдання, зокрема зникнення великої кількості їжі за короткий проміжок часу або наявність порожніх обгортки та упаковок, що свідчить про споживання великої кількості їжі.

- ознаки поведінки очищення, зокрема часті відвідування туалету після їжі, ознаки та/або запах блювоти, наявність обгортки, упаковок від проносних або діуретиків

- Людині незручно їсти в присутності інших

- Людина розробляє харчові ритуали (наприклад, їсть лише певну їжу чи групу продуктів [наприклад, приправи], надмірно переживує, не дозволяє собі торкатися їжі)

- Пропускає приймання їжі або їсть маленькими порціями за обідом/вечерею

- Дотримується модних дієт, виключає цілі групи продуктів, починає вегетаріанство/веганство заради схуднення.

- Вдається до епізодів переїдання, з'їдаючи велику кількість їжі за короткий проміжок часу, часто потайки.

- Після епізодів переїдання часто вдається до компенсаторних дій, таких як самотійне блювання, вживання сечогінних/проносних засобів, голодування/обмеження, надмірні фізичні навантаження або маніпуляції з дозуванням інсуліну

- Віддаляється від друзів і занять, які раніше приносили задоволення, стає більш ізольованою та потайливою

- Боїться їсти в громадських місцях або з іншими

- Краде або накопичує їжу в незнайомих місцях

- Вживає надмірну кількість води або некалорійних напоїв

- Використовує надмірну кількість ополіскувача для рота, м'ятних ледьяників та жуйки
- Приховує тіло за мішкуватим одягом
- Підтримує надмірний жорсткий режим фізичних вправ – через потребу «спалити» калорії
- Створює розклад способу життя або ритуали, щоб знайти час для переїдання та очищення
- Віддаляється від звичайних друзів і діяльності
- Часто дивиться в дзеркало, вишукуючи недоліки зовнішності
- Має різкі перепади настрою
- Відчуває сором, провину та відчай після епізодів переїдання та компенсаторної поведінки
- Помітні коливання ваги, як у бік збільшення, так і зменшення
- Маса тіла зазвичай в межах норми, проте деякі люди мають більшу масу тіла
- Шлункові спазми, інші неспецифічні шлунково-кишкові скарги (закрепи, кислотний рефлюкс тощо)
- Труднощі з концентрацією
- Аномальні лабораторні результати (анемія, низький рівень гормонів щитоподібної залози, дисбаланс електролітів, низький рівень калію, мала кількість лейкоцитів, уповільнений пульс)
- Порізи та мозолі на верхній частині суглобів пальців (результат викликання блювоти)
- Проблеми з зубами через очищення включають ерозію емалі; кровоточивість ясен/пародонтоз; чутливість до температури; карієс; зміну кольору зубів; сухість у роті; збільшення привушних/підщелепних залоз і проблеми з ковтанням. [26]

Досить часто, разом з нервовою булімією виникають деякі захворювання:

Тривожні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад, соціальну тривожність, фобії, панічний розлад і посттравматичний стресовий розлад;

Депресія та інші розлади настрою

Порушення контролю імпульсів (ризикована сексуальна поведінка, водіння в нетверезому стані, крадіжки в магазинах, азартні ігри, компульсивні витрати тощо)

Розлади вживання психоактивних речовин

Самоушкодження (порізи та інші форми самоушкодження без суїцидальних намірів)

Наслідки для здоров'я до яких може призвести нервова булімія

Повторювані цикли переїдання та очищення від булімії можуть вплинути на всю травну систему та призвести до електролітного та хімічного дисбалансу в організмі, що позначається на роботі серця та інших органів.

Деякі з найпоширеніших наслідків нервової булімії для здоров'я включають:

Електролітний дисбаланс: очищення може призвести до електролітного дисбалансу, такого як гіпокаліємія (низький рівень калію), гіпонатріємія (низький рівень натрію) та гіпохлоремія (низький рівень хлоридів). Електролітний дисбаланс може викликати різноманітні симптоми, зокрема втому, слабкість, м'язові судоми, серцеву аритмію та судоми. У важких випадках електролітний дисбаланс може бути летальним.

Проблеми із зубами: шлункова кислота у блювотних масах може роз'їдати зубну емаль, що призведе до карієсу, гниття та захворювань ясен. Нервова булімія також може спричинити збільшення привушних залоз (слинних залоз, розташованих перед вухами), спотворюючи риси обличчя.

Проблеми зі стравоходом: багаторазове блювання може пошкодити стравохід, викликаючи запалення, виразки та розриви. У важких випадках ці проблеми можуть призвести до стану під назвою стравохід Барретта, який є передраковим станом.

Проблеми з серцем: повторне блювання може пошкодити стравохід, спричинивши запалення, виразки та розриви. У важких випадках ці проблеми можуть призвести до стану під назвою стравохід Барретта, який є передраковим станом.

Проблеми з нирками: зневоднення внаслідок очищення може призвести до каменів у нирках та ниркової недостатності.

Гормональні проблеми: нервова булімія може порушувати роботу гормонів організму, що призводить до порушень менструального циклу, безпліддя та остеопорозу. [30, с.336]

Як лікується нервова булімія?

Лікування нервової булімії (НБ) вимагає комплексної співпраці з різних фахівців у галузі охорони здоров'я та психічного здоров'я, які мають досвід у роботі з пацієнтами які мають розлади харчової поведінки. До складу цієї команди можуть входити терапевт, психіатр, психотерапевт і дієтолог. З огляду на серйозні фізичні та психологічні наслідки, які можуть виникнути в результаті розладів харчової поведінки, важливо якомога швидше звернутися за професійною допомогою. Також доведено, що раннє реагування на симптоми таких розладів покращує прогноз. [8]

1.2.3. Компульсивне переїдання

Компульсивне переїдання — це розлад харчової поведінки, що характеризується безконтрольним прийомом великого обсягу їжі без відчуття голоду для усунення стресу. Напад компульсивного переїдання допомагає не заїдати емоції, а з допомогою їжі позбавляти їх відчуттів. Виразність проявів цього РХП варіює від окремих епізодів із помірним переїданням до регулярної обжерливості, що нагадує булімію. На відміну від хворих з анорексією або булімією людина не намагається позбавитися з'їденого за допомогою блювання, проносних засобів, посилених тренувань або інших способів.

Епізоди переїдання також характеризуються відсутністю контролю над тим, скільки або що з'їдено, і характеризуються щонайменше трьома з наступних ознак:

Поглинання їжі швидше, ніж зазвичай

Вживання їжі, попри відсутність фізичного голоду

Вживання їжі до відчуття неприємного насичення

Вживання їжі на самоті через збентеження щодо харчової поведінки

Почуття провини, огиди або сорому після епізоду переїдання

Щоб відповідати даним діагностичним критеріям переїдання, людина повинна переживати періодичні напади переїдання принаймні раз на тиждень протягом трьох місяців.

Причини компульсивного переїдання поділяють на психологічні, соціальні та біологічні.

Основною психологічною першопричиною психогенного переїдання стає невміння справлятися з емоціями, що спричиняються як зовнішніми несприятливими чинниками, так і внутрішніми конфліктами. Тригерами для нападу обжерливості стають різні емоції: образа, неможливість змінити ситуацію, провини, страх, образа чи тривога.

Багато пацієнтів страждають від заниженої самооцінки та почуваються нездатними відповідати очікуванням та вимогам оточуючих. Вони ще в дитинстві звикли долати негативні емоції за допомогою їжі, оскільки не знаходили підтримки у дорослих. У багатьох пацієнтів із дитячого віку є звичка їсти багато солодкої чи жирної їжі, їсти без відчуття голоду «за компанію». Вони часто страждали внаслідок складних взаємин з дорослими та конфліктів у сім'ї.

До соціальних причин нервового переїдання належить культ стрункості. У разі наявності зайвої ваги власна значимість знижується, з'являється відчуття провини та неповноцінності. Заглушити ці негативні переживання допомагає їжа. У результаті створюється замкнене коло, коли фактори підживлюють та підсилюють один одного. Нездатність зупинитися в споживанні їжі спричиняє підвищену тривожність, яка ще більше посилює наявний РХП. Також ймовірність появи нападів ненажерливості підвищується у тих дітей, яких батьки заохочували або заспокоювали їжею.

До біологічних причин компульсивного переїдання належить спадкова схильність. Вчені виявили три гени, які у разі систематичного переїдання призводять до набору зайвої ваги. До них належать гени Taq1A1, GAD2 та FTO. Також схильність до нервового переїдання підвищується у разі спадкової схильності до підвищеної тривожності та депресії. [21.с.93-113]

Клінічні прояви компульсивного переїдання

Характерна ознака компульсивного переїдання — це напади обжерливості, що виникають без відчуття голоду, при яких процес їжі допомагає усувати негативні емоції. Хворий починає їсти, коли відчувається безпорадним, розчарованим, винним, скривдженим чи приниженим. Їжа допомагає усувати тугу, нудьгу чи поганий настрій.

Під час нападу людина не відчуває насичення та втрачає здатність контролювати обсяг їжі. Поглинання їжі може тривати приблизно 2 години та закінчується відчуттям переповненого шлунка, відрази до себе, сорому та провини. Спроби позбутися від вмісту шлунка відсутні. У результаті переїдання призводить до підвищення ваги.

При компульсивному порушенні харчової поведінки людина:

їсть, навіть якщо абсолютно сита;

може їсти автоматично та не помічати, як це сталося;

отримує короткотривале задоволення, яке швидко минає;

зазвичай їсть перед телевізором чи комп'ютером;

часто страждає від болів у шлунку та порушень травлення;

їсть багато та швидко;

не контролює, що з'їдає;

не може припинити їсти;

відчуває почуття провини.

Компульсивний розлад харчування проявляється лише на самоті. На людях хворі можуть контролювати себе та з'їдають нормальні порції. Проте їхнє життя крутиться довкола їжі постійно. Вони часто перекушують вдень, запасують і ховають їжу на потім і з'їдають її поки ніхто не бачить. Самостійно

усунути симптоми компульсивного переїдання не виходить, і цей факт ще більше знижує самооцінку та спричиняє відчуття безпорадності. [4]

Яким чином стрес провокує переїдання

Досить часто люди або впоратися з тривожними почуттями, думками можуть використовувати їжу. Особливо коли люди відчують тривогу яка пов'язана з певними обставинами від яких хочуть як найшвидше позбавитися, то використовують найлегше і негайне задоволення від їжі.

Люди яких часто турбує відчуття тривоги, мислять в чорно-білих тонах, і це може бути когнітивним фактором ризику для розвитку проблем з харчовою поведінкою, оскільки люди переходять від обмежень/дієт до переїдання.

На даний час у світі в якому є доступ до будь якої інформації, у людей складається хибне уявлення про розлади харчової поведінки зокрема:

- Є думка що компульсивне переїдання це вигадана проблема. Звісно це не правда, розлад компульсивного переїдання – при якому людина систематично переїдає. У 2015 році цей стан був офіційно визнаний у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM) як розлад харчової поведінки. І цей розлад харчової поведінки пов'язаний з емоційними, психологічними, фізичними проблемами.

- Багато хто впевнений що розлад компульсивного переїдання та нервова булімія це одне і те саме. Так дійсно між цими розладами є багато спільного, і сама головна така ознака це переїдання, але люди з булімією компенсують цей вчинок «очищенням». А саме це блювання, вживання діуретичних або проносних засобів, голодування, фізичні навантаження, тобто роблять все аби не набрати вагу. При переїданні не має компенсаторної поведінки, але почуття провини через кількість з'їденого є досить поширеним явищем.

- Розлад компульсивного переїдання це рідкісне явище. Аж ніяк, наприклад в США страждають майже 2,8 мільйона людей. В Україні у зв'язку з війною цей розлад теж став досить поширеним.

- Люди з цим розладом можуть впроти самотійно, тільки завдяки самоконтролю. Це абсолютний міф, людина не може перестати їсти завдяки силі волі. Компульсивне переїдання це психічний розлад, для лікування якого застосовують медикаментозну терапію.

- Такий розлад не піддається лікуванню. Це не правда. Він не просто піддається лікуванню, цей стан легше з усіх можна вилікувати. Для існують різні методи: медикаментозна терапія, психотерапія (наприклад когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або міжособистісна психотерапія (МПТ). [18. С.6-7]

До чого може призвести компульсивне переїдання

Саме цьому харчовому розладу приділено не стільки уваги скільки тим які було розглянуто до цього. Напевно це пов'язано з тим що при обмежувальні чи очищувальній поведінці виникають серйозні проблеми зі здоров'ям. Та це зовсім не означає що компульсивне переїдання не шкідливе для організму. Осі які наслідки може мати даний розлад:

- Ожиріння
- Високий рівень холестерину
- Високий кров'яний тиск
- Діабет
- Захворювання жовчного міхура
- Хвороби серця
- Рак.
- Розрив кишківника
- Закрепи
- Біль у животі та здуття живота
- Низький рівень енергії та втома
- Нудота
- Кислотний рефлюкс
- Акне
- Діарея.

Також переїдання може призвести до розвитку або посилення негативних психологічних моментів, таких як:

- Депресія
- Суїцидальні думки
- Тривога
- Вживання психоактивних речовин
- Почуття провини
- Сором
- Ізоляція та абстиненція

З чого складається лікування компульсивного переїдання. Як і в більшості харчових розладів тут також застосовується комбінована терапія: медикаментозне лікування (антидепресанти) та психотерапія. Для лікування даного розладу застосовують різні методи психотерапії обираються залежно від особистісних рис:

- когнітивно-поведінкова терапія — коригує думки та почуття, дає змогу змінити модель поведінки;
- міжособистісна психотерапія — допомагає усунути міжособистісні конфлікти та чинники стресу, що спричиняють переїдання;
- діалектична поведінкова терапія — знижує емоційні реакції на стрес і коригує поведінку;
- психодинамічна терапія — допомагає справлятися з емоціями, контролювати почуття та думки. [25, с.184-191]

Також коли людина відчуває сильний потяг до їжі, то може спробувати самостійні стратегії подолання.

- Потрібно розуміти ознаки переїдання. Коли вам стає важко контролювати споживання їжі як під час стресової ситуації, так і вситуації коли все спокійно і ви не голодні, то можуть виниунцти проблеми.

- Вилучіть продукти які провокують вас на переїдання. Чим більше навколо вас буде продуктів які провокують вас тим більше є вірогідність їсти без упину.
- Додайте у свій раціон більше здорових білків та жирів. Часто продукти які вживаються при переїданні мають невелику поживну цінність. Замініть їх на горіхи, яйця, курку, овочі це допоможе відрегулювати активність дофаміну та знизити можливість переїдання.
- Займіться медитаціями. Під час медитаційних технік відбуваються зміни у свідомості і це може сприяти вивільненню дофаміну що в свою чергу робить вас менш схильни до переїдання.
- Достатня кількість відпочинку. Порушення сну може часто призводити до епізодів переїдання. Деякі дослідження довели що чим регулярніший та якісніший сон, тим він краще допоможе збалансувати та підтримати рівень дофаміну в мозку, зменшуючи кількість епізодів переїдання.
- Турбота про себе є одним з головних компонентів процесу одужання. Тому якщо ви відчуваєте що ваш стан потребує допомоги, то обов'язково звертайтеся за допомогою до спеціалістів

1.3. Психологічний стрес, як фактор впливу на харчову поведінку

Війна є дуже сильним стресором, який не може зрівнятися з тими, які ми зазвичай переживаємо у мирні часи і тому реакції людської психіки та організму можуть бути досить непередбачуваними. Вже третій рік війни ми живемо у стані хронічного стресу, і кожен з нас по своєму адаптувався жити по законам воєнного часу. Через вплив постійного стресора починає змінюватися робота організму та його внутрішніх систем, також паралельно з фізичними змінами відбуваються зміни і в нашій поведінці як однією з реакцій на стрес. В харчовій поведінці зміни можуть варіюватися від «я не можу або не хочу їсти», «я їм все підряд і не можу зупинитися» (навіть якщо немає діагностованих розладів харчової поведінки). Такі коливання в харчовій

поведінці можуть суттєво вплинути на зміну маси тіла, що не тільки може стати тригером для людей в яких вже наявний розлад харчової поведінки, а також може привести до розвитку РХП.

Під час війни людина більшою мірою відчуває психологічний стрес. Стрес це психічна напруженість, яка сформувалась в умовах надзвичайної ситуації, неможливість досягнути певної цілі або інших життєвих труднощів. Психологічний стрес це в першу чергу, стан тривоги за життя, здоров'я, благополуччя, успіх. Дослідження стресу започатковане Г.Сельє набуло подальшого розвитку у працях науковців. Фундаментальними основами вивчення проблем психічних станів особистості є праці Б.Ананьєва, Л.Балабанова, Є.Ільїна, Г.Костюка, М.Левітова, О.Леонтьєва, В.Моляко, С.Максименка, О.Прохорова, С.Рубінштейна, О.Тімченка, Ю.Щербатих та інших [6].

Коли людина потрапляє у стресову ситуацію і намагається адаптуватися до впливу стресу, то цей процес згідно з Г.Сельє проходить три фази.

Фаза тривоги. Вона характеризується тим, що організм мобілізується для зустрічі із загрозою. Відбуваються біологічні реакції які обумовлюють боротьбу або втечу. З погляду фізіології це певні зрушення: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо. Опір організму спочатку знижується ("фаза шоку"), а потім включаються захисні механізми ("фаза протишоку"). Якщо охарактеризувати цю фазу боку харчової поведінки, то її можна назвати умовно «недоїдання (тривоги)». В цю фазу в організмі активується симпатико-адреналова система яка сприяє мобілізації енергії за рахунок вивільнення катехоламінів (адреналін та норадреналін), стимуляція кори наднирників та вивільнення глюкокортикоїдів (кортизолу та кортикостерону). Через вивільнення цих гормонів відбувається підвищення тиску, частоти серцевих скорочень, відбуваються процеси глюкостерогенезу, підвищення рівня тригліцеридів на перенаправлення кровотоку на харчування м'язів серця та мозку. Відповідно діяльність яка вимагає затрат енергії яка може протистояти цим реакціям (вживання їжі, процес травлення та

розмноження) пригнічується. Суттєво знижується рівень статевих гормонів та гормонів голоду (лептину та греліну). Еволюційно ця стадія є адаптивною і призводить до негайної реакції «бий або біжи», яка вимагає витрат енергії. Харчова поведінка в тій фазі складається це – відсутність чи суттєве зниження апетиту (примусове годування в цей період дуже небезпечне), найважливіше на цьому етапі відновлення водно-сольового балансу. Але у цій фазі модливі винятки коли люди які знаходилися в умовах хронічного стресу або мають метаболічні порушення ще до дії чинників гострого стресу, схильні вживати їжі більше ніж зазвичай та віддавати перевагу продуктам з високим вмістом цукрів та жирів під час гострого стресу.

Реакція тривала від декількох годин до декількох днів залежно від стресової ситуації та індивідуальних особливостей. [28, с.9-32]

Фаза опору (резистентності, стійкості, адаптації). Організм намагається опиратися загрозі або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів. Та з часом ці негативні емоції вщухають, ми адаптуємося до нової реальності та трансформуємо негативний досвід у конструктивний. З боку харчової поведінки цю стадію можна назвати «переїдання»

Під час цієї стадії активується гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникові вісі, стимуляція кори наднирників та вивільнення глюкокортикоїдів (кортизолу та кортикостерону але у більшій кількості), за рахунок цього відбувається активація мезолімбічної дофамінергічної системи (система винагороди мозку), відбувається підвищення рівня цукру в крові, інсулінів. Підвищується рівень гормонів голоду, вазоперсину. Це відбувається задля компенсації тих речовин які були втрачені та відновлення метаболічних процесів при першій стадії. З харчовою поведінкою відбувається те що у людини з'являється сильне бажання їсти їжу з високою поживною цінністю (солодка та жирна) та ослаблена здатність стримувати переїдання. Також зниження емоційного та поведінкового контролю та підвищення

імпульсивності що сприяє переїданню. Підвищене споживання калорій зумовлено необхідністю утримувати рівень глюкози (виснаження глікогену в печінці). І як наслідок кортизолу на сталому рівні за для подолання наслідків гострого стресу. Дієта з високим вмістом жирів нормалізує рівень тривожності та депресивної поведінки. Пов'язане зі стресом вживання поживної їжі забезпечує короткострокову вигоду, але може бути шкідливим у довгостроковій перспективі. Спричинене стресом поїдання великої кількості їжі полегшують симптоми стресу. В подальшому було виявлено що така порушена автоматична харчова поведінка яка направлена на виживання мала негативні наслідки. Наприклад це збільшення маси тіла, набряки, акне, порушення процесів травлення, поява харчових дефіцитів, загострення хронічних захворювань та звісно порушень харчової поведінки який може перейти в розлад.

Після дії стресових чинників високої інтенсивності у стані відносної безпеки стають помітні зміни (зовнішній вигляд, стан здоров'я). Проте за певний час з'явився патерн харчової поведінки який самостійно змінити дуже складно або навіть не можливо. Тоді з'являються дієтичні обмеження (стримане харчування) та підвищені фізичні навантаження, які після дії стресових чинників високої інтенсивності активують НРА вісь. І внаслідок цього знову активується стадія переїдання і після цього можливий розвиток розладу харчової поведінки.

Фаза виснаження. Вона настає тоді коли стрес продовжується і людина не може адаптуватися. Ця фаза характеризується вразливістю до втоми. Виявляється неспроможність захисних механізмів і наростає порушення погодженості життєвих функцій. Фізичні проблеми або проблеми харчової поведінки можуть призвести до розладів і навіть до загибелі організму [13].

Під час війни до причин появи стресу, на відміну від повсякденних проблем, можна додати такі фактори як фізична безпека особи, тривога за стабільність наступного дня – у контексті їжі, економіки, життя себе та інших

(Hobfoll et al., 1991). Усе це призводить до того, що стрес є не тільки періодичним, а постійним фактором, який на харчову поведінку.

Війна як надзвичайна стресова ситуація провокує досить багато різних негативних симптомів. Наприклад в зоні боїв, обстрілу чи бомбардувань у людей частіше виникає надмірна тривога, паніка, страх, розпач, безпомічність і в подальшому це призводить до апатії та навіть депресії. Це може призвести до таких розладів харчування, як нервова булімія. Після довгих періодів голодування, люди спочатку не могли наїстися, а через деякий знову згадували травматичні події при яких вони не могли їсти і намагають «очистити» свій організм. [1]

В зоні напруження (дистанційної війни) при відсутності прямих бойових дій виникає тривога очікування, страх, розпач, виснаження, астенія, депресія. В таких умовах може розвинутися анорексія.

Якщо у відносно безпечній зоні: очікування «поганих новин» про близьких, синдром відтермінованої стрес реакції – тривога та виснаження. У таких людей частіше виникає компульсивне переїдання. Такими компульсивними діями людина начебто «заїдає» цей час очікування, щоб він минув швидше. У зв'язку з широким поширенням даних симптомів можна виділити так названі «мішені втручання», на які ми можемо звернути увагу та допомогти.

Мішені втручання поділяються на вегетативну складову, когнітивно-поведінкову та емоційну складову. У вегетативній складовій варто звернути увагу на загострення існуючих хронічних захворювань; поява нових соматичних захворювань, депривація сну, гіподинамія. Когнітивно-поведінкова складова поділяється на стримане харчування, інтенсивне фізичне навантаження, «очищення».

- Стримане харчування:

При впливі гострого стресу у період адаптації було виявлено, що люди які підтримують більш високий рівень стриманості в харчуванні, часто

демонструють незначну загальну різницю у споживанні калорій у порівнянні з людьми з низькою стриманістю або у споживанні їжі при ненав'язливому спостереженні в лабораторних та природніх умовах.

Стриманість може бути безуспішними спробами обмежування в їжі – людина їсть менше, ніж у нормальних умовах (при низькому стресі), а під час стресу схильна до переїдання.

Висока когнітивна стриманість асоціюється з підвищеною концентрацією кортизолу. Підвищена стриманість може відігравати важливу роль у розвитку ожиріння та служити маркером уразливості системи винагороди, сенсифілізованої до поживної їжі. У той час як гнучка стриманість може бути ефективною для контролю ваги та запобігання надмірному споживанню смачної неживильної їжі, жорстка стриманість може призвести до сенсифілізації до таких продуктів.

Люди які дотримуються жорстких правил щодо їжі, менш уважні до фізіологічних сигналів голоду і ситості що призводить до переїдання.

Відсутність контролю над життєвими подіями може призвести до відчайдушних та неефективних спроб контролювати прийом їжі, наприклад шляхом позбавлення себе певної їжі з наступним переїданням.

- Інтенсивне фізичне навантаження: виснаження, навантаження на м'язи які потребують харчування, порушення вироблення жіночих статевих гормонів, активація вісі НРА.

- «Очищення» - детокс програми, інтервальне голодування, вживання сечогінних засобів, активація вісі НРА.

Емоційна складова:

- Почуття провини (не достатньо роблю для перемоги, перебуваю в небезпеці коли інші в небезпеці, не маю права радіти, не маю права приділяти час та увагу собі, коли в країні війна, не достатньо дбаю про близьких

- Злість на ворога та неможливість її «вивільнення».

- Емоційне харчування: їжа забезпечує короткострокове задоволення та позбавлення від дискомфорту, негативне підкріплення та

дистрес можуть мотивувати пов'язане зі стресом харчування як спосіб регуляції стресових реакцій (швидкий спосіб отримати задоволення).

План втручання

Вегетативна складова: лікування основного захворювання, звернення уваги на фізичний стан пацієнта, відновлення сну та фізичної активації

Когнітивно-поведінкова складова: мотивування підвищеної когнітивної активності, складання плану відновлювального харчування з уникненням заборон, помірне фізичне навантаження низької інтенсивності, когнітивна реструктуризація дисфункціональних переконань.

Емоційна складова: інформаційна психогігієна, виявлення та корекція дисфункціональної емоційної обробки, здобуття навичок емоційної регуляції, здобуття навичок тілесної чутливості та робота з напругою в тілі.

Отже у часи війни, все населення України зазнає значного дистресу через загрозу здоров'ю та життю себе та своїх близьких, відсутність достатньо продовольчої безпеки – і як наслідок панічні покупки та бажання запаситися всім необхідним, постійні повітряні тривоги, відключення світла, вимушене переміщення, неможливість планувати своє майбутнє. Всі ці фактори впливають на психічний стан, що в свою чергу може підвищити мотивацію та швидкість вживання їжі, і це може призводити до відсутності почуття ситості і як наслідок втрата контролю над харчуванням.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК НАСЛІДОК СТРЕСУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Психодіагностичний інструментарій дослідження розладів харчової поведінки як наслідок стресу під час воєнного стану

У дослідженні взяли участь 30 осіб, віком 17-30 років. Для розв'язання визначених завдань нами було використано:

1) комплекс теоретичних методів (аналізу, синтезу та узагальнення) представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

2) емпіричні методи: тест на ймовірність наявності розладів харчової поведінки – EAT-26; госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); шкала Гамільтона для оцінки депресії.

Для проведення дослідження було розроблено основні його етапи, які допомогли у реалізації поставленої мети та завдань.

1. Підготовчий етап.

- обрано експериментальну вибірку у кількості 30 респондентів;
- проаналізовано теоретичний матеріал з даної проблематики.

2. Проведення психологічного дослідження:

- *тест на ймовірність наявності розладів харчової поведінки – EAT-26;*

Тест на наявність розладів харчової поведінки (Eating Attitudes Test - EAT-26) створений на основі первинного опитувальника, який включав велику кількість пунктів та був складний для самостійної інтерпретації. Модифікований EAT-26 містить всього 26 запитань і отримав широке поширення завдяки своїй простоті та чіткості.

Мета: виявлення потенційних ознак розладів, пов'язаних із харчуванням.

Основні цілі тесту полягають у: швидкому та ефективному визначенні ризику розладів харчової поведінки; ідентифікація людей, які потребують подальшої діагностики та консультації спеціаліста; виявлення ранніх ознак проблем із харчуванням.

- госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали: підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

- шкала для оцінки депресії Гамільтона;

Мета: виявлення когнітивних схем, які характерні для депресивного стану: негативні асоціації, уповільнена реакція.

Методика призначена для оцінки тяжкості депресії на момент дослідження, відстеження динаміки стану людини та об'єктивізації симптомів депресії.

3. Аналіз результатів дослідження. Отримані результати обраховувались за допомогою методів математичної статистики. На основі кількісної інформації зроблена якісна обробка результатів.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувалися: поглибленим теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень

дослідження; сукупністю методів та методик, адекватних предмету, меті та завданням дослідження; репрезентативністю вибірки.

Нами була розроблена програма емпіричного дослідження розладів харчової поведінки як наслідку стресу під час воєнного стану.

Мета дослідження: теоретичне дослідження та емпірична перевірка розладів харчової поведінки як наслідку стресу під час воєнного стану.

Ми виокремили такі змінні емпіричного дослідження розладів харчової поведінки як наслідку стресу під час воєнного стану:

ЗЗ – харчова поведінка;

НЗ – воєнний стан, як умова розвитку розладів харчової поведінки на фоні стресу.

Контрольована змінна (КЗ) – дослідження проводилося впродовж дня; форма проведення індивідуальна;

РЗ – настрій респондентів під час участі в дослідженні, ставлення до експериментатора, самопочуття та мотивація учасників.

Стратегія дослідження – констатуюча.

Вибір плану за критерієм істинності експерименту – квазіекспериментальний план, який в силу певних умов організації та проведення містить загрози валідності.

2.2. Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки

Аналіз результатів дослідження *за тестом на ймовірність наявності розладів харчової поведінки – EAT-26* показав, що у 55 % вибірки переважає середній ризик виникнення розладів харчової поведінки. Він свідчить про наявність окремих тривожних ознак у ставленні до їжі, тіла та харчування, які, хоча й не є вираженими патологічними, можуть прогресувати без своєчасної уваги. Це проміжний стан між здоровим харчовим ставленням та потенційним розвитком розладу.

Без уваги до середнього ризику можуть розвиватися серйозніші проблеми, такі як: формування нав'язливих думок про їжу чи вагу, переходи

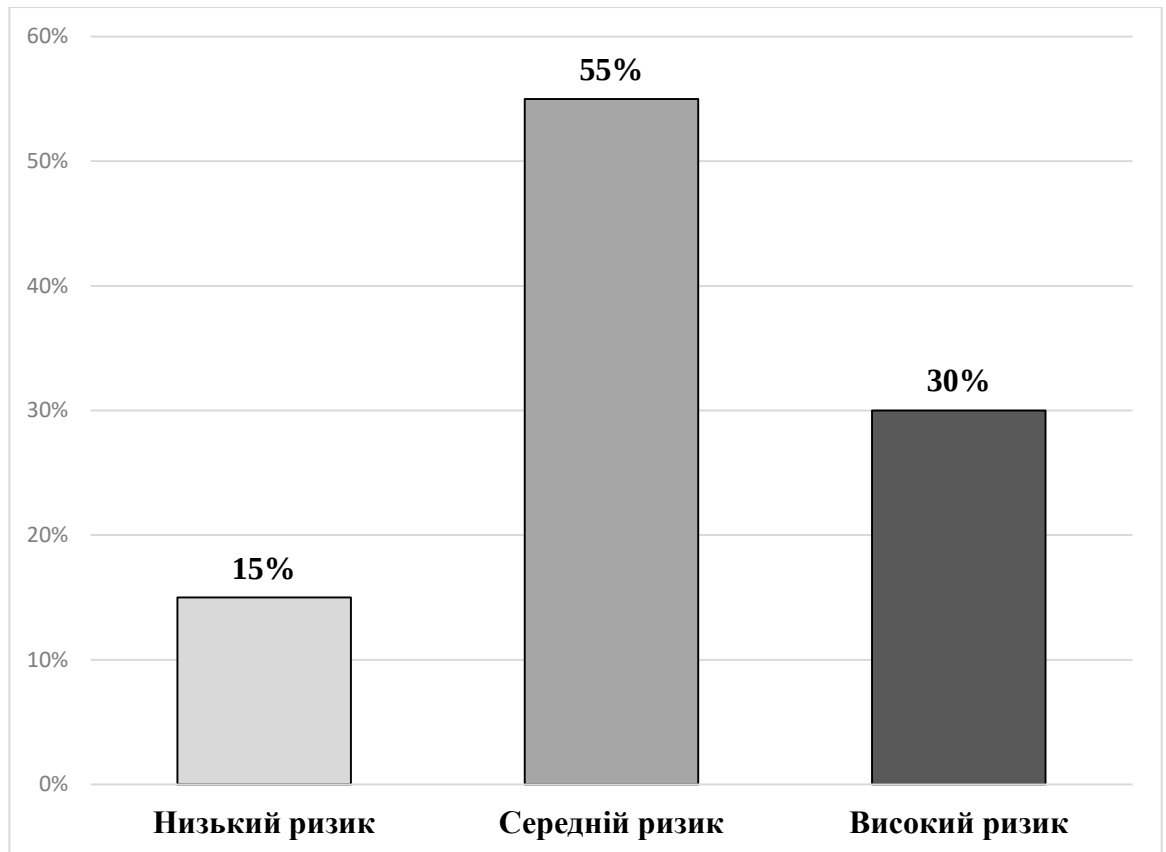
до більш екстремальної поведінки (постійне обмеження калорій, компульсивне переїдання або очищення організму), погіршення фізичного і психічного стану.

Високий ризик становить 30 % вибірки. Високий ризик розладів харчової поведінки свідчить про наявність значних порушень у ставленні до їжі, тіла та харчування. Це може бути пов'язано з розвитком таких розладів, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання або інші проблеми, що впливають на фізичне і психічне здоров'я.

У опитуваних, що взяли участь у досліджуванні переважають такі симптоми:

1) зниження маси тіла нижче допустимих норм, порушення сприйняття власної ваги або форм, понижена самооцінка через несприйняття свого тіла, дотримання строгих дієт, надмірні, виснажливі фізичні навантаження, вживання послаблюючих та сечогінних засобів, блювання після їжі, зв'язок між емоційним станом і прийомом їжі, розлади менструального циклу;

2) сильний страх щодо збільшення маси тіла неконтрольовані приступи переїдання, зриви, напади некерованого підвищеного апетиту частіше 2 разів на тиждень за останні 3 місяці, почуття провини, відрази, сорому у відповідь на прийом їжі (див. Мал. 2.1.).



Мал. 2.1. Показники ризику розвитку розладів харчової поведінки як наслідок стресу під час воєнного стану

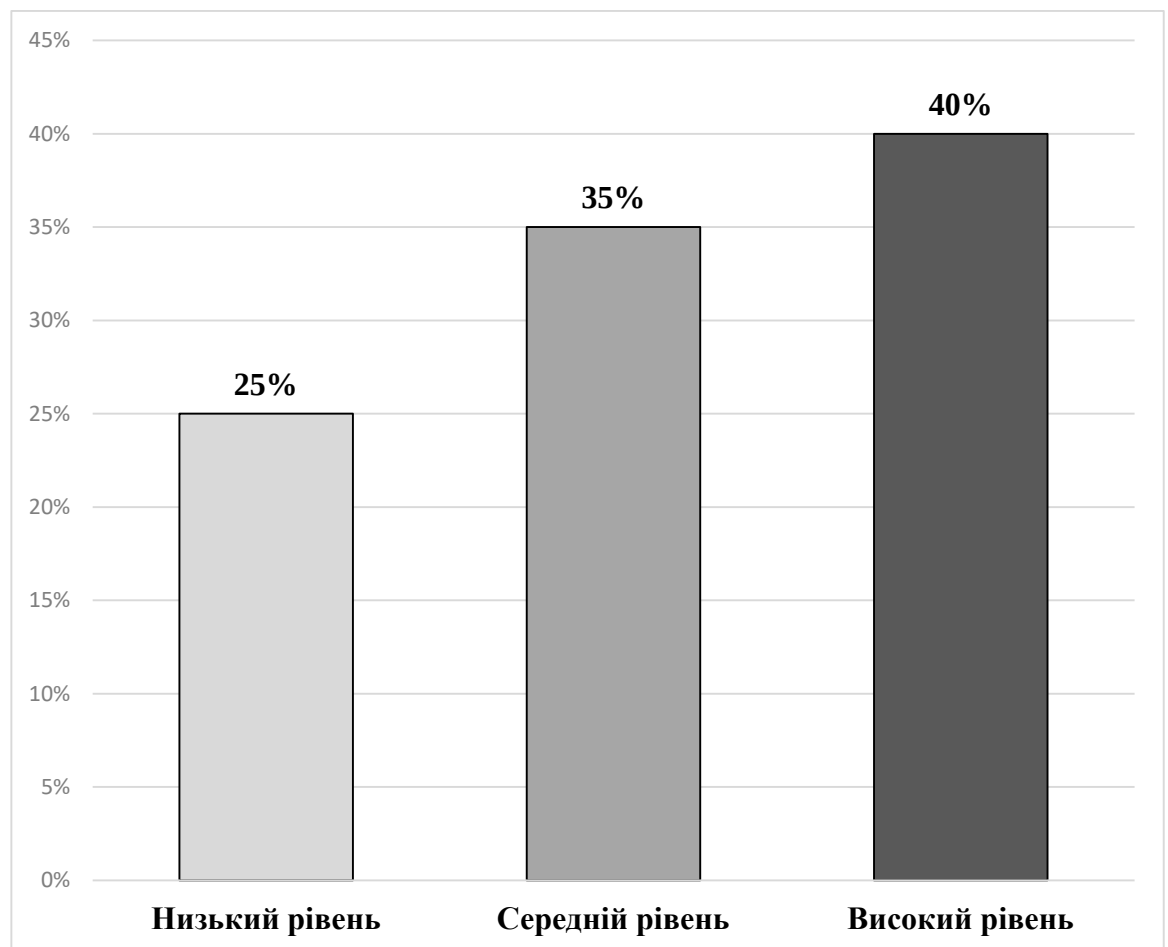
У 15 % досліджуваних низький ризик виникнення розладів харчової поведінки. Тобто, у них здорове ставлення до харчування та тіла. Проте, у деяких досліджуваних наявні окремі незначні прояви занепокоєння зовнішністю або емоційний вплив на харчову поведінку, які не становлять загрози для здоров'я.

Варто представити основні ознаки низького ризику розвитку розладів харчової поведінки: емоційна стабільність, регулярні прийоми їжі без суворих обмежень, відсутність нав'язливих думок, збалансований підхід до фізичної активності, фізіологічна рівновага, здорове сприйняття свого тіла, відсутність залежності самооцінки від зовнішності.

Аналіз результатів дослідження *за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)* дозволив проаналізувати шкалу тривоги у досліджуваних.

У 40 % вибірки переважає високий рівень тривожності як наслідок впливу воєнного стану. Такий рівень переважає, у тих опитуваних які перебували у зоні бойових дій і змогли вибратися. Він характеризується не тільки зниженням активності людини через стресові фактори, а також замкнутість в собі або ж навпаки може провокувати агресивну поведінку.

Середній рівень тривожності становить 35 % досліджуваних. Він притаманний людям, які перебувають у зоні частих обстрілів при відсутності бойових дій. Такі досліджувані пригнічені, проте стараються не показувати свої емоції іншим. Людям, що взяли участь у дослідженні із високим та середнім коефіцієнтом тривожності притаманна фрустрація потреби в досягненні успіху. Тобто, несприятливі умови навколишнього середовища, психічний фон не дають змоги особистості розвинути власну потребу в успіху, досягненні високого результату. Стрес під час воєнного стану прямо впливає на поведінку особистості (див. мал. 2.2.).



Мал. 2.2. Рівень тривожності під час воєнного стану

Варто зауважити, що середній рівень тривожності як наслідок стресу під час воєнного стану є типовою реакцією на підвищену невизначеність, небезпеку та зміни в повсякденному житті. Такий рівень характеризується значним впливом стресових факторів, але не досягає ступеня, що повністю порушує нормальну життєдіяльність.

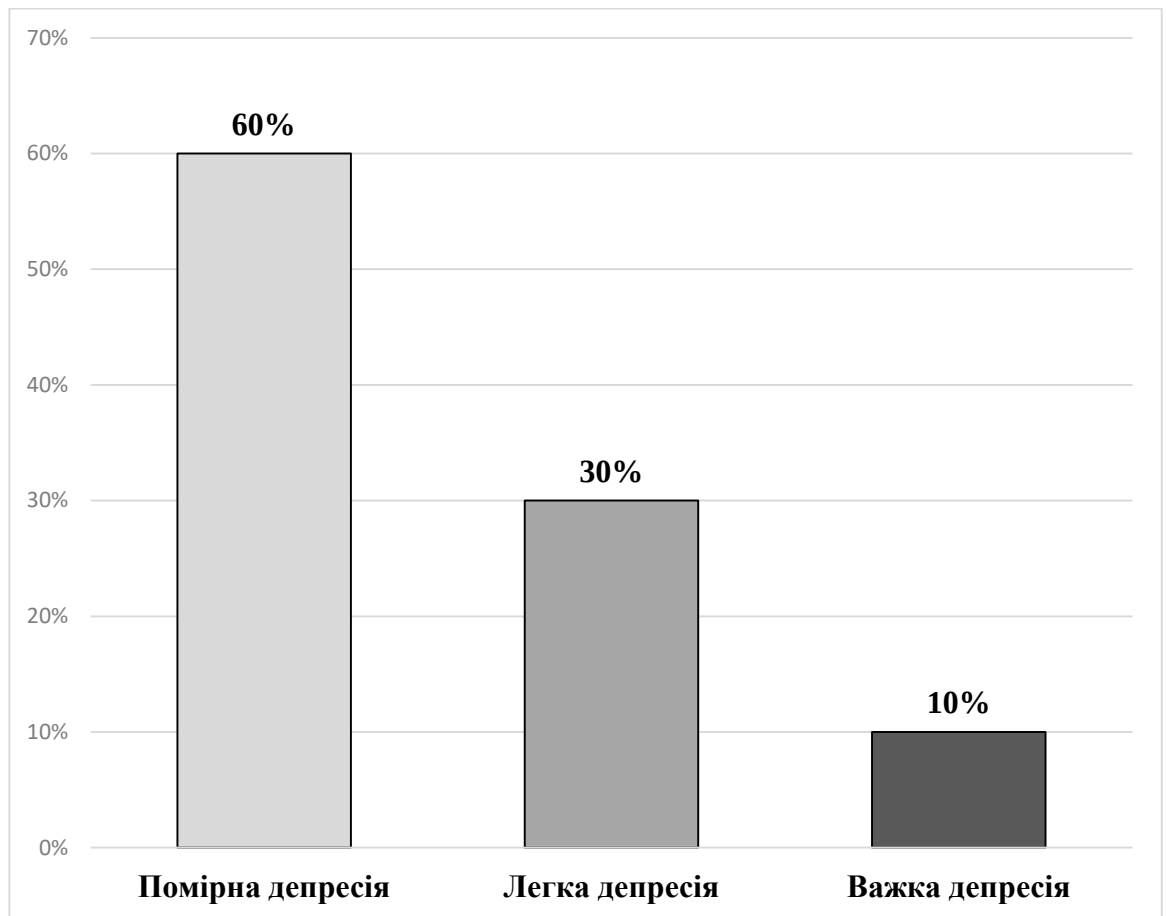
Низький рівень тривожності переважає у 25 % опитантів. Він притаманний людям які знаходять у безпечній зоні. Такий коефіцієнт тривожності притаманний людям, що легко виконують вказівки інших та намагаються все тримати у своїх руках. У них відсутній страх самовираження, що характеризує потребу у саморозкритті. Вони впевнено демонструють свої можливості, вміння та навички не боячись бути відторгненими. Проте на даний час воєнний стан у нашій країні викликає стрес.

Аналіз результатів дослідження *за шкалою Гамільтона для оцінки депресії* показав, що у досліджуваних переважає помірний ступінь вираженості симптомів депресії і становить 60 % опитуваних. Симптоми депресії помірного ступеня, створює певні труднощі для нормального життя і небезпечна швидким переходом на наступну стадію. Такі люди негативно ставляться до себе, до їжі та до свого тіла, мають песимістичні погляди на майбутнє через впровадження воєнного стану.

Легкий ступінь вираженості симптомів депресії переважає у 30 % опитуваних. Їм притаманне відчуття втоми та зниження рухової активності. Такі люди не ставлять пріоритетів на майбутнє. Вони «занурені» у свій стан та шукають вирішення проблеми у собі.

Легкий ступінь вираженості симптомів депресії може також проявлятися у осіб, які перебувають у зоні бойових дій, є важливим аспектом психічного здоров'я, що вимагає особливої уваги. Цей рівень депресії може бути викликаний постійним стресом, тривогою та емоційними переживаннями, які супроводжують життя в умовах війни.

Вчасне виявлення симптомів і вжиття заходів для їх подолання допоможе запобігти розвитку більш серйозних психологічних розладів, що можуть серйозно вплинути на психічне здоров'я людини (див. мал. 2.3.).



Мал. 2.3. Показники прояву депресії у людей під час воєнного стану

Важкий ступінь вираженості симптомів депресії становить 10 % експериментальної вибірки. Такий стан характеризується значним спадом настрою, втратою інтересу до життя. Вона характеризується такими симптомами: зниження здатності до концентрації уваги та неспроможність приймати своєчасне рішення, спроби відкласти прийняття рішення; постійне відчуття втоми; незвичайне збудження, рухова занепокоєність або, навпаки, рухова загальмованість; занижена самооцінка; відчуття провини, туги, відчаю. Важка депресія не можна залишати без уваги і медичного контролю, необхідно в обов'язковому порядку звернутися за консультацією до психотерапевта.

Варто виокремити фактори, що впливають на рівень депресії під час воєнного стану:

- психологічний стрес через небезпеку та невизначеність. Війна створює значний стрес, що може посилювати або провокувати депресивні симптоми, особливо у тих, хто пережив травматичні події, втратив близьких або опинився в умовах, де відсутня стабільність;

- соціальна ізоляція та травма. Люди, які переживають емоційну травму або перебувають у стані постійної невизначеності, можуть демонструвати високий рівень депресії через відчуття ізоляції або непевності щодо майбутнього;

- відсутність підтримки. У воєнному стані порушується звичний порядок життя, соціальні контакти, робочі та сімейні обов'язки, що може погіршити психоемоційний стан і викликати депресивні симптоми.

Для зниження тривоги та депресивних проявів варто застосовувати психологічні техніки, які допоможуть знизити показники та сприятимуть оптимізації психологічного благополуччя особистості з розладами харчової поведінки. Нами представлені вправи для роботи з тривогою:

Вправа «Енергія життя»

Час виконання: до 10 хв.

Мета: зняття втоми, емоційної напруги та досягнення рівноваги, впевненості.

Хід вправи: психолог пропонує таку техніку: «Сядьте вільно та заплющіть очі. Зробіть три глибоких вдихи й видихи... Уявіть себе деревом, яке вам подобається. Детально програйте в свідомості образ цього дерева: уявіть його міцний і гнучкий стовбур; гілки, які розхитує вітер; листя, звернене назустріч сонячним променям і дощу; циркуляцію поживних соків по стовбуру; коріння, яке міцно вросло в землю. Важливо відчуті поживні соки, які коріння втягує із землі. Земля – це символ життя, коріння – символ стабільності, зв'язок людини з реальністю. Відчуйте, як, вдихаючи повітря, ви

витагуєте ці соки із землі, як вони наповнюють ваше тіло енергією життя. Відчувши приємну циркуляцію поживних соків, відкрийте очі».

Вправа «Перетворення в силу»

Час виконання: до 7 хв.

Мета: усвідомлення власного «Я», зняття втоми й напруги, підтримка позитивного емоційного фону.

Хід вправи: учасникам пропонується виконати такі дії:

- 1) прямо станьте;
- 2) відмовтесь від зажимів та негативу;
- 3) піднімайте обидві руки до грудей;
- 4) міцно стисніть руки в кулаки;
- 5) з усією силою «викидайте» кулаки наверх. Вигукуйте в самий момент викиду, що ви - сила, що ви найкраща, справедлива, чесна, життєвадісна, наполеглива людина. Повторюйте вправу декілька разів.

Вправа «Мої якості»

Час виконання: до 15 хв.

Мета: усвідомлення власного «Я» та своїх особистісних якостей, як основу самоактуалізації, розвиток психологічного благополуччя під час воєнного стану.

Необхідне обладнання: чистий аркуш паперу, ручку.

Хід вправи: цю вправу потрібно робити швидко і відразу, не акцентуючи увагу, щоб відкласти її на пізніше. Для виконання вправи психолог роздає учасникам тренінгової програми чистий аркуш паперу і ручку. Досліджувані розділяють аркуш вертикально на три великі блоки:

- 1) потрібно вписати в стовпчик 10 імен реальних історичних осіб, вигаданих героїв книг, фільмів, мультфільмів. Вони вам повинні подобатися (діапазон: «Я захоплююся»);
- 2) потрібно записати у стовпчик (навпроти кожного імені) 2-3 риси, які вам особливо подобаються і не подобаються;

3) потрібно підрахувати якості які повторюються у першому стовпці і написати їх у порядку спадання.

Зразок

№	Що подобається	Якості	Кількість якостей
1.			
2.			
3.			
4.			

Слова психолога: «Тепер перечитайте те, що ви написали свіжим поглядом. Що ми бачимо? Насправді це ти. Бо подібне приваблює. Людина ніколи не обирає якість, яка не співзвучна з власною душею. Можливо, ви будете здивовані тим, що побачите, можливо, ні, але це ваше дзеркало. Щоразу, коли ви сумніваєтеся в собі, подивіться в дзеркало».

Вправа «Перешкоди та ресурси»

Мета: передбачити перешкоди та ресурсно їх позбавитися.

Хід вправи: психолог пропонує учасникам передбачити перешкоди та знешкодити їх. Перешкоди – «камінчики». Вам потрібно написати, що може бути перешкодою на шляху до досягнення бажаного? А щоб подолати перешкоду необхідний ресурс. Ресурси у кожного свої, це вміння, таланти чи підтримка рідних. Учасники прикріплюють свої «квіточки-ресурси» біля

«камінчиків-перешкод» на ватман, утворюючи квіткову галявину на шляху до успіху.

Після обговорення перешкод та ресурсів психолог доповнює та додає ще варіанти можливих ресурсів.

Вправа «Психогімнастика»

Час виконання: до 45 хв.

Мета: підвищити настрій, знизити втому. Сприяє розвитку виразної поведінки, спонукає учасників, з одного боку, бути уважними до дій інших, а з іншого боку, шукати такі засоби самовираження, які будуть зрозумілими іншим.

Хід вправи: учасники сідають у коло. Тренери роздають картки з назвами тварин. Ім'я повторюється на обох картках. «Прочитайте, будь ласка, що написано на вашій картці. Зробіть так, щоб тільки ви бачили напис. Ви можете взяти картку зараз. Завдання кожного – знайти свого партнера. При цьому можна використовувати будь-який вираз, не можна просто щось сказати. Коли ви знайдете свою пару, тримайтеся поруч, але мовчіть і не розмовляйте. Лише коли всі пари будуть сформовані, ми перевіримо, що з нами відбувається. Після завершення вправи тренери по черзі запитують кожну пару: «Хто ти?».

Висновки

Зараз війна це наше сьогоднішнє. Тому дана тема актуальна як ніколи вона пов'язана з тим що відбувається в нашому середовищі, суспільстві, країні. Війна, це наш "Дамоклів меч", тобто постійно загроза. Життя в умовах війни дуже впливає на кожну людину, а саме фізично, психологічно, ментально, соціально. Працюючи в психологічній сфері, я досить часто почала стикатися з тим що найперше у людей страждають фізіологічні потреби, і одна з таких потреб це харчування. Адже ми їмо з народження і стосунки з їжею це найбільш ранні стосунки які ми будемо в своєму житті і на яких в майбутньому буде подальша взаємодія зі світом.

За підсумком теоретичної роботи, можна підсумувати, що стрес який людина переживає під час активних воєнних дій або періодичних обстрілів декілька разів на тиждень або навіть місяць, значно впливає на таку людську базову потребу як харчування. Також хронічний стрес може спровокувати вже наявний розлад харчової поведінки. Люди під час війни переживають різні види стресу, наприклад емоційний або фізіологічний, а якщо стрес переходить у хронічний то він починає мати негативний вплив на гормональну систему організму і це в свою чергу може спричинити значний вплив на харчову поведінку.

Зміни в харчовій поведінці можуть варіюватися від «я не можу нічого їсти» до «постійно їм» (навіть за відсутності розладів харчової поведінки). За допомогою дослідження потрібно з'ясувати зв'язок тривожності та депресивності які виникають внаслідок стресу під час війни та розладів харчової поведінки.

Аналіз результатів дослідження *за тестом на ймовірність наявності розладів харчової поведінки – EAT-26* показав, що у 55 % вибірки переважає середній ризик виникнення розладів харчової поведінки. Він свідчить про наявність окремих тривожних ознак у ставленні до їжі, тіла та харчування, які, хоча й не є вираженими патологічними, можуть прогресувати без своєчасної

уваги. Це проміжний стан між здоровим харчовим ставленням та потенційним розвитком розладу.

Високий ризик становить 30 % вибірки. Високий ризик розладів харчової поведінки свідчить про наявність значних порушень у ставленні до їжі, тіла та харчування. Це може бути пов'язано з розвитком таких розладів, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання або інші проблеми, що впливають на фізичне і психічне здоров'я.

У 15 % досліджуваних низький ризик виникнення розладів харчової поведінки. Тобто, у них здорове ставлення до харчування та тіла. Проте, у деяких досліджуваних наявні окремі незначні прояви занепокоєння зовнішністю або емоційний вплив на харчову поведінку, які не становлять загрози для здоров'я.

Аналіз результатів дослідження *за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)* дозволив проаналізувати шкалу тривоги у досліджуваних.

У 40 % вибірки переважає високий рівень тривожності як наслідок впливу воєнного стану. Такий рівень переважає, у тих опитуваних які перебували у зоні бойових дій і змогли вибратися. Він характеризується не тільки зниженням активності людини через стресові фактори, а також замкнутість в собі або ж навпаки може провокувати агресивну поведінку.

Середній рівень тривожності становить 35 % досліджуваних. Він притаманний людям, які перебувають у зоні частих обстрілів при відсутності бойових дій. Такі досліджувані пригнічені, проте стараються не показувати свої емоції іншим. Людям, що взяли участь у дослідженні із високим та середнім коефіцієнтом тривожності притаманна фрустрація потреби в досягненні успіху.

Низький рівень тривожності переважає у 25 % досліджуваних. Він притаманний людям які знаходять у безпечній зоні. Такий коефіцієнт тривожності притаманний людям, що легко виконують вказівки інших та намагаються все тримати у своїх руках. У них відсутній страх самовираження, що характеризує потребу у саморозкритті. Вони впевнено демонструють свої

можливості, вміння та навички не боячись бути відторгненими. Проте на даний час воєнний стан у нашій країні викликає стрес.

Аналіз результатів дослідження *за шкалою Гамільтона для оцінки депресії* показав, що у досліджуваних переважає помірний ступінь вираженості симптомів депресії і становить 60 % опитуваних. Симптоми депресії помірною ступеня, створює певні труднощі для нормального життя і небезпечна швидким переходом на наступну стадію. Такі люди негативно ставляться до себе, до їжі та до свого тіла, мають песимістичні погляди на майбутнє через впровадження воєнного стану.

Легкий ступінь вираженості симптомів депресії переважає у 30 % опитуваних. Їм притаманне відчуття втоми та зниження рухової активності. Такі люди не ставлять пріоритетів на майбутнє. Вони «занурені» у свій стан та шукають вирішення проблеми у собі.

Важкий ступінь вираженості симптомів депресії становить 10 % експериментальної вибірки. Такий стан характеризується значним спадом настрою, втратою інтересу до життя. Вона характеризується такими симптомами: зниження здатності до концентрації уваги та неспроможність приймати своєчасне рішення, спроби відкласти прийняття рішення; постійне відчуття втоми; незвичайне збудження, рухова занепокоєність або, навпаки, рухова загальмованість; занижена самооцінка; відчуття провини, туги, відчаю. Важка депресія не можна залишати без уваги і медичного контролю, необхідно в обов'язковому порядку звернутися за консультацією до психотерапевта.

Таким чином в результаті проведених досліджень було підтверджено зв'язок стресу, який провокує ознаки тривожності та депресивності з ризиком розвитку розладів харчовою поведінки у різних категорій людей по відношенню до воєнних дій.

Перелік використаних джерел

1. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.
2. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць. 2019. № 43. С. 9–32.
3. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Методичний посібник К.: НДЦ ГП ЗСУ., Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців - Коротка шкала тривоги, дересії та ПТСР, Київ 2016. 234 с <https://lib.iitta.gov.ua/>
4. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. .No1 С. 53–66.
5. Ворошиліна А. Особливості ставлення до тіла в особистості з різним типом харчової поведінки. Харківський осінній марафон психотехнологій : збірник матеріалів IV Міжрегіональної науково-практичної конференції, м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2020. С. 66–68.
6. Електронне джерело "Опитувальний щодо розладів харчової поведінки (2008 Fairburn) УІКПТ 2012 <https://i-cbt.org.ua/>
7. Ендрю Дженкінсон Чому ми такі ненажери. Як приборкати апетит. BookChef, 2021. 432с.
8. Зубар Н. Основи фізіології та гігієни харчування : підручник. Київ, 2010. 336 с.

9. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. «Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. №4. С. 6–7.
10. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
11. Крюкова Т. Л., Куфтяк Є. В., Гончарова С. С., Леонтьєв Д. А., Ільченко А. Н., Підручники для студентів онлайн (info{at}stud.com.ua) Діагностика психологічних захистів і копінг-стратегій Опитувальник "СПКС" 2006
"https://stud.com.ua/37649/psihologiya/diagnostika_psihologichnih_zahistiv_kopi ng_strategiy"
12. Лапіна М., Боко Є. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. Науковий вісник Ужгородського університету. 2021. Вип. 1 (48). С. 216–220.
13. Лимар Л. Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць. 2018. № 42. С. 93–113.
14. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
15. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка. Кам'янець.-Подільський, 2009. Випуск 6. Ч.2. С. 86-89.
16. Назаренко Т, Сушко О., Курило Г. Розлади харчової поведінки в Україні: проблеми і перспективи: Стаття, 2016 <https://health-ua.com/article>.
17. Нижник А. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136–140.

18. Психологічна підтримка у формування харчової поведінки підлітків в роботі клінічного психолога / Т. Федотова та ін. Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка. Психологія. Медицина». Київ, 2021. Вип. 4 (4). С. 410–422.
19. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок / З. Антонова та ін. Габітус. Серія «Психологія особистості». 2021. Вип. 27. С. 125–130.
20. Рахубовська Х. Особистісні властивості та розлади в осіб з розладами прийому жі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія «Психологія». 2012. Вип. 44. С. 184–191.
21. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. №1 (122), 2021.
22. Скрипченко О. В. Вікова та педагогічна психологія. Київ.: Просвіта, 2001. 416 с.
23. Фукс К. Нервова анорексія: ти те, що ти (не) їси. Тиждень.юа. 2019. URL : <https://m.tyzhden.ua/publication/238354>. (дата звернення: 23.11.2022).
24. Хвесик Н. Як розпізнати розлади харчової поведінки: поради фахівців. Стаття, 2021 <https://medicine.rayon.in.ua/news/>.
25. Шебанова В. Анкета прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла»: авторське свідоцтво № 64531 від 18.03.2016 р. Київ : Державна служба інтелектуальної власності України.
26. Шебанова В. Психологія харчової поведінки : автореф. дис. ... докт. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 40 с.
27. Щербак Т. Психологічні особливості образу фізичного Я в осіб із розладами харчової поведінки. Інсайт: психологічні виміри суспільства : науковий журнал. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2019. Вип. 2. С. 104–111.

28. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L et al Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 977-1008
29. Procopio CA, Holm-Denoma JM, Gordon KH, Joiner TE Jr. Two-three-year stability and interrelations of bulimotypic indicators and depressive and anxious symptoms in middle-aged women. *Int J Eat Disord*. 2006;39:312-319
30. Ulfvebrand S., Birgegård A., Norring C., Högdahl L., von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with -eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res*. 2015 Dec 15. Vol. 230, № 2. P. 294-9. DOI : 10.1016/j.psychres.2015.09.008. Epub 2015 Sep 15. PMID : 26416590.

ДОДАТКИ

Додаток А

ТЕСТ НА ЙМОВІРНІСТЬ НАЯВНОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ

1. Я відчуваю жах при думці про надмірну вагу.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

2. Я уникаю прийому їжі, коли голодний.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

3. Я відчуваю занепокоєння з приводу їжі.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

4. У мене були епізоди переїдання, коли я відчував, що не можу зупинитися.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

5. Я розрізаю свою їжу на маленькі шматочки.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

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

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

7. Я особливо уникаю їжі з великим вмістом вуглеводів (наприклад: хліб, рис, картопля).

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

8. Відчуваю, що інші хотіли б, щоб я їв більше.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

9. У мене буває блювота після того, як я поїв.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

10. Я відчуваю надзвичайну провину після їжі.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

11. Мене переслідують думки щодо схуднення.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

12. Я думаю про спалювання калорій під час тренувань.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

13. Інші люди думають, що я занадто худий.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

14. Я стурбований думками про жирові відкладення на моєму тілі.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

15. Прийом їжі у мене займає більше часу, ніж в інших.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

16. Я уникаю їжу, яка містить цукор.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

17. Я вживаю дієтичні продукти.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

18. Я відчуваю, що їжа керує моїм життям.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

19. Я виявляю самоконтроль стосовно їжі.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

20. У мене є відчуття, що інші змушують мене їсти.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

21. Я приділяю занадто багато часу їжі та думкам про неї.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

22. Я відчуваю дискомфорт після вживання солодоців.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

23. Я дотримуюся дієти.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

24. Я волію, щоб мій шлунок був порожній.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

25. Я відчуваю потребу викликати у себе блювоту після їжі.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

26. Я відчуваю задоволення від того, що куштую нові дорогі продукти.

Завжди, Зазвичай, Часто, Іноді, Рідко, Ніколи

Додаток Б

ПОВЕДІНКИ – ЕАТ-26 ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS)

Інструкція: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

Опитувальник:

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

Більшу частину часу

Значну частину часу

Час від часу, від випадку до випадку

Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

Майже весь час

Дуже часто

Іноді

Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

Абсолютно немає

Від випадку до випадку

Досить часто

Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

Безумовно, в такому самому обсязі

Так, але не настільки, як і раніше

Лише трохи

Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

Так, є дуже виразне погане передчуття

Так, але це відчуття не настільки важке

Трохи, однак це не турбує мене

Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

Абсолютно так

Стежу за собою не наскільки потрібно

Дещо менше, ніж раніше

Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

Дійсно, дуже сильно

Вельми значно

Не дуже сильно

Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

Такою ж мірою, як і завжди

Тепер вже не такою мірою

Безумовно вже не настільки

Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

Переважну частину часу

Значну частину часу

Час від часу, але не дуже часто

Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

Такою ж мірою, як і завжди

Трохи менше, ніж зазвичай

Набагато менше, ніж зазвичай

Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

Дійсно, дуже часто

У цілому часто

Нечасто

Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

Абсолютно ніколи

Нечасто

Іноді

Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

Абсолютно так

Зазвичай так

Нечасто

Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

Часто

Скоріше часто

Іноді

Дуже рідко

Додаток В

ШКАЛА ГАМІЛЬТОНА ДЛЯ ОЦІНКИ ДЕПРЕСІЇ

Шкала тривоги Гамільтона може допомогти об'єктивувати та оцінити тяжкість тривоги пацієнта. Кожен параметр оцінюється за рівнем виразності:

0 = ні

+ 1 = незначний

+ 2 = помірний

+ 3 = важкий

+ 4 = дуже тяжкий

Опитувальник:

1. Тривожний настрій: (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

3. Страх (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сни):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

13. Вегетативні (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження) *

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини):

Немає, Незначний, Помірний, Сильний, Дуже важкий

