

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти

Кафедра практичної психології

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**ЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ
ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Студентки 1 курсу,
групи ППм-1-24-1.4д другого
(магістерського) рівня
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми 053 002
Практична психологія
Бойко Поліни Василівни

Науковий керівник:
Олена ЛИТВИНЕНКО
доктор психологічних наук, доцент
завідувач кафедри практичної психології

Київ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ... 7	7
1.1 Афективна сфера особистості: поняття, види та особливості.....	7
1.1.1 Визначення афективної сфери та основні види емоційних порушень.....	7
1.1.2 Визначення афективної сфери та основні види емоційних порушень.....	29
1.2 Харчова поведінка дорослих в умовах воєнного часу.....	41
1.2.1 Поняття харчової поведінки та вплив стресових факторів на неї.....	41
1.2.2 Особливості та психологічні аспекти змін харчових звичок в умовах війни.....	48
1.3. Емоційне переїдання як психосоматичний механізм та прояв емоційних порушень.....	56
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I.....	61
РОЗДІЛ II. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ.....	63
2.1. Процедура та методологія дослідження зв'язку стресу та тривожних станів на харчову поведінку.....	63
2.2. Емпіричні результати дослідження зв'язку емоційних станів та харчової поведінки дорослих.....	69
2.3. Перспективи подальших досліджень взаємозв'язку харчової поведінки та емоційних порушень.....	78
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II.....	82
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	85
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Актуальність дослідження. З початку повномасштабного вторгнення більшість українців стали стикатися із стресовими факторами, які впливають на фізичне та психічне здоров'я. Згідно з останніми опитуваннями, майже 80% громадян відчувають сильну знервованість і стрес, 52% - тривожність, також 47% респондентів мають поганий настрій та порушення сну (В. Шурмакевич, 2024). Усе частіше увага дослідників звертається на важливий аспект, який поєднує психологічне здоров'я та фізичне самопочуття, – зв'язок емоційних порушень та харчової поведінки (О. Литвиненко, Г. Моргулець, А. Шанюк, R. Cattivelli, R. Granero, L. König, A. Scarpa, G. Varallo). Харчова поведінка - це звички людини щодо споживання їжі та напоїв, які напрямую впливають на якість життя та здоров'я людини (Ковальська, 2024). З психологічної точки зору, це не лише задоволення фізіологічних потреб, а набагато складніший феномен, який пов'язаний також з багатьма іншими аспектами нашого життя. Депресія, тривога та стрес можуть змінювати наше ставлення до їжі, тобто харчову поведінку, і це нерідко може призвести розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія, або компульсивне переїдання (Lytvynenko & König, 2023). Розуміння зв'язку між емоційними порушеннями та харчовою поведінкою важливе для розробки рекомендацій та відповідних програм підтримки, які можуть допомогти людям у кризових умовах зберігати фізичне та психічне здоров'я, а також уникати подібної поведінки.

Емоційні порушення, такі як депресія, тривога та стрес досліджували такі дослідники як О.Березюк, О. Войтенко, Г. Гірняк, В. Грабчак, М. Крапива, М. Олійник, Ю. Пилипака, Н. Рештакова, В. Романюк, Р. Сірко, М. Фатєєва, О. Фільц, Г. Хомич. Своєю чергою, вивченню особливостей емоційного стану цивільного населення під час війни присвячені роботи І. Гайдар, Т. Гура, О. Литвиненко. Тим часом, харчову поведінку дорослих досліджували такі науковці як Л. Абсалямова, О. Балагурак, Т. Близнюк, Л. Дідковська, О. Литвиненко, О. Лозова, І. Метельська, Д. Писаренко, М. Фатєєва та ін.

В умовах війни, на нашу думку, вивчення взаємозв'язку окреслених вище феноменів необхідне для розуміння впливу стресу на харчову поведінку та розробки профілактичних заходів, які сприятимуть підтримці як фізичного, так і психічного здоров'я населення.

Об'єкт дослідження: емоційні прояви дорослого населення в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження: зв'язок між емоційними порушеннями та харчовою поведінкою дорослих в умовах воєнного стану.

Метою дослідження є визначити та проаналізувати наявність та характер зв'язку між емоційними порушеннями та особливостями харчової поведінки дорослих в умовах воєнного стану.

В ході дослідження нами було сформовано такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічного конструкту «харчова поведінка», а також емоційних порушень особистості, визначивши їх сутність, різновиди, особливості прояву та вплив на загальне функціонування людини.
2. Емпірично дослідити емоційні порушення та особливості харчової поведінки дорослих в умовах воєнного стану.
3. Проаналізувати отримані емпіричні результати і на їх основі розробити загальну модель психоемоційних корелянтів харчової поведінки людини в умовах постійного стресу.

Методи дослідження: *теоретичні:* узагальнення теоретичних даних, аналіз наукових, психологічних, соціологічних джерел; системно-структурний аналіз літературних джерел; *емпіричні:* авторське анкетування; Шкала тривоги (А. Бек), Шкала впливу подій (Д. Вайс і К. Мармар), Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). *Методи статистичної обробки:* кореляційний аналіз; t-критерій Стьюдента.

Теоретичні засади дослідження: для розгляду феномену емоційних порушень і харчової поведінки дорослих у різних площинах були опрацьовані роботи, що висвітлюють психологічні та фізіологічні аспекти розвитку емоційних та харчових порушень а також їх вплив один на одного в умовах війни. Зокрема, було розглянуто

роботи, які розкривають механізми емоційного переїдання, роль стресу та депресії у формування розладів харчової поведінки.

База дослідження: дослідження здійснювалось в онлайн форматі з використанням анкетування та стандартизованих психодіагностичних методик. Респондентами стали повнолітні особи, які проживають на території України. У дослідженні взяли участь 34 особи віком від 18 років.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для майбутніх досліджень. Також дослідження сприяє кращому розумінню механізмів впливу емоційного стану на харчову поведінку в умовах війни.

Надійність та достовірність результатів дослідження забезпечується використанням валідних психодіагностичних інструментів та репрезентативною вибіркою.

Структура та обсяг роботи: робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичний та емпіричний), висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить 103 сторінок, з них 14 додатки.

Ключові слова: емоційні порушення, харчова поведінка, стрес, депресія, тривожність, переживання під час війни.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Афективна сфера особистості: поняття, види та особливості

1.1.1 Визначення афективної сфери та основні види емоційних порушень

Перед тим, як охарактеризувати поняття емоційних порушень, вважаємо за необхідне ознайомитись із концепцією емоцій. Впродовж життя особистість переживає різноманітні емоції як і позитивної так і негативної модальності. Емоції — це суб'єктивне переживання змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі (Д. Гоулман, 2018).

Емоції як психічні стани та процеси досліджували Д. Бріер, Т. Водсворт Д. Гоулман, Р. Долан, М. Заброцький, А. Меуле, І. Лоуренс, А. Ортоні, Р. Роджерс, К. Скотт, Т. Тернер, К. Фьогеле, К. Черрі. Емоції є фундаментальним компонентом людської психіки, що впливає на когнітивні процеси, сприйняття, поведінку та соціальну взаємодію, обмірковування ризиків та можливостей. Крім цього, схожі емоції можуть переживати як конкретні особи, так і групи людей. Такі поширення відбуваються через відчуття схожих емоцій та називаються емоційним зараженням — свідомим або несвідомим феноменом психологічної передачі емоцій. (Д. Бріер, К. Скотт, 2015).

Емоції сформувалися в процесі еволюції як засіб оцінки живими істотами біологічної значущості станів організму та зовнішніх впливів (М. Заброцький, 2009). Найпростішою формою емоцій є емоційний тон відчуттів (афективний тон) — це переживання людини, які пов'язані із певним досвідом або стимулом (АРА, 2023). Позитивні емоції формуються на сприятливих зовнішніх чи внутрішніх впливах, стимулюючи об'єкт до закріплення поведінкових реакцій, спрямованих на їх підтримку та збереження. Водночас негативні емоції активізують дії, спрямовані на усунення або уникнення шкідливих впливів (М. Заброцький, 2009). Біологічні (первинні, вроджені) емоції відображають видову пам'ять і досвід: вони спонукають індивіда виконувати дії, такі як уникнення небезпеки чи захисна відповідь на загрозу, хоча доцільність цих дій може залишатися для суб'єкта неусвідомленою.

Разом із тим, емоції відіграють важливу роль у формуванні індивідуального досвіду за допомогою позитивного чи негативного підкріплення. Вони сприяють засвоєнню корисних форм поведінки та позбавленню від тих, що виявилися неефективними (М. Заброцький, 2009). Соціальні (вторинні) емоції не є вродженими та потребують більш складних когнітивних процесів. До них належать провина, сором, гордість, любов, збентеження, ревності та заздрість. Ці емоції розвиваються протягом життя, для їх прояву та згасання необхідно більше часу; вони є міжособистісними, оскільки зазвичай виникають у відношенні до інших людей, ситуацій, явищ тощо (Patterson, 2022). Емоції здатні впливати на поведінку людини різними способами: вони можуть стимулювати до дії, допомагати прогнозувати майбутні результати та сприяти навчанню через механізм винагороди (Dolan, 2002). Крім того, емоції впливають на харчові звички, зокрема на прийняття рішень про те, коли і в якій кількості споживати певну їжу (Meule & Vögele, 2013).

Згідно з визначенням К. Ізарда, емоція - це стан, який включає нейрофізіологічний, феноменологічний та нервово-м'язовий аспект. Нейрофізіологічний аспект включає в себе електричну активність нервової системи, а саме кори головного мозку, гіпоталамуса та лімбічної системи. Нервово-м'язовий аспект включає мимічні вісцерально-ендокринні, пантомімічні та іноді голосові реакції. У феноменологічному аспекті емоція виявляється як суб'єктивне та безпосередньо значуще для індивіда переживання (Трофімов та ін. 2001).

Емоції є складним і багатовимірним феноменом, який протягом тривалого часу є об'єктом наукового дослідження. Як наслідок, у науковому дискурсі сформувалися численні концепції та теорії, що характеризують поняття емоцій та особливості їх виникнення.

Згідно з теорією емоцій, яку розробив Ч. Дарвін, фізіологічні реакції людини під час емоційних переживань мають еволюційну основу. Наприклад, вираження гніву (стиснення кулаків, почервоніння обличчя, прискорене дихання) зумовлене тим, що у предків гнів як емоція виникав перед фізичною сутичкою, яка вимагала активізації м'язової діяльності та прискорення дихання. Аналогічно, спітніння долонь під час страху науковець пов'язував із адаптивною реакцією: у

мавпоподібних предків підвищена вологість шкіри полегшувала хват за гілки дерев, що сприяло швидкому порятунку від небезпеки. Ч. Дарвін також доводив, що у розвитку емоційних проявів між людиною та тваринами немає принципової відмінності; він звертав увагу на подібність емоційної експресії у приматів та людини, а також на спільні риси у вираженні емоцій у антропоїдів (людиноподібних) і новонароджених дітей, що свідчило про вроджений характер цих реакцій (Darwin, 1872). Теорія заклала основу для подальших досліджень у сфері психології емоцій та стала передумовою для розвитку інших теоретичних концепцій, зокрема периферичної теорії емоцій Джеймса-Ланге.

Теорія Джеймса-Ланге була сформульована в кінці 19 століття. Її авторами були У. Джеймс та К. Ланге, які досліджували емоції окремо, але їх думки були схожими. Незалежно один від одного, вони запропонували теорію, згідно з якою емоції виникають не самі по собі, а як результат фізіологічних змін у тілі. Дослідник У. Джеймс стверджував, що емоції виникають після фізіологічних змін в організмі людини. Відповідно до його концепції, спершу особа сприймає зовнішній об'єкт або ситуацію, після чого у її організмі відбуваються реакції (зміни в м'язовій активності, серцево-судинній системі тощо), і вже на їх основі формується емоційне переживання. Він зробив висновок, що люди сумні через те що плачуть, а страх виникає після тремтіння (James, 1904). Тим часом, К. Ланге акцентував увагу лише на змінах у судинно-руховій системі, зокрема на зміні тону судин та стану нервової інервації, як ключових механізмів виникнення емоцій (Михайлишин, 2021). Ця теорія переосмислила традиційний підхід до емоцій, згідно з яким фізіологічні реакції вважалися наслідком емоційного переживання. Натомість вони розглядали ці зміни як первинний механізм, що викликає емоції.

Теорію Джеймса-Ланге критикувало багато науковців, одним із яких був В. Кеннон. У своїх дослідженнях він від'єднував сенсорні шляхи від головного мозку, щоб перевірити, чи можуть емоції виникати без фізіологічних реакцій. Незважаючи на це, суб'єктивне переживання емоцій у досліджуваних зберігалось, що суперечило твердженню про первинність фізіологічних змін у процесі виникнення емоцій. Водночас Кеннон аргументував свою позицію тим, що фізіологічні прояви різних

емоцій є схожими та розвиваються повільніше ніж саме емоційне переживання. Дане висловлювання поставило під сумнів припущення про фізіологічні прояви як першопричини емоційних станів. На його думку, фізіологічні реакції є вторинними пристосувальними механізмами, спрямованими на зменшення напруги в центральній нервовій системі. На основі цих спостережень В. Кеннон сформулював альтернативну концепцію, згідно з якою сприйняття ситуації впливає на таламус, що одночасно спричиняє як суб'єктивне переживання емоції, так і фізіологічні зміни (Cannon, 1927). Етапи виникнення емоцій виглядали як:



Рис. 1.1. Етапи виникнення емоцій

Пізніше, дослідник П. Бард у своїх роботах довів, що емоції і фізіологічні процеси виникають майже одночасно (Bard, 1934), після чого теорія отримала назву «теорія Кеннона-Барда».

В психоаналітичній теорії З. Фройд розглядає емоції через концепцію афекту, визначаючи його як механізм що мотивує психічне життя та виступає рушійною силою поведінки. У більш пізніх працях дослідник визначав афекти як інтрапсихічні фактори, що впливають на фантазії та бажання. Також акцентувалась увага саме на негативних афектах, особливо тих що виникали через конфліктні потяги. Науковець запропонував трирівневу модель афекту, яка пояснює механізм виникнення та вираження емоцій:

1. Заряд афекту – енергетичний компонент інстинктивного потягу.

2. Розрядка – процес вивільнення цієї енергії, який супроводжується зовнішніми емоційними проявами.
3. Сприйняття остаточної розрядки – переживання або суб'єктивне усвідомлення емоції (Freud, 1915).

У 1970-х роках П. Екман виокремив шість основних емоцій, які є універсальними. До них дослідник відніс щастя, смуток, огиду, страх, здивування та гнів. Пізніше Екман розширив список, додавши гордість, сором, збентеження та хвилювання (Ekman, 1999). Пропонуємо трохи детальніше ознайомитися із кожною з основних емоцій людини.

Дослідниця К Черрі визначає щастя як приємний стан, який характеризується відчуттям радості, задоволення та благополуччя (Cherry, 2024). Необхідно зазначити, що концепція щастя знаходиться під суттєвим впливом культурних факторів, оскільки різні культури по-різному трактують дане поняття. Дослідники пов'язують щастя із різними наслідками, включаючи збільшення тривалості життя та задоволення від шлюбу. І навпаки: нещастя спричиняє проблеми зі здоров'ям та стосунками (E. Lawrence, R. Rogers, T. Wadsworth, 2015). Смуток — протилежність щастю, який особа зазвичай виражає у виді плачу, зіпсованого настрою, млявості та відсторонення від інших. Страх — це емоційна реакція на безпосередню загрозу. Безсумнівно, кожна людина переживає страх по-різному, оскільки інтенсивність і характер цієї емоції залежать від індивідуальних особливостей та пережитого досвіду (K. Cherry, 2024). З біологічної точки зору, реакція починається в області мозку, а саме у мигдалеподібному тілі (мигдалина). Мигдалеподібне тіло є структурою мозку, що відіграє ключову роль у нейробіології страху та обробці емоцій, таких як страх і гнів. Воно передає сигнали по всьому організму, підготовлюючи його до адекватної реакції, зокрема до механізму "бийся, замри або біжи". Із мигдалеподібним тілом активується також передня поясна кора, що знаходиться в лобовій частці мозку. Ця структура відповідає за правильну інтерпретацію отриманої інформації, беручи участь у високорівневій когнітивній обробці, що дозволяє оцінити реальність загрози (J. LeDoux, 2003). Огида (відраза) — емоція, яка проявляється як реакція на неприємний смак, вид або запах тощо. На

думку дослідників, ця емоція виникла як реакція на продукти, які можуть бути шкідливими або смертельними (M. Oaten, R. J. Stevenson, 2009). Тому коли особа відчуває запах або смак зіпсованої їжі, огида є типовою реакцією. Існує також поняття моральної огиди, яке виникає в результаті ситуацій або дій, які суперечать моральним цінностям та переконанням індивіда (K. Cherry, 2024). Гнів — емоція, яка характеризується хвилюванням, ворожістю, розчаруванням по відношенню до інших. Подив — досить коротка емоція через щось несподіване (може бути як позитивним, так і негативним або нейтральним) (K. Cherry, 2024).

Деякі дослідники (Ortony & Turner, 1990) мали іншу думку щодо бачення емоцій. Наприклад, одні припускають, що існує лише чотири основні емоції (Кемпер, Панксепп), інші вважають, що емоції існують в ієрархії (Вайнер, Грехем), де первинні емоції (основні) можуть бути розбиті на вторинні (K. Cherry, 2024).

На відміну від Екмана, К. Ізард виокремлював десять фундаментальних емоцій, які утворюють мотиваційну систему людського існування: радість, сором, провину, інтерес, подив, страх, гнів, горе, презирство та відразу. Вчений також висунув гіпотезу про те, що кожна емоція має свою нейронну основу та характерний шаблон вираження, який проявляється через міміку обличчя. Кожна емоція переживається індивідуально, тобто має свої унікальні властивості (C. Izard, 1991).

Фундаментальні емоції по-різному впливають на поведінку та когнітивну сферу особистості. Згідно з концепцією, інші емоції є або складовими, що виникають на основі кількох основних емоцій, або похідними; емоції активно взаємодіють між собою: вони можуть підсилювати, послаблювати та активізовувати одна одну. Крім цього, базові (фундаментальні) емоції допомагають людині адаптуватися до навколишнього середовища (C. Izard, 1991).

Аналіз основних теорій емоцій свідчить про значну варіативність підходів до розуміння їх природи та механізмів формування. Еволюційна теорія розглядає емоції як механізми адаптації, що сприяли виживанню людини та інших біологічних видів. Вона підкреслює вроджений характер емоційних реакцій, їх універсальність та біологічну обумовленість. У теорії Джеймса-Ланге робиться акцент на першості фізичних змін у процесі виникнення емоцій. Теорія Кеннона-Барда стверджує що

емоції та фізіологічні реакції виникають одночасно, що ставить під сумнів теорію Джеймса-Ланге. Психоаналітична теорія пояснює емоції через концепцію афекту, наголошуючи на мотиваційній ролі у поведінці та внутрішніх конфліктах особистості. У межах цієї концепції емоції розглядаються як результат взаємодії свідомих і несвідомих психічних процесів, які впливають на когнітивні процеси та поведінку. Теорія базових емоцій П. Екмана та модель К. Ізарда виокремлюють існування фундаментальних емоцій, які є вродженими та однаковими для всіх людей. Як висновок, сучасні дослідження емоцій інтегрують різні підходи, поєднуючи біологічні, когнітивні та соціальні аспекти їх виникнення та функціонування. Це дозволяє отримати комплексне розуміння емоційних процесів та їхнього впливу на психічне здоров'я особистості.

Домінування позитивних емоцій у житті людини сприяє психологічному благополуччю, тоді як переважання негативних значно підвищує ризик розвитку емоційних порушень. В умовах війни у житті українців переважають негативні емоції — страх, смуток, гнів. Тому і шанс розвитку емоційних порушень вище.

Згідно з American Psychological Association (APA), емоційні порушення — це група психологічних розладів, які характеризуються дезадаптивними емоційними реакціями на зовнішні події, які є невідповідними їх причині (APA, 2018). За іншим визначенням в енциклопедії, емоційні порушення — це стан, при якому людина переживає розлад, який емоційно впливає на її психічне здоров'я (Д. Штриголь, 2010). Емоційні порушення включають в себе такі стани як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад тощо. Емоційні порушення проявляються у вигляді підвищеної збудливості (гнів, бурхлива реакція, агресія), емоційної лабільності (безпідставною, швидкою і частою зміною настрою) (Kraiss et al., 2020). На розвиток емоційних порушень впливає багато факторів, але найпоширенішими є соціальний та генетичний, а також травматичний досвід.

Емоційні порушення є предметом дослідження як психології, так і психіатрії. Вони охоплюють широкий спектр емоційних, когнітивних та поведінкових проявів, що вимагають міждисциплінарного підходу до їх вивчення та корекції. Психологія акцентує увагу на внутрішніх механізмах регуляції та впливу на поведінку,

особистісних характеристиках, враховуючи життєвий досвід особи через призму різних теорій та концепцій. Психіатрія, зі свого боку, розглядає емоційні порушення в контексті патологічних станів, що спричинені фізіологічними та генетичними чинниками. Зважаючи на це, доречно розглянути патологічні порушення емоційних властивостей.

До патологічних змін емоційних властивостей (Порушення емоційної сфери, 2024) відносять афективну слабкість, виснажуваність, в'язкість та збудливість. Афективна збудливість - це схильність до активації невідповідних емоційних реакцій до зовнішнього подразника. Це проявляється у вигляді спалахів гніву та супроводжується виразними моторними порушеннями чи імпульсивними діями. У дітей та підлітків, які демонструють афективну збудливість, спостерігається конфліктність, примхливість, надмірна вразливість. Цей феномен є характерним для психопатичних розладів, невротичних станів, епілепсії та астенії. Роздратованість є однією з клінічних форм афективної збудливості і проявляється у надмірно легкому виникненні негативних емоцій (Порушення емоційної сфери, 2024). Афективна слабкість характеризується як надмірна емоційна чутливість (гіперестезія) до зовнішніх подразників. Афективна слабкість в основному характерна для тяжких форм органічних церебральних патологій, зокрема атеросклеротичного та інфекційного походження. Афективна в'язкість проявляється як інертність та ригідність емоційних реакцій в поєднанні зі стійкою концентрацією на негативних емоційних переживаннях. В результаті, це призводить до фіксації на незначних подразниках та тривалого переживання ситуацій. Афективна виснажуваність проявляється через короткочасні, але інтенсивні емоційні сплески (гнів, радість, горе), після яких настає стадія емоційного виснаження та супроводжується апатією та байдужістю (Порушення емоційної сфери, 2024).

Своєю чергою, С. Саржевський класифікував порушення емоцій і почуттів на:

1. Порушення сили: патологічне посилення (ейфорія, екстаз, тривога, депресія, гіпертимія) та патологічне ослаблення (апатія, емоційна тупість, параліч емоцій, емоційне сплюснення).

2. Порушення рухливості емоцій: слабкодухість (нетримання емоцій), інертність емоційних переживань, лабільність та експлозивність.
3. Порушення адекватності емоцій (С. Саржевський, 2017).

Дослідження емоцій є предметом вивчення численних наукових концепцій, які пропонують різні підходи до їх аналізу, класифікації та розуміння механізмів виникнення. Кожен вид емоційного порушення має свої характерні ознаки, тому їх розгляд вимагає окремого аналізу. Детальне ознайомлення із кожним видом емоційних порушень є ключовим для розробки ефективних підходів щодо їх розуміння, профілактики та корекції. В умовах війни питання емоційних порушень набуває особливої актуальності, оскільки такий вплив на психоемоційний стан індивіда є небезпечним, а стресові фактори лише сприяють зростанню емоційного дисбалансу. З огляду на складність і багатовимірність проблематики, наступний підпункт міститиме характеристику основних видів емоційних порушень.

Емоційні порушення негативно впливають на якість життя людини, що підтверджується у дослідженнях багатьох науковців. До основних видів емоційних порушень дослідники (Goldberg, Krueger, Andrews & Hobbs, 2009) відносять депресію, тривогу, стрес, ПТСР. Пропонуємо розглянути кожен вид окремо.

Депресію досліджували такі вчені як Н. Боженко, Н. Жабко, А. Маркус, І. Мельничук, С. Мельничук, А. Мороз, М. Пітюлич, І. Радул, В. Розов, В. Табуненко, О. Стахова. Згідно з їх баченням, депресія — це стан людини, який характеризується занепадом фізичних та душевних сил (Табуненко, 2020). Також визначають цей термін як синдром, що включає емоційні, психологічні, соматоневрологічні, та інші клінічні прояви захворювання (І. Радул, 2021). Депресивні стани пригнічують життєву активність, зменшують здатність до адаптації та виснажують психологічний потенціал особистості (І. Радул, 2021). У даному дослідженні буде розглянуто саме неклінічна депресія, яка є предметом вивчення психології, оскільки клінічну депресію вивчає психіатрія. Неклінічна депресія характеризується змінами в когнітивній та мотиваційній сфері, переважанням негативного фону емоцій та помітним зниженням рівня поведінкової активності (В. Розов, 2024).

Серед різних підходів до вивчення депресії особливе місце займає когнітивна модель А. Бека, яка пояснює механізми її виникнення через особливості когнітивного функціонування.

Когнітивна модель депресії, розроблена А. Беком, описує, що основним фактором схильності до депресії є наявність в особистості негативних когнітивних «схем», сформованих під впливом травматичних подій або негативного досвіду у дитинстві. Такі негативні установки як «я ніколи не досягну успіху», «я – нікудишній», «я – невдаха» можуть стати основою для подальшого розвитку депресивних розладів. Подібні переконання часто взаємодіють з вторинними припущеннями, наприклад: «я можу бути цінним для інших лише якщо досягну успіху, або виконуватиму завдання ідеально». Подібні схеми можуть залишатися латентними (прихованими або неактивними деякий час), а їх активація часто залежить від життєвих обставин, які не обов'язково повинні бути травмуючі. Згідно з концепцією, важливим є саме значення події для людини. Наприклад, втрата роботи та критика з боку керівника можуть однаково бути триггером для активації негативного переконання «я нічого не вартий». Як наслідок, це призводить до спотвореного сприйняття реальності та появи потоку інших негативних думок, які особа починає сприймати як «правду». Науковець також зазначає те, що біологічні фактори (генетичні та біохімічні порушення) сприяють розвитку депресивного мислення, тому виключати їх вплив на особистість є недоречним. Варто зазначити, депресивне мислення не в усіх випадках є причиною депресії, але завжди є її складовою. Розвиток депресії підтримується вторинними когнітивно-перцептивними спотвореннями, що підкріплюють новий цикл негативних думок, таких як «я закінчу своє життя у психіатричній лікарні», «я ніколи не зможу вилікуватись». Подібна поведінка лише призводить до ще більшого емоційного виснаження і закріплює депресивне мислення та уникаючу поведінку (уникнення соціальних зв'язків). Таким чином, депресія формує «замкнене коло», де негативні переконання та емоційний стан взаємно посилюють один одного, погіршуючи психоемоційне благополуччя та соціальне функціонування індивіда (Романчук, 2017; Beck et al., 1979).

Депресію часто плутають із поганим настроєм, хоча вона має більш виражені симптоми та довший період перебігу. Оскільки ці стани мають схожі симптоми, такі як брак енергії та сум (меланхолійний настрій), люди часто сприймають депресію як тимчасову зміну настрою і не звертаються до фахівців по допомогу. Проте депресія та поганий настрій є різними явищами, які значно відрізняються за інтенсивністю та впливом на функціонування особистості. Депресія є серйозним психічним розладом, що охоплює емоційний стан, когнітивні процеси та поведінкові реакції. Її симптоми включають зміни в харчуванні та сні, стійкий стан печалі, втрата інтересу до діяльності яка раніше приносила задоволення, відчуття хронічної втоми, безнадійності, труднощі з концентрацією уваги та думками про самогубство. Симптоми депресії, згідно з DSM-5, тривають більше двох тижнів. Обов'язковими симптомами при депресії є пригнічений настрій або втрата інтересу до всіх сфер життя, які разом із трьома іншими симптомами (збільшення або зниження ваги мінімум 5% за місяць; слабкість та недостатність енергії; на думку оточуючих, зниження здатності концентрувати увагу або мислити під час прийняття рішень; почуття неповноцінності або провини; безсоння або надмірний сон; думки про смерть, суїцидальні думки; психомоторна загальмованість або ажитація (збудження)) повинні спостерігатися майже щодня (APA & DSM-5 Task Force, 2013). Виснаження і поганий настрій, хоча і супроводжується байдужістю та втратою інтересу до життя, не можуть спричинити подібний емоційний дисбаланс (Шевчук & Яковлева, 2023). Отже, ключовою відмінністю між поганим настроєм та депресією є саме тривалість негативного емоційного стану. Поганий настрій - це короткочасний стан, зумовлений впливом стресових факторів, перевтомою, розчаруванням чи іншими ситуативними причинами. Як правило, він не спричиняє порушень функціонування особистості. Натомість депресія є стійким психоемоційним станом, що супроводжується тривалими симптомами. З огляду на необхідність детального аналізу цього стану, пропонуємо розглянути основні види депресії.

Відповідно до класифікації, запропонованої О. Шевчук та О. Яковлевою (2023), виокремлюють такі основні форми депресії:

1. Велика (клінічна) депресія — найбільш поширений вид депресії серед населення (Шевчук & Яковлева, 2023), що характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу до повсякденної діяльності та хоббі, хронічною втомою, зміною апетиту та маси тіла, порушенням сну (безсоння чи надмірна сонливість), труднощами з концентрацією уваги а також відчуттям провини та безнадії.
2. Дистимія (хронічна депресія) — хронічна форма депресії, яка триває щонайменше два роки та має менш виражену симптоматику порівняно з мажорною депресією. Пацієнти з дистимією часто відчувають пригнічений настрій, безнадійність та зниження мотивації.
3. Сезонна афективна депресія — депресивний стан, що виникає в певні періоди року, переважно в осінньо-зимовий період. Дослідники пов'язують це зі зменшенням тривалості світлового дня. Основні симптоми включають підвищену сонливість, зниження настрою, втрату інтересу до діяльності та підвищений апетит.
4. Атипова депресія (атиповий депресивний розлад) — форма депресивного розладу, що відрізняється специфічною симптоматикою, зокрема підвищеним апетитом (гіперфагією), надмірною сонливістю (гіперсомнією), психомоторним збудженням тощо.
5. Післяпологова депресія — психоемоційний стан, що виникає після пологів та проявляється емоційною нестабільністю, підвищеною тривожністю, страхами, відчуттям байдужості або ворожості до новонародженої дитини, загальним виснаженням та порушенням сну. (Шевчук & Яковлева, 2023).

Проаналізувавши форми депресії, можна зробити підсумок, що симптоматика видів депресії так чи інакше схожа, хоч і має різні причини розвитку. Також в науковій літературі загальноприйнятим є поділ депресивних розладів на кілька основних типів залежно від їхньої етіології та патогенезу. Зокрема, виділяють психогенну, ендогенну, тривожну (ажитовану) та резистентну депресію.

1. Психогенна депресія, як впливає з назви, характеризується наявністю вираженого причинно-наслідкового зв'язку із психотравмуючою подією, яка

- відбулася в минулому (Нетрусова, 2019). Збереження спогадів про психологічний конфлікт або стресову ситуацію, а також постійна когнітивна фіксація на ній сприяють підтриманню депресивного стану. У процесі комунікації із пацієнтом згадки про психотравму є чітко вираженими та залишаються актуальними на всіх етапах перебігу депресії. (Нетрусова, 2019).
2. Ендогенна депресія розвивається, в порівнянні з психогенною, іншим механізмом і шляхом. Складні життєві обставини та стрес можуть стати фактором її розвитку, але не основною причиною. Часто ключовим фактором є не ступінь проблеми, а ставлення особистості до неї. Це характерно для першого депресивного епізоду. У подальшому депресивні епізоди можуть виникати без конкретного зв'язку до зовнішніх подій (Нетрусова, 2019).
 3. Тривожна (ажитована) депресія - характерна для усіх верств населення країни. Ця тривожність пов'язана з актуальними політичними, економічними, соціальними та екологічними викликами у світі. Її причинами можуть бути терористичні атаки, військові конфлікти, зниження рівня життя та інші кризові ситуації. (Пітюлич, 2018).
 4. Резистентна депресія — це вид депресії, який не піддається лікуванню. Тобто, коли при тривалому лікуванні пацієнт не зміг вийти в ремісію. До цієї категорії також відносяться депресивні стани з неповними ремісіями, а також депресії, які мають тривалий і затяжний перебіг без чітко визначених причин або від самого початку мають затяжний характер.

Проаналізувавши види та особливості депресії, можна зробити висновок, що депресія є багатоаспектним і складним явищем, яке має різну природу, але один наслідок — погіршення ментального благополуччя. При цьому, під час депресивних станів особа часто може відчувати тривогу, яка може проявлятися і як симптом депресії, і як окремий вид емоційного порушення. Тому, пропонуємо розглянути наступний вид емоційних порушень — тривогу.

Тривогу як психологічний феномен досліджували такі вчені як А. Асанова, А. Бек, Ю. Бохонкова, Н. Долішня, І. Забара, С. Засць, Т. Іванова, Дж. Келлі, А. Ковтун,

І. Мухаровська, А. Станіщук, Дж. Тейлор, З. Фройд, Е. Хорнблоу, К. Ясперс, І. Ясточкіна.

Згідно з American Psychiatric Association (APA), тривога — це стан, який може проявлятися як психічний симптом, синдром або розлад. Тривога включає емоційну складову (відчуття тривоги, дратівливості, напруженості), когнітивну складову (тривожні та катастрофічні думки), а також соматичні прояви у вигляді м'язового напруження, слабкості, втоми, порушення сну, прискорення дихання (APA, 2018). Частіше за все тривога розглядається як негативний стан, пов'язаний з переживанням стресових ситуацій. Психологічні причини виникнення тривоги можуть бути різними: передчуття труднощів, внутрішні конфлікти, викривлене уявлення про власне «Я» (Ясточкіна, 2015).

Питання тривоги було вперше розглянуто у роботі З. Фрейда «Гальмування, симптом і страх». У цій праці було вперше виокремлено стан занепокоєння та тривоги. Засновник теорії психоаналізу охарактеризував феномен як емоційний стан, який включає в себе відчуття безнадійності, невизначеності та очікування (Freud, 1935). Загалом, він зацікавився феноменом тривожності ще при перших результатах терапії. Аналіз роботи з пацієнтами-невротиками підштовхнув його до припущення, що тривога виникає через неадекватне вивільнення енергії лібідо. Однак, через певний час і після накопичення досвіду він зрозумів, що така інтерпретація є хибною. Незважаючи на це, Фройд продовжував досліджувати природу тривожності протягом усього свого професійного життя. Чим більше дослідник заглиблювався у несвідоме, тим більше трансформувався погляд на саму тривогу та її причину. Залежно від джерела тривоги, З. Фройд виокремив такі види тривоги:

1. Реалістична тривога — емоційна реакція на зовнішні загрози. Її часто ототожнюють зі страхом, який може послаблювати здатність людини протистояти небезпеці.

2. Невротична тривога — виникає через тиск з боку Id. Вона є результатом побоювань, що несвідомі імпульси можуть стати усвідомленими, а Ego не зможе їх контролювати. Це пов'язано зі страхом негативних наслідків, якщо людина здійснить щось неприйнятне.

3. Моральна тривога — викликана тиском з боку Super-Ego. Вона виникає, коли Ego стикається із загрозою від Super-Ego, яке реагує на неприйнятні думки чи бажання почуттям провини, самозвинувачення або сорому (Freud, 1935).

Фройд вважав, що основна функція тривоги полягає у захисті людини від усвідомлення своїх небажаних імпульсів і спрямуванні їх на прийнятні шляхи задоволення. Варто зазначити, що інтерес психолога до тривожності допоміг закласти основу для розуміння її впливу на розвиток особистості та пошуку способів її контролю. Сам дослідник зазначав, що дослідивши і розгадавши проблему тривоги можна пролити світло на все психічне життя людини, оскільки вона є вузловою точкою багатьох найважливіших питань (Freud, 1935).

Натомість Дж. Келлі вважає, що тривога є результатом усвідомлення існуючих конструктів, які застосовуються для інтерпретації нової ситуації. Окрім цього, він наголошував, що відсутня можливість прогнозування провокує виникнення тривоги. Як висновок, справа не в «ідеальності» самого конструкту, а саме у відсутності адекватного конструкту для інтерпретації подій (Волошок, 2010).

Функціонально тривога виконує важливу адаптивну роль: вона не лише попереджає про можливу небезпеку, але й активізує процеси пошуку та ідентифікації загрози; тривога спонукає до детального дослідження навколишнього середовища з метою виявлення потенційно небезпечного об'єкта або ситуації. На поведінковому рівні тривога проявляється у формі загальної дезорганізації діяльності, що призводить до зниження продуктивності (Шапар, 2007).

Відповідно до моделі «когнітивної специфічності» А. Бека, депресивні та тривожні розлади розрізняються характером дезадаптивних когнітивних процесів. У свідомості пацієнтів із депресією переважають думки, пов'язані з темою невдачі, безперспективного майбутнього, втрати та власної недосконалості чи некомпетентності. В свою чергу, при тривожних розладах домінують думки, зосереджені на потенційній небезпеці та загрозі. Як і в моделі депресії, головною причиною виникнення тривоги А. Бек вважав когнітивні спотворення: спотворене особисте сприйняття та сприйняття реальності. Зокрема, важливу роль відіграє «замкнене коло» тривожності, у якому переконання особи та її емоційний стан

посилують один одного. Для емпіричної оцінки рівня тривоги дослідником була розроблена тестова методика «Шкала тривоги Бека», яка призначена для оцінки рівня тривожності (Beck et al., 2005).

Проаналізувавши концепції, можна зробити висновок, що у психоаналітичній теорії робиться акцент на емоційній і несвідомій природі тривоги, а у концепції Дж. Келлі тривога - це адаптація за допомогою усвідомлення існуючих конструктів.

Науковці наголошують, що поняття «тривога» та «тривожність» не є тотожними. На перший погляд вони є схожими, але вважаємо за необхідне охарактеризувати обидва поняття та наголосити на відмінностях між ними.

Поняття «тривожність» досліджували: А. Адлер, К. Ізард, М. Кричфалушій, С. Радченко, К. Роджерс, О. Царькова, І. Ясточкіна. Тривожність, на думку К. Ізарда, є певним незалежним феноменом, що об'єднує страх з іншими емоціями (Izard, 1977). Представник гуманістичної психології, К. Роджерс розглядав тривожність як емоційну реакцію на внутрішнє протиріччя особистості, конфлікт Я-ідеального та Я-реального (Blumer, 1967). Засновник індивідуальної психології, А. Адлер розглядав тривожність як рису характеру, яка присутня у індивіда все життя — з дитинства до поважного віку. Дослідник також зазначав, що тривожність заважала і йому самому, оскільки вона впливає на формування соціальних зв'язків, контакт з людьми у цілому, а також не обмежується лише соціальною сферою (Blumer, 1928). О. Царькова розглядала тривожність як негативний стан, головна особливість якого полягала в очікуванні негативного розвитку подій під час небезпечних ситуацій (Царькова, 2015). Своєю чергою, Ч. Спілберг визначав термін тривога як емоційний стан, а тривожність розглядав як особистісну якість людини, хоча цей термін застосовують також і для визначення видів тривожності (Spielberger, 1970).

Результати аналізу поглядів науковців (А. Адлер, З. Фройд, К. Ізард, Г. Сельє, С. Спілберг) щодо концепції тривожності свідчать, що цей феномен здатен впливати на життєдіяльність і розвиток особистості як позитивно, так і негативно. Таким чином, тривога, а також тривожні стани і страх можуть виконувати як адаптивні, так і дезадаптивні функції.

І. Ясточкіна у своїх дослідженнях зазначає, що тривожність може проявлятися у вигляді нерішучості, низької самооцінки, невпевненості у собі. Підвищена тривожність у людини призводить до відсутності впевненості у комунікативних навичках, що також може бути пов'язано із негативним соціальним статусом; через це і формуються конфліктні взаємовідносини. Психоемоційна напруга є характерною особливістю під час стану тривоги, тому підвищена тривожність є фактором ризику. Також дослідниця вважає, що причини формування високого рівня тривожності криються здебільшого в соціальних факторах розвитку психіки особистості, хоча і природні (генетичні) фактори ризику відіграють значну роль (Ясточкіна, 2015, 2020).

Якщо більш детально розглядати тривожність, то вона проявляється на фізіологічному та психологічному рівнях. До фізіологічних проявів відносять:

- 1) психофізичні стани — прискорення, утруднення дихання, посилене серцебиття, відчуття напруження в м'язах, запаморочення, почервоніння, часте сечовиділення, спазми у горлі, тремор, вологість кінцівок тощо;
- 2) психосоматичні порушення — серцево-судинні захворювання, головні болі, нудота та блювота, болі у шлунку та його розлад;
- 3) невротичні комплекси — гіперактивність, поганий апетит, плаксивість, порушення сну (надмірна сонливість, нетривалий сон тощо) (Омельченко, 2008).

Психологічний рівень проявів тривожності поділяється на три компоненти: емоційний, когнітивний та поведінковий (Омельченко, 2008).

Емоційний компонент психологічного рівня охоплює групу емоційних переживань: хвилювання, занепокоєння, напруження, страх, розгубленість, тривога, роздратованість, безпорадність тощо. Стійкість та інтенсивність емоційних переживань пов'язують з процесами гальмування та збудження у корі головного мозку у відповідь на стресовий стимул, а також з рівнем сформованої тривожності (Ясточкіна, 2015).

Когнітивний компонент включає такі складові:

1. Мотиваційна сфера — порушуються процеси самоорганізації, цілепокладання та саморегуляції.
2. Рівень домагань — може бути надмірно завищеним і занадто низьким.
3. Самооцінка — характеризується невідповідністю реальності (занижена або завищена).
4. Самоусвідомлення — формуються ірраціональні елементи у сприйнятті «Образу Я».
5. Вербальні прояви — порушення темпоритму мовлення та формування специфічних мовних установок тощо (Ясточкіна, 2015).

Поведінковий компонент пов'язаний із двома типами реакцій: збудження та пригнічення нервових імпульсів. При першому типі реакції характерні нездатність переносити ситуацію очікування, компульсивні дії, пошук небезпечних ситуацій, агресивність, раптова бурхлива діяльність, різка манера поведінки. При другому типі характерні труднощі з концентрацією, мрійливість, безсилля перед труднощами, несамотійність, пасивність (Ясточкіна, 2015).

Хронічна тривога не має позитивних наслідків і з часом починає виникати поза межами небезпечних (стресових) подій, через що порушується нормальне функціонування організму. Хронічна, як її також називають «патологічна» тривога, негативно впливає на перебіг нейродегенеративних процесів (за рахунок посилення нейрозапальних реакцій) та соматичних захворювань (Орос & Іваньо, 2018).

Експерти вже давно обговорюють зв'язок між тривожністю та тривогою. Дехто вважає, що вони взаємопов'язані, і люди з високим рівнем тривожності відчують більшу тривогу, коли стикаються із загрозами. Однак інші фахівці хочуть відокремити стан тривоги від тривожності, оскільки вони мають унікальні характеристики, які можуть проявлятися незалежно один від одного. Різницю між поняттями тривога і тривожність досліджували такі вчені як Є. Артеменко, О. Галієва, В. Кеннон, Р. Осадчук, Ч. Спілберг, І. Ясточкіна.

У своєму дослідженні Є. Артеменко наголошує на різниці поняття тривоги та тривожності. Тривога характеризує стан людини в поточний момент, тобто вона ситуативна. А тривожність, в свою чергу — це підвищена схильність відчувати

тривогу внаслідок уявної або реальної небезпеки (Артеменко, 2021). Основна відмінність між тривожністю та тривогою полягає швидкоплинності тривоги, тоді як тривожність залишається і є невід'ємною частиною того, ким є людина (Saviola et al. 2020).

Узагальнюючи викладене, можна констатувати, що тривога і тривожність можуть бути виснажливими для індивіда. Тривожність розглядається дослідниками як одна із рис людини, в той час як тривога - тимчасовий стан. Тривожні стани активують стресову відповідь організму. Стрес визначається як природна частина буття людини. Уже при народженні індивід потрапляє в стресову ситуацію, яка супроводжує його протягом життя. Стресові фактори не зникають, але людина може змінювати своє ставлення до них або адаптуватися, змінюючи обставини або власне ставлення до них. Кожна ситуація, залежно від суб'єктивного сприйняття, може бути інтерпретована індивідом як стресова.

Поняття та особливості прояву стресу досліджували такі вчені як: В. Кеннон Р. Лазарус, О. Овчаренко, Г. Сельє.

Поняття стресу може бути визначене в кількох аспектах (Овчаренко, 2023), кожен із яких відображає різні його прояви:

1. Стрес як зовнішній чинник. У цьому значенні стрес визначається як будь-які зовнішні події або стимули, що викликають в індивіда збудження чи напругу. Для позначення цього явища все частіше вживаються терміни «стрес-фактор» та «стрессор».
2. Стрес як суб'єктивна реакція. У цьому контексті стрес стосується внутрішнього психічного стану збудження та напруги. Стан може проявлятися у вигляді захисних реакцій, що відбуваються всередині людини. Подібні процеси можуть мати як позитивний вплив, сприяючи розвитку та вдосконаленню функціональних систем організму, так і негативний, викликаючи надмірну психічну напругу.
3. Стрес як фізична реакція організму. Стрес описує фізіологічну відповідь організму на шкідливий вплив. Саме це значення використовували В. Кеннон і Г. Сельє у своїх дослідженнях. Фізіологічні реакції, що виникають у стресовій

ситуації, спрямовані на підтримання психічних процесів і поведінкових дій, необхідних для подолання стресового стану (Овчаренко, 2023).

Дослідник Г. Сельє визначав стрес як стан психологічної або фізіологічної напруги, що зумовлений різноманітними чинниками (розумовими, емоційними, зовнішніми або внутрішніми), які організм намагається уникнути, оскільки ці чинники спрямовані на порушення його функцій (Selye, 1956). Науковець виділив три стадії стресу:

- 1) стадія тривоги, яка виникає при першій появі стресового фактора. Організм у відповідь намагається захистити себе, виробляючи гормони, які мобілізують внутрішні резерви. Під час даної стадії можна спостерігати прискорене серцебиття, тремтіння, тунельне бачення, пригнічення травлення тощо;
- 2) стадія резистентності, яка настає при тривалому впливі стресора. Організм намагається повернутися до свого звичного стану та протистояти змінам. Адаптаційні можливості тіла знижуються, активізовані резерви виснажуються. Відбувається виділення кортизолу, пригнічується імунна система та стимулюється метаболізм глюкози;
- 3) стадія виснаження, яка настає при тривалій дії стресового фактора. Організм втрачає можливість боротися зі стресом та адаптуватися до нього, тому активує резерви, які залучалися у першій фазі. Через це відбуваються негативні зміни в тілі людини, оскільки системи виснажені (Selye, 1956).

Окрім реакції людини на стрес, Г. Сельє виділяв форми стресу: корисний (еустрес), що призводить до адаптації та деструктивний — дистрес. Еустрес може бути викликаний позитивними емоціями, він слабкої сили. Еустрес мобілізує людину та є рушійною силою у вирішенні буденних завдань, плануванню; цей вид стресу необхідний у повноцінному житті здорової людини. За певних обставин еустрес може перетворитися у дистрес. Це може статися при низькому індивідуальному опорі організму людини або через несприятливі обставини. Дистрес призводить до психосоматичних захворювань та порушення психологічної рівноваги (Selye, 1956).

У 1932 році В. Кеннон уперше описав фізіологічну реакцію організму на стрес, яку назвав «реакцією боротьби або втечі». Ця реакція визначає фізіологічну

відповідь організму на фізичну травму, небезпечну подію або загрозу для життя. Кеннон розглядав організм людини як саморегулюючу систему, де головну роль відіграє вегетативна нервова система. Основні наукові дослідження Кеннона були зосереджені на фізіології нервової системи; він зробив важливі відкриття, зокрема описав концепцію симпатoadреналової системи та визначив роль адреналіну. Крім того, він став одним із засновників учення про гомеостаз, висвітлене у праці «Мудрість тіла» (Cannon, 1932).

У рамках фізіологічної реакції організму Кеннон зазначає, що існує три реакції на стрес: бий, біжи та завмири. Реакція організму на стрес є автоматичною відповіддю, що формується в умовах стресових ситуацій. У таких моментах людина часто не може повністю усвідомлювати свої дії. Реакція «бий» відноситься до активної форми поведінки, під час неї притаманна атака, агресія, емоційність та імпульсивність, але, за словами ученого, така реакція не приносить позитивного результату без самоконтролю. Реакція «біжи» також відноситься до активної форми поведінки, і характеризується спасінням за допомогою втечі, хаотичністю дій, активною роботою мозку. Як і з реакцією «бий», необхідний самоконтроль для позитивного результату. Реакція «завмири» відноситься до пасивної форми поведінки, характеризується неможливістю приймати рішення і долати труднощі, бажанням злитися з оточенням та зупинкою всіх реакцій та інстинктів; реакція не контролюється (Cannon, 1932).

Дослідники (Голдберг, Крюгер, Ендрюс, Хоббс) зазначають, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) також є одним із видів емоційних порушень. Тому пропонуємо вважати за необхідне розглянути його як окремий вид емоційних порушень, хоча в деяких концепціях ПТСР розглядається як один із видів депресії.

Посттравматичний стресовий розлад є доволі широким поняттям, яке використовують для позначання хронічних станів, неврозу чи психічного розладу після травматичних подій (Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та допомогти?, 2023).

Ризик виникнення ПТСР зростає, якщо:

- у людини раніше був діагностований будь-який психічний розлад;
- у минулому був досвід травмуючої події;
- травма пов'язана зі смертю близьких, великої кількості людей чи травмою, що викликала кардинальні зміни у житті людини;
- немає підтримки чи близьких, з якими можна поділитися переживаннями.

Симптоми ПТСР прийнято поділяти на чотири категорії. Варто наголосити, що симптоми є індивідуально варіативними та залежать від особливостей психічного стану особи, її соціального досвіду, рівня стресостійкості, життєвих обставин і соціального статусу. Важливу роль у формуванні та інтенсивності симптоматики відіграють особистісні характеристики, попередній досвід подолання стресових ситуацій та рівень підтримки з боку соціального оточення. На сайті Міністерства охорони здоров'я України зазначені такі симптоми як:

1. Тривожні сни; нав'язливі думки, мимовільні та повторювальні спогади; спогади травматичної події іноді настільки яскраві, що у людини з'являється відчуття нібито вона знову переживає травматичний досвід («бачать перед очами»).
2. Уникання згадок про травмуючу подію (уникання місць, людей, обговорення певних тем, ситуацій).
3. Нездатність запам'ятати ключові аспекти травматичної події, наявність негативних почуттів і думок, що спричиняють стійкі й часом викривлені переконання про себе або інших (наприклад, «я невдаха», «іншим не можна довіряти»). У свою чергу, такі переконання можуть впливати на психоемоційний стан, оскільки подібні думки про причини чи наслідки травматичної події нерідко спричиняють необґрунтоване самозвинувачення або звинувачення інших осіб. Постійний страх, гнів, почуття провини чи сорому, жах, емоційне відчуження від оточуючих, зниження інтересу до раніше значущої діяльності, а також нездатність відчувати позитивні емоції (відчуття емоційної спустошеності) є характерними проявами такого стану.
4. Симптоми підвищеного збудження та реактивності можуть спровокувати раптові спалахи гніву, підвищену пильність і підозрілість, імпульсивну або саморуйнівну поведінку, легку збудливість чи лякливість, дратівливість. Часто спостерігаються

проблеми зі сном та труднощі з концентрацією уваги, що значно погіршують якість життя і функціонування індивіда (Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад, 2019).

Отже, емоційні порушення охоплюють широкий спектр станів, такі як депресія, тривога, стрес тощо. Емоційні порушення з'являються у людей будь-якого віку, і дорослі не є виключенням. Емоційні порушення у дорослих мають свої особливості зумовлені як біологічними факторами, так і соціально-психологічними умовами. Тому в наступному пункті пропонуємо розглянути особливості емоційних порушень саме у дорослих.

1.1.2 Визначення афективної сфери та основні види емоційних порушень

Сьогодні в Україні є широко поширеними прояви психічних розладів як серед дітей, так і серед дорослих. Згідно з дослідженням скринінгової платформи психічного здоров'я «Anima.ua», близько 39% з понад 42 тисяч опитуваних щодня відчують зниження енергії та втому; 30% опитаних мають негативні відчуття щодо себе та труднощі з концентрацією уваги; 37% відчують зниження задоволення та інтересу від справ; 24% опитуваних мають поганий апетит або навпаки, переїдають; 34% мають проблеми зі сном; 29% щодня відчують пригнічення та поганий настрій; 11% опитуваних думають про заподіяння собі шкоди та смерть та помічають у себе надмірну метушливість, сповільнення мовлення та рухів (Лапікоцька та ін., 2023).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у стабільних суспільствах депресія спостерігається у 3,8% населення. Зокрема, цей емоційний розлад діагностується у 5% дорослих, серед яких 4% чоловіки, а 6% - жінки. Серед осіб віком понад 60 років поширеність депресії становить 5,7%. За оцінками, близько 280 мільйонів людей страждають від депресії. Та, на жаль, понад 75% осіб у країнах із низьким та середнім рівнем доходу не отримують належного лікування (АРА, 2024).

Емоційні порушення є складними і багатогранними явищами, які можуть проявитися незалежно від віку та статусу людини. Оскільки темою дослідження є

вивчення емоційних порушень саме дорослої категорії населення, вважаємо за необхідне вказати психологічні особливості дорослої людини.

Згідно з концепцією Г. Грайга, дорослий вік поділяється на певні етапи, які характеризуються специфічними психологічними особливостями:

1. Ранній дорослий вік (20-40 років). Характеризується набуттям соціально-професійного досвіду (компенсацією розумових резервів), збереженням когнітивних навичок, якими користуються частіше. На початку раннього дорослого віку завершується фізіологічне дозрівання організму, і людина досягає піку своїх фізичних можливостей, що зберігаються до 30 років. Після цього починається повільний, майже непомітний спад фізичних сил. До 40 років рівень фізичних можливостей залишається високим, тому ранній дорослий вік в цілому є оптимальним періодом для формування здорового способу життя, що значною мірою визначатиме подальший процес старіння та інтенсивність фізіологічних змін у наступні роки життя.
2. Середній дорослий вік (40-60 років). Цей період життя починається з переживання кризи середнього віку або осмислення її наслідків. Хоча люди середнього віку часто мають суб'єктивне сприйняття свого психологічного віку, все ж існують характерні фізичні та когнітивні особливості, притаманні саме цьому етапу життя. В даному віці стресостійкість починає зменшуватися, збільшуючи можливість розвитку хвороб. Гормональні зміни (згасання репродуктивної функції) стають більш виразними, провокуючи депресію. У віці 50 років починає уповільнюватися робота нервової системи, знижується гнучкість хребта, а м'язи та шкіра поступово втрачають еластичність. Після 45 років основними причинами смертності стають серцево-судинні, онкологічні захворювання та хвороби дихальної системи (при чому рівень смертності чоловіків удвічі перевищує показник жінок). Процес старіння нерідко супроводжується психологічними труднощами, оскільки виникає потреба у переосмисленні власного життя та прийнятті вікових змін. Суспільні стереотипи, що протиставляють молодість як період можливостей і надій зі зрілістю, яка сприймається як період втрат і обмежень, можуть сприяти

виникненню негативного ставлення до майбутнього, страху перед віковими змінами та песимізму. На фізіологічному рівні повільно спостерігаються зміни, такі як погіршення гостроти зору, поступове зменшення смакової, нюхової та больової чутливості, незначне зниження здатності сприймати високочастотні звуки. У цьому віці також ускладнюється засвоєння нових навичок, що потребує додаткових зусиль для підтримки когнітивної активності (Сергеєнкова та ін., 2022).

3. Похилий вік (60 років - до смерті). В період похилого віку відбувається аналіз та оцінка прожитого власного життя, завершується професійна кар'єра. Особистість переживає кризи, які спричинені фізичними чи психічними обмеженнями при потребі в самореалізації. У особи уповільнюється реакція на зовнішні подразники, погіршується сенсорна чутливість, зменшується гострота зору. Разом з цим, індивід може і далі розвиватися як особистість, незважаючи на брак фізичних сил. Для похилого віку характерне зниження швидкості розумових операцій (запам'ятовування, час обробки інформації), несуттєве зниження короткочасної пам'яті. Згідно з Д. Бромлей, існує декілька типів пристосування до старіння: 1) конструктивний - прийняття та спокій, оптимізм, довіра до інших, врівноваженість, критичність до себе, розрахунок на допомогу від близьких, задоволеність контактами; 2) залежний - залежність від інших та пасивність, відчуття захищеності через турботу близьких, легкий вихід на пенсію, відмова від життєвих стратегій; 3) захисний - поглиненість професійною діяльністю, ігнорування внутрішніх переживань, самодостатність, конформність суджень та дій; 4) ворожий - претензії до оточуючих, несприйняття старості, агресивність, заздрість молодим, запальність, страх смерті; 5) аутоворожий - депресивність та жалість до себе, неприйняття своєї старості, пасивне прийняття ситуації (Сергеєнкова та ін., 2022).

Розвиток дорослого описують в контексті трьох «Я»: індивідуальне, професійне та родинне. Індивідуальне «Я» відображає саморозвиток та удосконалення поведінкових, інтелектуальних, фізичних та емоційно-вольових

характеристик особистості. Професійне «Я» реалізується через трудову діяльність, де особистість виступає в ролі фахівця, як керівник, підлеглий або колега. Родинне «Я» визначається виконанням соціальних ролей у межах сімейної взаємодії, як дорослої дитини, партнера в шлюбі, батька чи матері (Сергеєнкова та ін., 2022).

Згідно з класифікацією Р. Хейвігхерста, дорослість - це віковий період, який орієнтований на:

- досягнення соціальної відповідальності та зрілої громадянської позиції;
- вибір адекватних способів проведення дозвілля відповідно до віку;
- підтримка та досягнення доцільного життєвого рівня;
- прийняття і пристосування до фізіологічних змін середини життя;
- посилення особистісного аспекта подружніх стосунків;
- пристосування до взаємодії зі старими батьками (Мудревська, 2022).

Настання фізичної зрілості має супроводжуватися формуванням психологічної зрілості. Психологічна зрілість - це системна якість особистості, яка відображає досягнення повної відповідальності, функціональності та адаптивності. Зміст психологічної зрілості людини визначають культурні цінності суспільства, проте є типові ознаки, які фігурують незалежно від них:

- гнучкість та адаптивність психіки;
- самостійність, емпатійність;
- емоційна врівноваженість;
- особистісна активність та здатність брати відповідальність за свій вибір;
- сформовані перспективи та цінності;
- адекватна самооцінка та позитивна Я-концепція (Сергеєнкова та ін., 2022).

Формування емоційної сфери є невід'ємною складовою у розвитку стабільної особистості. З настанням дорослого віку емоційна сфера стабілізується: індивід здатний контролювати емоційні переживання, легко переживає емоційні піднесення, здатний не допускати виникнення афектів (Мудревська, 2022). Дж. Лабуві-Віф та М. Дево звернули увагу на те, що дорослі люди краще регулюють власні емоції за допомогою набутого життєвого досвіду. Це і допомагає їм бути більш стійкими до впливів стресу (Labouvie-Vief & Devoe, 1991). Людська психіка, особливо дитяча,

дуже гнучка і має потенціал до відновлення. Але якщо людина невчасно або взагалі не отримала психологічну допомогу, то травма може нагадувати про себе десятиліттями.

Особливості емоційних порушень саме у дорослих досліджували такі дослідники як М. Августюк, С. Белякова, М. Варій, Ю. Захаренкова, С. Миронець, М. Слюсаревський. Психіка дитини, порівняно з психікою дорослого, характеризується більшою гнучкістю та адаптивністю. Однак в умовах війни збереження ментального здоров'я дитини є неможливим без належної підтримки з боку дорослих. У свою чергу, в дорослому віці рівень пластичності психіки знижується, що ускладнює адаптацію до екстремальних обставин і виступає фактором психологічної вразливості. Війна є джерелом тривалого стресу та підвищеного рівня тривожності. Попри те що дорослий вік вважається періодом найвищої стресостійкості, тривале перебування в умовах війни значно виснажує адаптивні ресурси особистості. Додатковими факторами психологічного навантаження є соціальні, професійні та сімейні зобов'язання, необхідність перегляду життєвих орієнтирів, а також переживання втрат (Августюк, 2021). Сукупність цих чинників сприяє переходу хронічного стресу в емоційні порушення. Зокрема, такі події, як втрата житла чи роботи, для дорослої особистості мають більш виражені психологічні наслідки, ніж для дитини, яка значною мірою залежить від підтримки сім'ї. У контексті війни подібні втрати спричиняють порушення базового відчуття безпеки, що є фундаментальним для психологічної рівноваги. Окрім зазначених негативних станів, у дорослих часто виникає тривожність, пов'язана з безпекою близьких, які перебувають у зоні бойових дій, постійним інформаційним навантаженням через новини та повітряні тривоги. В результаті хронічний стрес призводить до дисбалансу між позитивними та негативними емоціями, через що особи дорослого віку можуть відчувати труднощі у виконанні професійних обов'язків, у міжособистісній взаємодії та загалом у повсякденному житті (Августюк, 2021).

Можна дійти висновку, що у дорослому віці емоційні порушення мають специфічні прояви, зумовлені сформованими когнітивними схемами, соціальними

ролями, життєвими переконаннями та механізмами психологічного захисту. На відміну від дітей, дорослі здатні більш усвідомлено реагувати на стресові фактори, однак водночас можуть більш вразливими.

У сучасній науці існує багато теорій, які розкривають причини емоційних порушень. Перша група пов'язана із виникненням у людини негативних емоцій: слабка або недостатня емоційна регуляція, яка не забезпечує ефективного контролю над ситуацією. Відсутність цього контролю призводить до виникнення інтенсивних негативних емоцій, а згодом і до розвитку емоційних порушень. Численні науковці намагаються знайти причини емоційних порушень у фізіології людини: в роботі головного мозку, нервової системи (Терещук, 2011).

Виникнення і розвиток емоційних порушень залежить не тільки від об'єктивних, а й від суб'єктивних причин. Тому пропонуємо ознайомитися детальніше з причинами розвитку емоційних порушень.

Емоційні порушення, хоча і різні за своєю природою і перебігом, мають схожі причини, через які вони і розвиваються. Дослідники виокремлюють такі об'єктивні причини, як: умови роботи та життя в цілому (домашні проблеми, житлові умови, важка робота, екологія, виробничі фактори); взаємовідносини з іншими (близькі, незнайомі люди та колеги по роботі, підлеглі, погані сусіди); соціальні — економічні та політичні чинники (податки, кредити, погана влада, високі ціни); надзвичайні обставини та ситуації (природні катаклізми, хвороби і травми, техногенні катастрофи) (Овчаренко, 2023).

Суб'єктивні причини емоційних порушень поділяються на дві категорії: пов'язані з довгодіючими програмами та пов'язані з динамічно змінними програмами поведінки. Загалом до суб'єктивних причин відносять: невідповідність віртуального і реального світів, невідповідність очікуваних і реальних подій, стресові ситуації, стресові напруги від нав'язування батьківських програм, неадекватна реалізація умовних сигналів, неправильна комунікація (неправомірні вимоги, критика, негативні упередження), неможливість реалізації власної актуальної потреби (фізіологічні потреби, потреби в самореалізації, безпеці, повазі тощо), стресові ситуації, які пов'язані з переконаннями людини і неадекватними

установками (на оптимізм чи песимізм, політичними чи релігійними) (Овчаренко, 2023).

Згідно з твердженням Ю. Овчаренко, до суб'єктивних причин, які пов'язані з довгодіючими програмами, відносять:

1. Невідповідність генетичних програм сучасним умовам. Генетично закладена програма «бий або біжи» розрахована на короточасну інтенсивну активність, тривалістю від кількох хвилин до кількох годин. Однак, навіть за умов слабого стресу, ресурси антистресових гормонів організму є обмеженими й не здатні підтримувати ефективну відповідь протягом тижнів або місяців. Тривалий стрес, який виходить за межі адаптаційних можливостей організму, може призводити до виснаження не тільки фізіологічних, а і психічних ресурсів. У таких випадках він часто переходить у хронічний стан, сприяючи розвитку інших форм емоційних порушень, таких як тривожні розлади, депресія або психосоматичні захворювання. Ці порушення відображають нездатність організму ефективно регулювати процеси адаптації (Овчаренко, 2023).

2. Стрес від реалізації негативних батьківських програм. Значна частина моделей поведінки дитини формується під впливом батьків, вчителів та інших дорослих — у період, коли дитяча свідомість характеризується підвищеною сприйнятливістю до навіювання. Такі моделі отримали назву «неусвідомлених настанов», «батьківського сценарію» або «життєвих принципів» та мають вагомий вплив на подальше життя людини. У ранньому віці ці установки можуть бути корисними, забезпечуючи адаптацію до навколишнього середовища. Проте з часом, із дорослішанням та зміною умов життя та оточення, вони можуть стати перешкодою. Неадекватність чи невідповідність цих моделей поведінки новим життєвим обставинам сприяє виникненню стресу і емоційного дискомфорту (Овчаренко, 2023). Особливу роль у формуванні стресових сценаріїв відіграють дитячі спостереження за поведінкою батьків під час конфліктів або стресових ситуацій. Мимоволі залучена дитина засвоює приклади поведінки, які стають частиною її власного досвіду. У дорослому житті, засвоєні в дитинстві сценарії поведінки можуть проявлятися автоматично, особливо в стресових обставинах. Такі

сценарії часто є основою для розвитку емоційних порушень, оскільки вони формують неадекватні способи реагування на стрес. Це може спричиняти тривожність, емоційну нестабільність, проблеми у міжособистісних стосунках тощо (Овчаренко, 2023). Якщо розглядати фактори розвитку емоційних порушень через різні психологічні концепції, то З. Фройд у психоаналітичному підході розглядав досвід в дитинстві як одну з основних причин емоційних порушень (Freud, 1935). В своїй концепції він описував несвідоме як сукупність бажань, думок і спогадів, які не доступні для прямого усвідомлення людиною. Хоч ці психічні процеси не є свідомо доступними для індивіда, вони можуть впливати на його поведінку і емоційний стан, що є основою для розвитку психологічних розладів (Cherry, 2024). Працюючи з дітьми із порушеннями психіки, Дж. Боулбі дійшов висновку, що відсутність емоційного зв'язку між дитиною і батьками в майбутньому призводить до емоційних порушень. Також дослідник стверджував, що потреба у формуванні прив'язаності не зникає у підлітковому віці - вона зберігається протягом усього життя. Ця потреба є фундаментальною для людини та продовжує відігравати ключову роль у формуванні міжособистісних стосунків у дорослому віці, впливаючи на моделі соціальної взаємодії та емоційної регуляції (Bowlby, 1969).

3. Когнітивний дисонанс. У процесі пізнання навколишнього середовища у свідомості кожної людини формується своєрідна модель світу, яка пояснює події, що відбуваються з нею, іншими людьми та природою загалом. Ця модель слугує основою для розуміння реальності й формування поведінкових реакцій. Коли об'єктивна реальність вступає в суперечність із суб'єктивною картиною світу, у людини виникає стрес, який може досягати високої інтенсивності. Це явище вперше було описане психологом Леоном Фестингером, який увів термін «когнітивний дисонанс» для позначення конфлікту між об'єктивною реальністю та суб'єктивними уявленнями людини про світ. У ситуаціях, коли подію неможливо інтегрувати у наявну модель світу, людина рідко змінює свої базові уявлення. Натомість вона частіше використовує компенсаторні механізми, створюючи додаткові когнітивні конструкції для підтримання стабільності моделі, або ж взагалі ігнорує реальність. Якщо події продовжують суперечити цій моделі, психіка вибудовує захисні

механізми, спрямовані на мінімізацію стресу. До найпоширеніших форм психологічного захисту належать «негативізм» (схильність постійно заперечувати, негативно реагувати без очевидної причини), «раціоналізація» (логічне виправдання подій) і «витіснення» (усунення неприємних спогадів із свідомості). Ці механізми дозволяють людині зберігати цілісність суб'єктивної картини світу, але водночас сприяють розвитку емоційних порушень. Тривала активація психологічного захисту може призводити до хронічного стресу, тривожності, депресивних станів і зниження адаптивності психіки. У таких випадках людина стає менш здатною до ефективної взаємодії з реальністю, що значно ускладнює емоційний стан і загальне функціонування (Овчаренко, 2023). Якщо продовжувати думку про феномен когнітивного дисонансу, то А. Елліс у своїх роботах (1957, 1973, 1994, 1996) стверджував, що у нормально функціонуючої особистості раціональна система оціночних когніцій є більш гнучкою та носить вірогіднісний характер. Вона передбачає більш варіативні та адаптивні оцінки реальності, що виражаються у вигляді прагнень та бажань, а не категоричних вимог. Завдяки цьому, емоційні реакції залишаються пропорційними ситуації: вони можуть бути інтенсивними, але не набувають деструктивного чи тривалого характеру, що сприяє більш ефективному функціонуванню особистості. Тим часом, ірраціональні установки – це жорсткі когнітивні зв'язки між дескриптивними (що відображають реальність) та оціночними (що виражають ставлення до цієї реальності) когніціями. Вони мають категоричний, абсолютний характер, формуючи жорсткі настанови, вимоги або накази, які не передбачають винятків. Відсутність реалізації цих установок призводить до тривалих емоційних реакцій, які не відповідають ситуації, а також до зниження адаптивності особистості. На думку дослідника, джерелом будь-яких психічних порушень є саме ірраціональне уявлення про світ, яке було засвоєно у дитинстві від важливих людей, переважно дорослих (Kelland, 2022).

4. Неадекватні настанови і переконання особистості. Оптимізм і песимізм є одними з фундаментальних установок свідомості. Вони визначають схильність людини бачити у подіях навколишнього світу позитивні або негативні аспекти. Песимізм має певну адаптивну функцію, змушуючи людину готуватися до можливих

несприятливих подій і дозволяючи спокійніше сприймати життєві невдачі. Однак його позитивний вплив обмежується лише цією особливістю. У довготривалій перспективі песимізм може сприяти розвитку емоційних порушень, оскільки постійне очікування негативного досвіду підвищує емоційне напруження. Оптимізм, навпаки, має більш виражений позитивний вплив на психологічне здоров'я. Установка на пошук позитивних аспектів у стресових ситуаціях сприяє зменшенню сприйняття стресу та підвищенню стійкості до несприятливих обставин. Людина з оптимістичним настроєм частіше намагається знайти вихід навіть у найскладніших обставинах, що підвищує її шанси на успіх і мінімізує ризик емоційних порушень. Політичні й релігійні настанови особистості також можуть бути джерелом стресу (Овчаренко, 2023). Інформація, що суперечить світоглядним переконанням (особливо релігійним догмам) часто сприймається для особистості як стресовий фактор, оскільки така інформація загрожує цілісності картини світу людини. У таких випадках можуть активізуватися захисні механізми психіки. Якщо говорити про риси характеру, то схильність до цинізму, гніву, дратівливості та ворожості підвищує сприйнятливість до стресу, і як результат збільшує ризик емоційних і психосоматичних розладів. Водночас відкритість, почуття гумору і доброзичливість сприяють підвищенню стресостійкості та емоційного благополуччя. Низька самооцінка також є суттєвим фактором розвитку тривожності як на суб'єктивному, так і на об'єктивному рівнях. Люди з низькою самооцінкою частіше демонструють ознаки емоційної нестабільності та невпевненості у власних силах. В свою чергу, адекватна самооцінка сприяє більшій стійкості до стресу та зменшує ймовірність розвитку емоційних порушень. Таким чином, установки свідомості, світоглядні переконання та особистісні характеристики відіграють важливу роль у формуванні реакцій на стрес і впливають на ризик виникнення емоційних порушень (Овчаренко, 2023).

5. Неможливість реалізації актуальної потреби. Теорія мотивації А. Маслоу була сформульована у 1943 році і залишається однією з основних концепцій у психології. Відповідно до цієї теорії, у людей постійно виникають різні потреби, які згруповані в ієрархічну структуру. Маслоу виділив п'ять основних категорій потреб,

які він представив у вигляді піраміди: фізіологічні потреби (харчування, сон), потреба в безпеці (фізична, фінансова, емоційна стабільність), соціальні потреби (дружба, любов, приналежність до групи), потреба у самоствердженні (визнання, статус, досягнення), самовираження (самоактуалізація, реалізація потенціалу). Згодом Маслоу уточнив свою теорію, включивши до базових потреб потребу в самоактуалізації, яку він розглядав як ключову для особистісного зростання. Ці потреби називаються також «ціннісними» або «буттєвими». Пізніше до ієрархії були додані когнітивні потреби (пізнання, розуміння) та естетичні потреби (сприйняття прекрасного). Дослідник наголошував, що ієрархія потреб не є суворо фіксованою. Хоча в більшості випадків базові потреби задовольняються у визначеному порядку, можливі винятки. Наприклад, у деяких людей потреба у самоствердженні може виявлятися сильнішою за потребу у соціальних зв'язках. Таке відхилення він називав реверсією, яка зазвичай свідчить про порушення нормального розвитку через неврози або несприятливі умови (Maslow, 1943). Порушення в задоволенні потреб, описаних дослідником, безпосередньо впливають на формування емоційних розладів. Незадоволення базових потреб створює хронічний стрес і тривогу, які можуть перейти в психосоматичні розлади. Недостатнє задоволення соціальних потреб провокує почуття самотності, через що людина може відчувати себе в ізоляції. Відсутність можливостей для самоствердження чи самоактуалізації викликає низьку самооцінку, втрату мотивації або екзистенційну кризу.

До суб'єктивних причин, пов'язаних з динамічно змінними програмами поведінки відносять:

1. Неадекватні часові межі. Однією з поширених причин стресу є нечіткість часових меж психологічного сприйняття. Це відбувається, коли людина надає занадто багато емоційного значення подіям минулого або майбутнього. У першому випадку джерелом психічної напруги стають нав'язливі спогади про травматичні епізоди з минулого. Якщо індивід не здатний свідомо обмежити своє сприйняття, він повторно переживає ці події у своїй свідомості, знову й знову відчуючи емоційний стрес. Другий випадок пов'язаний із тривожними очікуваннями щодо майбутнього. У такій ситуації людина конструє уявний образ небажаного майбутнього,

наповнюючи його деталями до такої міри, що цей сценарій стає для неї психологічно реальним. Постійна ментальна репетиція негативних подій не лише викликає стрес, але й може програмувати реальні невдачі, оскільки страхи і тривоги починають підсвідомо впливати на поведінку, підтверджуючи несприятливі прогнози. Це формує замкнене коло, в якому страхи за майбутнє стають реальними.

2. Неправильна комунікація. Одним із ключових чинників виникнення комунікативного стресу є конфлікти, які являють собою взаємодію двох чи більше осіб, чії потреби або інтереси в конкретній ситуації сприймаються як несумісні. У випадках, коли індивід потрапляє в соціальне середовище, що сприймається ним як безперспективне або загрозливе, можуть розвиватися реакції, пов'язані з підвищеним рівнем тривожності, страху та формуванням невротичних розладів.

3. Неадекватна реалізація умовних рефлексів. У процесі адаптації до середовища проживання, мозок людини навчається ідентифікувати сигнали, які вказують на наближення значущих для організму подій. Наприклад, звук посуду перед обідом стимулює виділення шлункового соку, а вигляд дверей кабінету суворого керівника викликає прискорене серцебиття. Такі реакції можуть бути корисними, оскільки вони дозволяють заздалегідь підготуватися до майбутніх подій (наприклад, вигляд спортивного стадіону активує думки про участь у змаганні). Однак у певних випадках подібні рефлекси можуть заважати нормальному функціонуванню людини (Овчаренко, 2023).

Отже, розвиток емоційних порушень залежить сукупності біологічних, психологічних і соціальних чинників. Серед них особливе значення мають генетична схильність, зовнішні стресові впливи, міжособистісні взаємини та соціально-економічний стан тощо. Взаємодія цих факторів формує складний механізм, який визначає не лише виникнення емоційних розладів, але й їхній перебіг та наслідки для психічного здоров'я людини. Окрім цього, емоційні порушення нерідко впливають на харчову поведінку, особливо у дорослих. Тому, в рамках дослідження, необхідно більш детально розкрити харчову поведінку дорослих в умовах воєнного часу.

1.2 Харчова поведінка дорослих в умовах воєнного часу

1.2.1 Поняття харчової поведінки та вплив стресових факторів на неї.

Харчова поведінка - це комплекс поведінкових форм, що включає в себе харчування (часовий розподіл їжі та частота її вживання), темп споживання (швидкість прийому їжі), перевагу споживання окремих видів продуктів, мотиви і причини вживання їжі, а також суб'єктивне ставлення людини до самого процесу харчування (Брочинська, 2023). Поняття харчової поведінки досліджували такі вчені як Т. Брочинська, Н. Дуденко, Г. Католик, Л. Павлоцька, В. Столяр, М. Фатєєва та ін.

З біологічної точки зору, харчування - це біологічна функція, яка спрямована на послаблення голоду (Павлоцька та ін., 2017). Потреба в їжі є базовою: людина харчується щоб отримати поживні речовини, які необхідні для нормального функціонування організму. В організмі людини існує всього два сигнали, які регулюють початок і припинення прийому їжі. Перший - активує апетит та контролює рівень жирових запасів в організмі. Другий - відчуття ситості, після якого припиняється споживання їжі. За допомогою цих двох механізмів в організмі людини забезпечується баланс, підтримується необхідна кількість поживних речовин та контролюється вага. Голод виникає внаслідок недостатнього надходження поживних речовин, необхідних для підтримання гомеостазу організму. У психологічному контексті він розглядається як суб'єктивний досвід або відчуття, яке пов'язане з потребою споживання їжі. Суб'єктивне сприйняття голоду супроводжується фізіологічними проявами, такими як відчуття дискомфорту в тілі, головний біль, спазми в шлунку, запаморочення, нудота або відчуття тиску в горлі (Павлоцька та ін., 2017).

Із психологічної точки зору, часто дослідники (Католик, 2024) розглядають такі аспекти поведінки як зовнішнє харчування, емоційне харчування та дієтичне харчування як когнітивну обмеженість. Емоційна складова харчової поведінки характеризується використанням їжі як засобу регуляції емоцій. Наприклад, у стані тривоги, радості або смутку людина може розглядати їжу як «емоційну підтримку».

Споживання їжі викликає позитивні емоції, такі як задоволення та насолода, а не негативні (Desmet & Schifferstein, 2008).

Концептуально людина асоціює солодкий смак зі словами, насиченими позитивними емоціями (щастя, вдячність, прийняття, обійми, любов та поцілунок), а гіркий смак – зі словами, насиченими негативними емоціями – сум, огида та неприйняття (Zhou & Tse, 2020). Подібні асоціації можуть бути втілені в психологічних станах і емоціях з самого початку нашого життя (Zhou & Tse, 2022).

Когнітивний аспект обмеженості (дієтичне харчування) розглядається як свідомий контроль над споживанням їжі. Таке обмеження може бути спричинене бажанням відповідати соціальним стандартам краси або страхом перед набором ваги. Зовнішнє харчування – це ситуації, коли прийом їжі зумовлений зовнішніми стимулами (запах, вигляд їжі), навіть якщо фізіологічне відчуття голоду відсутнє (Столяр, 2024).

Харчова поведінка, певною мірою, взаємопов'язана з міжособистісними відносинами, оскільки їжа є невід'ємною частиною життя людини. Традиції та харчові звички відображають рівень культурного розвитку, а також підкреслюють релігійну, національну та територіальну ідентичність. Серед соціальних факторів, які впливають на формування харчової поведінки людини, дослідник П. Вінкельман із колегами виділив два основних типи: безпосередні та опосередковані. Безпосередні фактори включають в себе традиції приготування та споживання їжі, кулінарні стереотипи а також груповий досвід. Опосередковані фактори впливу охоплюють харчову взаємодію. На думку науковців, саме соціальні чинники відіграють ключову роль у формуванні харчової поведінки особистості, що реалізується через дію соціальної фасилітації (наприклад, зміна харчових вподобань під впливом оточуючих), а також вплив родинних харчових правил і традицій (Winkielman, 2005).

Таким чином, харчова поведінка поєднує фізіологічні, соціальні та психологічні аспекти, через що і є багатофакторним явищем. Біологічна потреба в їжі тісно пов'язана з психологічними механізмами, що формують харчові звички, установки та емоційні реакції, які формуються на основі індивідуального життєвого

досвіду. Однак будь-яка з форм харчової поведінки може стати чинником розвитку розладів харчової поведінки, особливо коли в житті людини з'являється багато стресових факторів. Тому пропонуємо детальніше розглянути, як саме стрес впливає на харчову поведінку.

Пропонуємо розглянути найбільш впливові стресові фактори в умовах війни, які можуть так чи інакше впливати на харчову поведінку. Вплив війни на психічне здоров'я українців досліджували: О. Авдєєнко, Т. Андруїченко, А. Заїченко, О. Юрценюк, М. Крапива, К. Кукса, О. Литвиненко, Н. Миколенко, І. Пеша, І. Пиголенко, Ю. Пиголенко, Г. Слабкий, Б. Сумарюк.

На розвиток і формування емоційних порушень, зокрема і на розлади харчової поведінки, впливають психосоціальні причини, постійна дія стресогенних факторів на психіку, психотравматизація населення, соціально економічні труднощі (Юрценюк & Сумарюк, 2023):

1. Вплив горя та втрати. Відчуття втрати та переживання горя впливають на психоемоційний стан людини. Втрата часто асоціюється з можливістю відновлення певного зв'язку, тоді як горе характеризується усвідомленням незворотності, як-от у випадках розлучення чи смерті близької людини. Процес горювання через смерть хоча і є нормальним явищем, проте він психологічно складний та індивідуальний, оскільки вимагає від особи глибокого прийняття факту що повернення померлого неможливе. При нормальному переживанні горя, реакція на втрату поступово зникає, що дає змогу особистості адаптуватися до зміненої реальності. При патологічному горі реакція на втрату чи смерть є інтенсивною та постійною, тобто не згасає з часом. Людині складно вийти з такого стану, їй може здаватися, що все тільки погіршується (Різниця між «нормальним» та «патологічним» горем, б. д.).

2. Вплив вимушеної міграції. Міграція є процесом не лише зміни місця проживання, але й переходом від одного суспільства до іншого, зміною соціального оточення та, у деяких випадках, культури. Міграція є стресогенною подією, яка впливає на всі сфери життя людини. Складності в задоволенні базових потреб призводять до зниження рівня домагань та втрати сенсу життя (мотиваційна сфера), байдужості, апатії, агресивності, пригніченості, дратівливості та депресивності

(емоційна сфера); проблем із увагою, мисленням, сприйняттям та пам'яттю (когнітивна сфера), кризи ідентичності. Окрім цього, зіткнення з іншою культурою, тривала адаптація, почуття меншоватості та неприйняття ситуації лише лише погіршити існуючу ситуацію. (Алексєєнко, 2022). У сукупності, усі фактори можуть впливати на харчову поведінку.

3. Економічний вплив. Згідно зі статистикою, з початку повномасштабного вторгнення ціни в Україні зросли в середньому на 44% (Левандовська, 2024). Збільшення цін торкнулося всієї економіки, але найбільше подорожчала електроенергія - 177,6%, продукти харчування - 50,8%, тютюнові вироби - 62,5%, ліки та медичні товари - 45,4%. Тим часом середня зарплата українця (якщо прив'язати її до доллара) не змінилася в порівнянні із заробітною платою до повномасштабного вторгнення. Війна вплинула на доступність та асортимент продуктів, які споживають громадяни. Блокади, обмежені ресурси, перебої в електропостачанні, проблеми з логістикою змінюють харчові звички. У цих умовах люди змушені адаптуватися до обмеженого вибору продуктів, надаючи перевагу менш доступним, але більш довговічним або легким для зберігання харчовим продуктам. Це і призводить до змін у раціоні та адаптації харчової поведінки до наявних ресурсів (Заїченко & Капріор, 2023).

Вплив стресових факторів на харчову поведінку є багатограним і тісно пов'язаним із розвитком різних типів розладів харчової поведінки (РХП). На рівні нейроциркуляції хронічний стрес здатний впливати на мезолімбічну дофамінергічну систему та інші ділянки мозку, залучені до механізмів стресу та мотивації. У сукупності ці процеси можуть формувати харчові уподобання та звички, підвищувати чутливість до винагороди, посилювати бажання споживати та шукати гіперсмачні продукти. Крім того, вони можуть викликати метаболічні зміни, які в результаті можуть проявитися як збільшення ваги та зростання жирової маси в тілі (Yau & Potenza, 2013). Стрес, як один із основних психологічних тригерів, може викликати порушення у формуванні здорових харчових звичок, сприяючи розвитку емоційного переїдання, анорексії, булімії та інших форм харчових розладів.

Розлади харчової поведінки є об'єктом підвищеної уваги з боку клініцистів і дослідників у сучасних умовах. Цей діагноз розглядається як серйозна проблема, що супроводжується значними стражданнями, а також порушеннями приватного та соціального функціонування індивіда. Відповідно до визначення Американської психологічної асоціації (APA), розлади харчової поведінки характеризуються стійкими порушеннями у харчовій поведінці або у поведінці, пов'язані із прийомом їжі, які призводять до змін у її споживанні та значного погіршення фізичного здоров'я і/або психосоціального функціонування (APA Dictionary of Psychology, 2018). Згідно зі статистикою, понад 30 мільйонів людей страждають від РХП, незалежно від віку та статі. Тобто кожні 62 хвилини одна людина помирає від наслідків розладу харчової поведінки (Пінчук, 2023).

Порушення харчової поведінки досліджували такі учені як Т. Брочинська, А. Буряк, І. Гурвич, О. Логвіна, А. Маслюк, М. Морякова, Д. Приймак, Н. Суртаєва, Є. Хоменко, О. Шевчук, М. Фатєєва та ін.

МКХ-10 надає такі діагностичні визначення для опису порушень харчової поведінки: F50.0 - нервова анорексія; F50.1 - атипова нервова анорексія; F50.2 - нервова булімія; F50.3 - атипова нервова булімія; F50.4 - переїдання - реакція на дистрес; F50.5 - психогенне блювання; F98.2 - розлад харчування у немовлят; F98.3 - поїдання неїстівного.

В дослідженні розглянуто такі види як анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія. Безумовно, видів порушень харчової поведінки набагато більше, але зазначені є найбільш відомими (Дідковська & Балагурак, 2023).

Анорексія (нервова анорексія) - це обмеження людиною споживання їжі задля зниження ваги через переконання про наявність уявної або зайвої ваги (Маслюк, 2011). Дослідженням анорексії у різні часи займалися К. Булік, М. Кириленко, А. Маслюк, О. Смашна, Н. Суртаєва, О. Шевчук.

Анорексія не має єдиної причини виникнення, її розвиток зумовлений комбінацією генетичних, психологічних і соціальних чинників. Дослідження (Bulik et al., 2000) підтверджують, що анорексія частіше зустрічається в родинах, де присутні перфекціоністські та конкурентні риси. Нервова анорексія може

розвиватися як механізм подолання труднощів, пов'язаних з підлітковим віком, сімейними конфліктами або навчанням. У дослідженні було зазначено, що сексуальне насильство також може бути фактором розвитку анорексії, проте воно не є поширеним порівняно з іншими. Початок статевого дозрівання та підлітковий період часто виступають як провокуючі фактори, але анорексія може виникати і в сім'ях зі стабільними відносинами та без явних тригерних подій (Bulik et. al., 2000). Інші автори (А. Вард, О. Гріло, М. Мартінез-Гонзалес) акцентують увагу саме на генетичних факторах у формуванні анорексії, а також а також на впливі психодинамічних, культурних і соціальних аспектів (Смашна, 2012).

Нервова анорексія - це стан, який характеризується унікаючою або значно обмеженою харчовою поведінкою. Тобто, людина споживає їжу в малих кількостях, обираючи лише певні продукти та/або в конкретний проміжок часу. Особа з нервовою анорексією нерідко може демонструвати нав'язливу поведінку, пов'язану з контролем ваги, наприклад часте зважування яке може повторюватися навіть щогодини. Попри критичну недостатню масу тіла, такі люди можуть мати викривлене сприйняття власного тіла та вважати себе надмірно повними (Суртаєва & Шевчук, 2023). Помилковим є судження що нервова анорексія може бути лише у людей з недостатньою вагою. Вона проявляється у людей різної структури тіла.

Існує два підтипи нервової анорексії: рестриктивний та переїдання. Перший характеризується суворим обмеженням їжі, а другий - наявністю епізодів переїдання та дивні поєднання продуктів до тих пір, поки не стане погано фізично (Суртаєва & Шевчук, 2023). Останній тип може перерости в булімію, яка може зустрічатися як і в рамках нервової анорексії, так і в рамках самостійного виду харчових порушень.

Булімія (нервова) - це циклічні епізоди переїдання, після яких слідує необхідність очистити організм від їжі, використавши проносні засоби або спровокувавши блювання (Заїченко & Капріор, 2023). Для булімії характерні такі ознаки як переїдання, виснажливі фізичні вправи, дієта, постійне застосування методів очищення шлунково-кишечного тракту, вплив фігури та маси тіла на самооцінку (Гринько & Сумарюк, 2018). Клінічна картина нервової булімії була описана значно пізніше, ніж картина нервової анорексії (у 1940-х роках), але досі

тривають суперечки щодо самостійності цієї форми порушення харчової поведінки через схожість діагностичних критеріїв. Тому до основних ознак нервової булімії також відносять: патологічний страх перед збільшенням маси тіла (ожирінням) та прагнення до досягнення ваги, нижчої за норму; свідоме прагнення знизити масу тіла через застосування дієт, відмову від їжі, вживання блювотних, сечогінних або послаблюючих засобів; періодичні епізоди переїдання, що супроводжуються приступами ненажерливості (Аблясамова, 2014; White, 2000).

Компульсивне переїдання - неконтрольоване вживання великої кількості їжі, яке виникає внаслідок стресових подій. Згідно з дослідженнями, споживання приправ, спецій, солодощів, соусів та фаст фуду є основним в процесі переїдання, ефект від якого порівнюють з наркотичним ефектом. Окрім цього, харчові добавки в їжі блокують відчуття насиченості в мозку, в той час як фруктоза блокує активність частин мозку, які відповідають за апетит (Сухомлінова & Демочко, 2020).

Орторексія - хворобливе прагнення до здорового харчування (Кириленко, 2019). Нервову орторексію як один із видів розладів харчової поведінки висвітили у своїх працях С. Братман, М. Кириленко Н. Ковен, Д. Найт, М. Фатєєва.

Особи які мають орторексію, проявляють надмірну фіксацію на якості та користі харчових продуктів, що визначає їхню подальшу поведінку та емоційний стан. Вони витрачають значну кількість часу на планування раціону, підбір продуктів і приготування їжі, яка відповідає їхнім уявленням про «здорове» харчування. Навіть при незначному відхиленні від «норми» у особи може спостерігатися тривожність, панічні атаки та почуття провини. Усе це свідчить про зв'язок орторексії з механізмами емоційної регуляції та когнітивних викривлень. Дослідниця М. Кириленко у своїй праці акцентує увагу на тому, що незалежно від специфіки дієтичних переконань, особам з орторексією притаманні потреба у відчутті власної праведності та чистоти, перфекціонізм та гіперконтроль (Кириленко, 2019). Зокрема, подібні переконання щодо харчування можуть спричиняти формування когнітивної жорсткості та поляризованого мислення, що впливає на самооцінку та соціальну взаємодію. З точки зору розладів харчової поведінки, орторексія нерідко розглядається як феномен, споріднений з анорексією.

Водночас, якщо для анорексії характерна стурбованість масою тіла та калорійністю їжі, то при орторексії головним є концепція «чистого» та «правильного» харчування (Кириленко, 2019). У своєму дослідженні Н. Ковен виділила спільні та відмінні риси орторексії, анорексії та обесивно-компульсивного розладу. До спільних рис дослідниця віднесла: перфекціонізм, тривожність, послаблення оперативної пам'яті та когнітивну ригідність. Серед спільних рис між орторексією та анорексією вона зазначила обмежене розуміння, почуття провини через прийом їжі, егоцентричні думки. Разом із тим, ритуали під час готування їжі, фокус на забрудненні, нав'язливі думки характерні і для орторексії, і для обесивно-компульсивного розладу (Фатєєва, 2015). Усе це свідчить про те, що нервова орторексія, попри схожість з іншими розладами харчової поведінки, є окремим та не менш небезпечним для особистості розладом.

Таким чином, стресові фактори відіграють визначальну роль у формуванні розладів харчової поведінки, оскільки вони безпосередньо впливають на емоційний стан, механізми саморегуляції та здатність зберігати адекватні харчові звички. Згідно з опрацьованою інформацією, як хронічний, так і гострий стрес, вимушена міграція, переживання втрати та горя можуть модифікувати взаємозв'язок між фізіологічними потребами в їжі та психологічними реакціями, що зумовлює дисбаланс у харчовій поведінці та сприяє розвитку її патологічних форм, зокрема анорексії, булімії, компульсивного переїдання, орторексії. Особливої актуальності ці зміни набувають в умовах військового конфлікту. Війна створює специфічні умови, що суттєво трансформують звичні патерни харчової поведінки, що і потребує детального наукового аналізу. У цьому контексті доцільним є ґрунтовне вивчення особливостей харчової поведінки в умовах військових дій.

1.2.2 Особливості та психологічні аспекти змін харчових звичок в умовах війни.

Війна є стресогенним чинником, який суттєво впливає на різні аспекти життя не тільки дітей, а й дорослих. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), збройні конфлікти призводять до того, що кожна п'ята особа, яка зазнала

їхнього впливу, може мати проблеми з психічним здоров'ям. У контексті України це становить приблизно 15 мільйонів осіб, які потенційно входять до групи ризику розвитку невротичних розладів, таких як депресія та тривожний розлад, а також стрес-асоційованих порушень, зокрема посттравматичного стресового розладу (WHO, 2022). З них близько 3-4 мільйона будуть потребувати саме медикаментозного лікування (Ляшко, 2022).

Стрес є одним із ключових факторів, що впливає на психічне здоров'я населення України. Згідно з дослідженням психічного здоров'я та ставлення до психологічної допомоги під час війни, проведеним у межах Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, 71% опитаних повідомили про відчуття стресу або значної тривожності. Основними причинами стресу українці називають війну (72%) та фінансові труднощі (44%). Серед стресогенних факторів, пов'язаних із війною, найбільше поширене хвилювання за безпеку близьких, яке відзначили 63% респондентів (Gradus research, 2022).

Одним із аспектів, на який здійснюється найбільший вплив, є харчова поведінка. Розлади харчової поведінки виникають є коморбідними до інших психічних розладів, таких як депресія, ПТСР, тривожні стани. Згідно з даними Національного інституту психічного здоров'я, близько 56% осіб з анорексією, 78% з розладами переїдання та 94% із нервовою булімією відповідають критеріям наявності щонайменше одного психічного розладу (Гончаренко, 2023).

Результати дослідження К. Королук та О. Петренко дозволяють класифікувати зміни харчової поведінки українців після початку повномасштабного вторгнення по регіонах:

- в регіонах без бойових дій, де люди не мали проблем із доступом до їжі, відповідали частіше всього що їх харчові звички не змінилися;
- в регіонах із підвищеною кількістю бойових, дій мешканці відповідали що було тяжко із їжею перші тижні, ходили в магазин швидко та не звертали увагу на склад/виробника; харчувалися весь час безкоштовно від волонтерських організацій;

- мешканці окупованих територій частіше відповідали, що харчувались в основному тим що привезли волонтери або що самі знайшли «ціною життя»;
- внутрішньо переміщені особи (ВПО) зазначали «незвичний час для вечері» та «ходити на безкоштовні ярмарки з їжею для ВПО»;
- серед біженців в інші країни були популярні наративи: «зміна раціону», «відсутність звичних товарів» «недостатньо смачна їжа іноземців», «новий смак води з-під крану» (Королук & Петренко, 2022).

Говорячи про більш специфічні зміни в харчовій поведінці, дослідниці викремлюють декілька поетапних тенденцій у загальному вигляді:

1. Перевірка запасів їжі, оцінка.
2. Зниження або відсутність апетиту в перші дні війни.
3. Вживання енергетичних напоїв для бадьорості.
4. Споживання фастфуду, їжі швидкого приготування, перекуси, нерегулярне харчування.
5. Економія продуктів.
6. Розподіл їжі між іншими людьми за потребою чи бажанням.
7. Зміни в раціоні через нестачу або високу ціну продуктів.
8. Зміни у способах приготування, прийомах їжі та розпорядку дня.
9. Збереження звичних харчових ритуалів для психологічного комфорту (наприклад, відвідування закладів харчування, щоб отримати відчуття «довоєнного періоду»).
10. Відчуття провини через споживання певних продуктів або їжі загалом.
11. Поступове відновлення звичного режиму харчування.
12. Максимальне повернення до довоєнного раціону (Королук & Петренко, 2022).

До найбільш типових харчових продуктів, які обирали люди протягом перших днів/тижнів війни, належали: вода, хліб, чай та кава, солодощі (печиво, цукерки), консерви, снеки, канапки, крупи. Для стратегічного запасу готували такі види продуктів як вода, цукор, борошно, олія та крупи (Королук & Петренко, 2022).

Отже, досвід війни змусив населення переглянути свої харчові звички, роблячи їх більш прагматичними та орієнтованими на виживання в кризових ситуаціях.

Водночас цей процес не проходить без психологічних наслідків, оскільки зміна харчових звичок під час воєнних дій часто супроводжується емоційними та когнітивними реакціями, що впливають на поведінку людей. Пропонуємо розглянути психологічні аспекти цих змін, адже саме вони відіграють важливу роль у формуванні нових харчових моделей в умовах війни.

У період військових конфліктів відбуваються не лише зміни у зовнішньому середовищі, а й суттєві трансформації внутрішнього стану особистості. Інтенсивний стрес, підвищена тривожність і постійна невизначеність змушують людину адаптуватися до нових реалій, часто через перегляд звичних практик — харчування не є винятком. Трансформація харчових звичок у цей період не просто результат фізіологічної потреби, а відображення психологічних механізмів реагування на екстремальні ситуації. Отже, важливо дослідити, яким чином психологічні фактори детермінують ставлення людини до їжі в умовах воєнних дій.

Зміни харчової поведінки під час воєнних дій досліджували Дж. Бартоломуччі, А. Бувалда О. Варипасєв, Г. Гірняк, І. Грищенко, Б. Де Бур, А. Заіченко, І. Капріор, М. Кириленко, Н. Кононенко, Б. Ротшильд, Р Тертон, Р. Чсмі та ін.

Стрес, який виникає в умовах війни, відрізняється від звичайного тим, що є несподіваним, а сама стресова реакція у відповідь на військові події часто є непередбачуваною (Харченко, 2023).

У період військових дій у більшості громадян України спостерігається домінування негативних емоцій, на які впливають численні стресогенні чинники. Інтенсивність цих емоцій підсилюється регулярними повітряними тривогами, та постійним психоемоційним напруженням, що значно ускладнює процес адаптації до умов війни та збереження психоемоційної рівноваги. Такі обставини спричиняють зміни у харчовій поведінці, які можуть проявлятися як у надмірному, так і в недостатньому споживанні їжі. Зокрема, серед поширених проявів виокремлюють емоційне харчування, а також підвищений або знижений апетит.

Емоційне харчування - тенденція до споживання їжі у відповідь на емоційні переживання, які можуть бути як і позитивними, так і негативними (Turton et al., 2017). Згідно з дослідженнями (Booth, 1994), цей тип харчової поведінки

асоціюється з негативними емоціями. У таких випадках їжа стає механізмом притуплення, уникнення або трансформації власних емоцій та почуттів. Клінічний психолог Х. Фаркаш запропонував систему, яка ілюструє поступовий перехід від здорової харчової поведінки до розладу. Відповідно до неї, початковим етапом є комфортне харчування, коли індивід використовує їжу як засіб подолання негативних емоцій, але зберігає відчуття комфорту під час і після прийому їжі. Наступний етап — це стресове харчування, коли індивід вживає їжу через стрес. Третім етапом виступає емоційне харчування, яке характеризується споживанням їжі у відповідь на широкий спектр емоцій, незалежно від природи їх виникнення. На пізніх етапах формується розлад харчової поведінки, що зазвичай проявляється як компульсивне переїдання. Ця концепція відображає динаміку змін харчової поведінки та вказує на необхідність своєчасного втручання для запобігання розвитку патологічних станів (Rothschild & Farkas, 2019). Неможливо погодитись з тим, що емоційне харчування є одним із механізмів, через які можна негативно впливати на харчову поведінку і призводити до її порушень.

Війна провокує стрес, через який відбувається збільшення або зменшення апетиту. Варто зазначити, якщо під час гострої фази стресу апетит відсутній взагалі, то це вважається нормальною реакцією. В такий період відбувається активне виділення гормонів стресу, які ініціюють природну реакцію організму «бий або біжи» та активують парасимпатичну нервову систему для забезпечення виживання в стресових ситуаціях (Selye, 1956). Такої ж думки Г. Сельє притримується щодо заїдання стресу. У період сильного стресу нормально хотіти їсти більше, ніж зазвичай. Це природний спосіб захистити психіку та зменшити вплив стресу. Навіть після того, як стресова ситуація минула, підвищений апетит може зберігатися (Selye, 1956). Вживання продуктів із високим глікемічним індексом, таких як хліб чи випічка, швидко підвищує рівень цукру в крові й приносить миттєве відчуття задоволення. Жирна та калорійна їжа також стимулює систему дофаміну в мозку, що допомагає відчувати себе краще. Такі продукти, з одного боку, відволікають від стресу, а з іншого — сприймаються організмом як важливий запас енергії для виживання (Liu & Xie, 2007). Дослідження, яке аналізувало взаємозв'язок між сприйняттям

стресу, депресією та частотою споживання їжі серед студентів коледжів семи міст Китаю, встановило, що частота вживання свіжих фруктів має зворотну та достовірну кореляцію зі сприйняттям стресу. Так само виявлено значну зворотну кореляцію між споживанням свіжих фруктів і симптомами депресії, тоді як позитивна кореляція спостерігалася між споживанням готової їжі або солоних перекусів і депресивними станами. Тобто споживання певних видів продуктів так чи інакше може впливати на настрій. (Liu & Xie, 2007).

Війна – це фізичне та психологічне навантаження на людину, обмежений доступ до продуктів харчування, зміна режиму харчування та стрес, який впливає на вибір їжі та спосіб її споживання. Зміни харчової поведінки в таких обставинах можуть бути пов'язані як із фізіологічними потребами організму, так і з психологічною реакцією на стресові фактори (Харченко, 2023). Окрім переліченого, зміна харчової поведінки може бути пов'язана із захисними механізмами психіки, які визвані війною.

Психологічний захист – це, як правило, несвідомий процес, за допомогою якого психіка людини послаблює або усуває травматичні негативні чи неприйнятні емоційні переживання (Сергеєнкова та ін., 2022). Варто зазначити, що психологічний захист може впливати на особистість як позитивно, так і негативно. О. Сергеєнкова зазначає, що існує два види психологічного захисту: конструктивний та деструктивний. Конструктивний психологічний захист не вирішує проблему, але в той час і не ускладнює її, в той час як деструктивний навпаки ускладнює проблему та погіршує ситуацію для індивіда.

Типовими механізмами психологічного захисту є:

1. Компенсація — механізм, який полягає у свідомій або несвідомій спробі подолати уявні або реальні недоліки, відновленні порушеної психічної або психофізіологічної рівноваги шляхом виникнення реакцій чи імпульсів, що є протилежними до тих які спричиняють дискомфорт.
2. Сублімація — це психологічний процес, який полягає в перенаправленні негативних або неприйнятних імпульсів на соціально прийнятні або

конструктивні дії. Цей механізм дозволяє індивіду реалізувати свої бажання у формі, яка є відповідною соціальним нормам.

3. Витіснення — витіснення травматичних або неприємних думок із свідомості.
4. Проекція — перенесення власних відчуттів та негативних емоцій на іншу людину або об'єкт.
5. Заміщення — механізм, який дозволяє перенести такі емоції як гнів та роздратування з одного неприйнятного об'єкта на інший. Перенесення може стосуватися будь-яких небажаних емоцій.
6. Регресія — механізм, при якому особа починає відтворювати поведінку, притаманну більш ранньому етапу життя, коли було менше вимог та майже відсутня відповідальність.
7. Формування реакції — захист від неприйнятних чи заборонених імпульсів за допомогою зворотного характеру та думок, тобто, свідомо замінюються протилежними імпульсами.
8. Раціоналізація — пояснення та виправдання своєї поведінки, надання обґрунтування замість того, щоб усвідомити справжні причини.
9. Втеча — бажання втекти, ухилитися (втеча від дійсності та втрата реальності) (Freud, 1920).

Базуючись на інформації, яку було розглянуто раніше, пропонуємо як підсумок розглянути психологічні аспекти зміни харчових звичок:

1. Стрес як центральний чинник. Війна створює хронічний стрес, який активує фізіологічну реакцію “бий або біжи”. Цей стан впливає на роботу організму, виснажуючи його, через що і змінюється поведінка, зокрема і харчова. Неконтрольованість ситуації, постійна небезпека та відсутність стабільності сприяють посиленню тривожності, депресії й інших психоемоційних станів. Вони, згідно з дослідженнями, часто проявляються при емоційному переїданні, зниженні апетиту, анорексії та булімії.
2. Вплив емоцій на харчову поведінку. Негативні емоції та емоційне виснаження можуть знижувати когнітивну гнучкість і здатність приймати раціональні

рішення щодо організації харчування. В подібних умовах індивід може частіше обирати некорисну та калорійну їжу, оскільки така їжа швидко підвищує рівень дофаміну в мозку та створює короткочасне відчуття задоволення.

3. Психологічні механізми адаптації. У період воєнних дій людина шукає способи впоратися зі стресом. Механізми адаптації можуть бути як конструктивними (планування, підтримка соціальних зв'язків), так і деструктивними (уникання, емоційне переїдання). Деструктивні механізми адаптації, такі як переїдання та емоційне харчування, можуть перетворитися в звичку, яка в майбутньому буде лише погіршувати психоемоційний стан. Війна загострює потребу психологічного комфорту. Пошуки ресурсів, які асоціюються зі стабільністю часто наприклад, ритуали, звички, які забезпечують відчуття контролю).
4. Індивідуальні особливості реагування на стрес. Люди з різними особистісними рисами (наприклад, підвищена тривожність, схильність до депресії, низький рівень емоційної стійкості, оптимісти та песимісти) по-різному реагують на стресові події. Рівень емоційної стійкості та наявність навичок саморегуляції визначають здатність адаптуватися до нових умов. Але при неуспішній адаптації є ризик до виникнення емоційних порушень. Харчова поведінка в цьому контексті виступає як адаптаційний механізм.

Війна є довготривалим стресом, який впливає на харчову поведінку. Хронічний стрес, тривожність та нестабільність під час війни призводять до порушень у звичках харчування, які проявляються у вигляді емоційного переїдання або зменшення апетиту. Психологічні механізми адаптації можуть бути як конструктивними, так і деструктивними, через що у випадку останнього виникають ризики для психоемоційного здоров'я. Зміни харчових звичок під час війни часто пов'язані з пошуками психологічного комфорту за допомогою захисних механізмів психіки, такі як компенсація чи емоційне харчування. Це, у свою чергу, відображає не лише фізіологічні потреби організму, але й спробу зберегти відчуття контролю над ситуацією через зміну способів харчування. Таким чином, зміни в харчовій

поведінці під час дії воєнного стану є складним процесом, що включає як фізіологічні, так і психологічні аспекти, та який потребує підвищеної уваги зі сторони психологів та суспільства.

1.3. Емоційне переїдання як психосоматичний механізм та прояв емоційних порушень

Психосоматика є міждисциплінарною областю знань, що поєднує психологію та медицину задля дослідження захворювань або хворобливих станів тіла людини, які виникають не внаслідок фізичних чинників, а саме через динаміку психічних процесів, зокрема, в умовах стресу. Однією із основних причин психосоматичних захворювань є саме ставлення і реакція індивіда на ту чи іншу стресову ситуацію (Огоренко & Шорніков, 2019). Якщо внутрішній конфлікт залишається неусвідомленим або не застосовані будь-які копінг-стратегії, цей конфлікт, згідно з теорією Фрейда, переноситься на рівень «Воно» (Id). Іншими словами, у цей час відбувається механізм витіснення, наслідком якого може бути подальша соматизація (Огоренко & Шорніков, 2019).

Особливості психосоматики висвітляли у своїх працях такі учені як: О. Глушук, Д. Зінченко, Т. Клібайс, Н. Кулик, А. Тіхоміров, О. Хаустова, О. Чабан, О. Червинська, С. Чешенко, А. Шевчук, О. Яцина.

У медичній науці та психосоматиці існує перелік захворювань, для яких підтверджена або припускається значна роль психологічних факторів у їхньому етіопатогенезі. До цієї групи традиційно включають «Чиказьку сімку»: есенціальну гіпертензію, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальну астму, цукровий діабет, нейродерміти, ревматоїдний артрит, а також ендокринні дисфункції (наприклад, гіпер- та гіпотиреоз). Також, взаємозв'язок із психосоматичними чинниками відзначається при ішемічній хворобі серця, міомі матки (Волошко, 2019).

Згідно з теоретичними концепціями та клінічною практикою, психосоматичні розлади формуються внаслідок взаємодії психофізіологічних механізмів, основними серед них є:

Нейроендокринний механізм. Тривалий або хронічний стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь, що спричиняє підвищене виділення гормонів, зокрема кортизолу. Надмірне або дисрегульоване виділення гормонів порушує гомеостаз і сприяє розвитку функціональних або органічних змін в органах і системах.

Механізм імунної системи. Тривалий дистрес призводить до пригнічення імунітету, організм стає вразливим до розвитку хвороб та запальних процесів.

Нервова система. Порушення балансу між симпатичною та парасимпатичною ланками нервової системи негативно впливає на функціонування серцево-судинної, дихальної та травної систем, що зумовлює характерні соматичні симптоми (тахікардія, диспепсія, диспное тощо).

Поведінковий механізм. Дезадаптивні копінг-стратегії, вживання психоактивних речовин чи малорухливий спосіб життя, які обумовлені психоемоційним станом, поглиблюють соматичні розлади та ускладнюють перебіг захворювання (Медведєва, 2023).

Емоційне (компульсивне переїдання) відносять саме до поведінкових механізмів психосоматики.

Розлад нападоподібного (компульсивного, емоційного) переїдання є відносно новим діагнозом, який включений до п'ятого видання Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) та одинадцятого перегляду International Classification of Diseases (ICD-11) (APA, 2013; Adams et al. 2019). Згідно з МКХ-10 він класифікується як неспецифічний харчовий розлад, а в DSM-V позначений як окремий діагноз з діагностичними критеріями. Розлад характеризується повторюваними епізодами надмірного споживання їжі, які відбуваються щонайменше один раз на тиждень протягом трьох місяців і не супроводжуються компенсаторною поведінкою (наприклад, блювотою чи надмірними фізичними навантаженнями) (Erskine et al. 2018; Keski-Rahkonen, 2021). Емоційне переїдання досліджували такі науковці як: А. Асанова, Н. Вініславська, О. Гетало, В. Грицюк, Г. Демочко, О. Марциняк-Дорош, Н. Осадча, І. Сінкевич, Ж. Сухомлінова, О. Хаустова, О. Чабан, О. Шевчук.

Згідно з АРА, компульсивне переїдання як окрема категорія має такі критерії та параметри:

А. Епізоди переїдання, які повторюються та включають дві діагностичні ознаки: споживання об'єктивно великої кількості їжі за невеликий проміжок часу (наприклад, за дві години), що перевищує обсяги їжі, які зазвичай споживаються більшістю осіб за аналогічних умов.

відчуття втрати контролю над харчовою поведінкою під час епізоду переїдання, зокрема нездатність припинити їсти або обмежити кількість спожитої їжі.

В. Епізоди переїдання супроводжуються принаймні трьома з наведених нижче ознак:

- прискореним споживанням їжі, порівняно зі звичайними прийомами їжі;
- вживанням їжі до появи вираженого дискомфорту внаслідок переїдання;
- харчуванням за відсутності фізіологічного відчуття голоду;
- прийом їжі наодинці через почуття сорому, яке виникає через обсяг споживаної їжі;
- відчуттям огиди до себе, почуттям провини або депресивного настрою після епізоду переїдання.

С. Наявність емоційного дистресу, пов'язаного з повторюваними епізодами переїдання.

Рівень важкості компульсивного переїдання класифікується за частотою епізодів на тиждень:

легкий: 1–3 епізоди;

помірний: 4–7 епізодів;

тяжкий: 8–13 епізодів;

дуже тяжкий: ≥ 14 епізодів (АРА, 2013).

Епізоди переїдання мають виражену часову структуру (наприклад, епізод триває дві години) і супроводжуються відчуттям втрати контролю над харчовою поведінкою. Клієнти часто описують це як неможливість зупинитися або обмежити кількість чи тип споживаної їжі, а також як відмову від спроб самоконтролю, зумовлену очікуванням рецидиву переїдання. Наявність цього розладу супроводжується вираженим дистресом, зниженням функціонування в особистісній, академічній,

соціальній чи професійній сферах. Епізоди часто корелюють з негативними емоційними станами, зокрема тривожністю, почуттям провини чи депресією. Також розлад характеризується істотними психологічними і афективними порушеннями, що ускладнюють реалізацію навичок саморегуляції (Géssica at al. 2018; Romano & García, 2018).

Хоча поняття емоційне та компульсивне переїдання часто ототожнюють, деякі дослідники О. Гетало та О. Шевчук виокремлюють декілька форм саме компульсивного переїдання, які відрізняються за поведінковими характеристиками:

1. Емоційне переїдання являє собою стратегію емоційної регуляції, при якій споживання їжі використовується як адаптивний або дезадаптивний спосіб подолання негативних афективних станів: стресу, тривожності, самотності. Емоційне переїдання супроводжується втратою контролю над кількістю спожитої їжі, хоча така харчова поведінка не обумовлена фізіологічним голодом.
2. Переїдання за звичкою, що характеризується як автоматизована поведінкова модель, в якій акт споживання їжі відбувається без усвідомлення її потреби або кількості. Часто спостерігається продовження прийому їжі після досягнення фізіологічного насичення.
3. Імпульсивне переїдання - характеризується раптовою, інтенсивною і неконтрольованою потребою в споживанні їжі. Такий тип харчової поведінки переважно пов'язаний із споживанням солодких, висококалорійних та жирних продуктів. Після епізоду у пацієнтів часто виникають почуття провини або сорому.
4. Нічне переїдання асоціюється з появою харчового потягу у пізній вечірній або нічний час. Особа може відчувати нездатність заснути без прийому їжі, що призводить до її вживання (часто у великій кількості або високої калорійності) в нічний період.
5. Компенсаторне переїдання - в цьому випадку харчування виступає як засіб заповнення «емоційної порожнечі» чи зниження психологічного дискомфорту, викликаного нудьгою або відсутністю задоволення в різних сферах життя.

Така поведінка може тимчасово забезпечувати емоційне полегшення, проте в довготривалій перспективі сприяє закріпленню дезадаптивної копінг-стратегії, ефективність якої з часом знижується (Гетало & Шевчук, 2025).

Є багато причин компульсивного переїдання, але частіше за все це:

- зтяжні депресивні стани, часто у поєднанні зі страхом соціальної ізоляції;
- соціально-психологічний тиск з боку оточення, особливо в контексті відповідності певним стандартам або очікуванням;
- батьківська критика та критика оточення (найбільш вразливими до критики є саме підлітки);
- низька самооцінка;
- переживання екзистенційної кризи, незадоволеність життя уцілому, втрата життєвих орієнтирів тощо;
- почуття безпорадності у контексті невирішених життєвих труднощів, яке часто корелює з низьким рівнем емоційної саморегуляції та дефіцитом ефективних копінг-стратегій (Вініславська, 2024).

Компульсивне переїдання тісно корелює не тільки з ожирінням, а й з рядом психічних розладів. У переважній більшості випадків ця форма порушення харчової поведінки підвищує ризик розвитку таких захворювань як: цукрового діабету 2 типу, артеріальної гіпертензії, патологій серцево-судинної системи та ожиріння. Емпіричні дослідження свідчать про наявність суттєвих відмінностей між особами з надмірною масою тіла без ознак харчових порушень та тими, у кого надлишкова вага супроводжується симптомами компульсивного переїдання. Особи з компульсивним переїданням часто демонструють високий рівень тривожності щодо потенційного набору ваги, низьку самооцінку, невдоволення власним тілом, а також повідомляють про більш ранній початок ожиріння. Тяжкий перебіг ожиріння у таких індивідів часто пов'язаний з порушенням контролю імпульсів, що ускладнює дотримання збалансованої харчової поведінки. Крім того, дана категорія має підвищений ризик розвитку широкого спектра психічних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу, депресії, а також розладів особистості, що можуть зберігатися протягом усього життя (Вініславська, 2024).

Отже, емоційне переїдання є багатограним поведінковим механізмом розвитку психосоматики, який є прикладом негативної копінг-стратегії подолання стресу та може впливати на харчову поведінку та вагу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Емоційні порушення – це комплекс психічних розладів, які характеризуються порушенням емоційного реагування на зовнішні події та змінами настрою. Вони охоплюють стани, такі як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) тощо та проявляються через підвищену збудливість, емоційну лабільність і часті зміни настрою. Їх розвиток обумовлений взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів, серед яких ключову роль відіграють генетична схильність, впливи стресу та міжособистісних відносин, соціально-економічні умови. Ці фактори визначають не лише виникнення та перебіг емоційних порушень, а й можливі наслідки для психічного здоров'я. Також емоційні розлади та тривалий стрес впливають на харчову поведінку, що особливо актуально для дорослих в умовах війни.

Хоча дорослі, як правило, характеризуються більшою психічною стабільністю, вони також є вразливою верствою населення в умовах тривалої війни. Їх психологічна вразливість посилюється через порушення базових почуттів безпеки, які є критично важливими для емоційної рівноваги, а також через фізичне виснаження організму. Окрім цього, з віком стресостійкість знижується, що може призвести до виникнення порушень емоційної регуляції та підвищує можливість розвитку хвороб. Тому в умовах війни вікові особливості ставлять перед ними додаткові труднощі у адаптації до нових реалій.

Харчова поведінка — це сукупність звичок, традицій та переваг, які стосуються вибору, підготовки та споживання їжі. З біологічної точки зору харчова поведінка є процесом, що задовольняє базову потребу організму в отриманні поживних речовин, необхідних для підтримки його нормального функціонування. Механізми регуляції голоду та ситості сприяють підтриманню балансу енергії та

поживних речовин. Однак психологічно харчова поведінка набуває комплексної форми, до якої входить не тільки вибір їжі, а й взаємодія біологічних, культурних, міжособистісних та соціальних факторів.

Стресові фактори, зокрема економічний вплив, вимушена міграція та переживання горя та втрати, можуть значно змінювати харчову поведінку. Як результат, сукупність цих факторів веде до розладу харчової поведінки, таких як анорексія, булімія, компульсивне переїдання та орторексія. Економічні труднощі можуть обмежити доступ до їжі, вимушена міграція часто супроводжується зміною умов харчування, що ускладнює підтримання звичних харчових практик. А горе та втрати, зокрема через смерть близьких або руйнування домівок, можуть призвести до емоційного харчування, де їжа виступає як засіб регулювання негативних емоцій. В умовах війни ці фактори накладаються один на одного: це посилює стрес і провокує ще більші труднощі у контролі за харчовою поведінкою.

Психологічний захист відіграє ключову роль у збереженні психоемоційної рівноваги, проте його механізми можуть проявлятися деструктивно, зокрема через зміну харчової поведінки. Під час війни та інтенсивного стресу людина несвідомо шукає способи впоратися з емоційним напруженням, і одним із таких механізмів стає їжа. Деструктивні прояви психологічного захисту можуть включати емоційне переїдання, втрату апетиту формування нездорових харчових звичок та розлади харчової поведінки. В умовах війни механізми психологічного захисту стають автоматичною реакцією на загрозливі обставини. Важливо розуміти, що хоча такі стратегії можуть тимчасово зменшувати емоційне напруження, у довготривалій перспективі вони можуть призводити до фізичних і психологічних проблем. Під час війни підтримувати здорове харчування та стежити за своїм станом здоров'я стає вкрай складно. Порушення режиму харчування під час стресу через війну є природним явищем, проте важливо, за можливості, контролювати розклад та якість прийому їжі, щоб мінімізувати негативні наслідки для організму.

РОЗДІЛ II. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ

2.1. Процедура та методологія дослідження зв'язку стресу та тривожних станів на харчову поведінку

Проведене дослідження було спрямоване на дослідження взаємозв'язку між емоційними порушеннями та харчовою поведінкою.

Теоретичний аналіз дозволив систематизувати знання про емоційні порушення та харчову поведінку дорослих, а також фактори, які впливають на їх формування та розвиток. На основі отриманих даних було сформульовано гіпотези, які найбільш ймовірно могли проявитися у вибірці.

Гіпоттези дослідження:

1. Існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем емоційних порушень та харчовою поведінкою дорослих
2. Існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем депресії та рівнем тривожності
3. Стрес, пов'язаний з війною, має вплив на харчову поведінку та на коливання ваги.

Етапи дослідження:

1. Організація та проведення діагностики взаємозв'язку харчування та емоційних порушень дорослих в умовах війни із застосуванням комплексу психодіагностичних методик.
2. Обробка результатів, процентних показників та описової статистики за кожною методикою, представлення результатів у формі діаграм та таблиць.
3. Визначення психологічних особливостей опитуваних за допомогою методів математичної статистики.
4. Узагальнення отриманих результатів, формулювання висновків та рекомендацій.

Метою дослідження було не лише виявити взаємозв'язок між харчовою поведінкою та емоційними порушеннями серед дорослих, а й встановити, чи не пов'язані вони з війною як фактором, що спричинив це.

Для емпіричної перевірки гіпотез було розроблено інструментарій, який оцінював як і об'єктивні, так і суб'єктивні аспекти емоційного стану респондентів. Вибір саме дорослого населення обумовлений тим, що психіка дорослого не така гнучка порівняно з дитячою, тому доросле населення є більш вразливим до емоційних порушень та порушень харчової поведінки. Таким чином, емпіричне дослідження проводилось із застосуванням комплексу діагностичних методик, що включав авторський опитувальник та стандартизовані тести. Розробка та вибір інструментарію здійснювались під науковим керівництвом. Збір емпіричних даних проводився за допомогою інтернет-ресурсів.

Серед психодіагностичних інструментів дослідження були наступні:

1. *Шкала тривоги Бека (BAI)*, розроблена А. Беком у 1988 році, є стандартизованим самооцінювальним інструментом, призначеним для вимірювання ступеня тяжкості тривожності. Оновлена версія з модифікаціями в системі оцінювання була опублікована у 1993 році. Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких описує можливий симптом та прояв тривоги. Респонденту пропонується оцінити вираженість кожного симптому за шкалою, де варіанти відповідей "Зовсім не турбує", "Злегка турбує", "Середньо турбує" та "Дуже турбує" відповідають балам від 0 до 3 відповідно. Приклади пунктів включають когнітивні (страх втрати контролю, страх найгіршого), афективні (відчуття нервозності, неможливість розслабитися) та соматичні симптоми (оніміння або поколювання, тремтіння, відчуття задухи тощо).

Цей інструмент допомагає оцінити вираженість типових симптомів тривожності

Переваги використання шкали тривоги BAI:

1) висока валідність та надійність. Шкала тривоги А. Бека є стандартизованим інструментом, який пройшов численні перевірки. Це робить його достовірною

методикою для наукових досліджень, яка підходить для скринінгу як і загальної популяції, так і для моніторингу пацієнтів з уже діагностованими розладами.

- 2) диференціація від депресії. Опитувальних сфокусованих на симптомах, які зазвичай характерні саме для тривоги. Саме це дозволяє розмежувати депресивні та тривожні стани у респондентів.
- 3) простота та швидкість використання. Опитувальник складається з 21 пункту, що робить його зручним для використання та заповнення. Час проходження зазвичай займає не більше 10 хвилин.

2. *Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9)* є стандартизованим інструментом скринінгу для виявлення депресивних станів. Ця шкала є частиною більшого комплексу інструментів, що охоплює 12 різних ментальних розладів, який був створений у середині 1990-х років дослідницькою групою Колумбійського університету під керівництвом Роберта Л. Спітцера, Джанет Б. В. Вільямс та К. Кроенке. Опитувальник складається з 9 пунктів, які стосуються самопочуття респондента протягом останніх двох тижнів. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою, де варіанти «Зовсім не турбує», «Кілька днів», «Більше половини часу» та «Майже щодня» відповідають балам від 0 до 3 відповідно.

Важливим аспектом інтерпретації PHQ-9 є аналіз відповідей на окремі пункти, зокрема на питання №9: «Чи думали про те, що було б краще, якби ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду?». Навіть за умови, що загальний бал респондента знаходиться в межах норми (0–4 бали), будь-яка позитивна відповідь на цей пункт потребує уваги. У таких випадках, незалежно від загального результату, необхідна додаткова оцінка стану особи та можливе звернення до психолога чи психіатра задля запобігання суїциду та мінімізації суїцидальної поведінки.

Переваги використання PHQ-9:

- 1) простота та швидкість застосування: опитувальник складається з 9 питань, що дозволяє швидко провести оцінку на наявність депресивних симптомів;
- 2) можливість моніторингу динаміки, оскільки характер оцінки кількісний;

- 3) наявність клінічно значущого пункту: особливою перевагою є наявність в опитувальнику пункту, що стосується суїцидальних думок. Позитивна відповідь на це питання, незалежно від загального балу, є прямим показанням для клінічного втручання та подальшої оцінки ризиків.

3. *Шкала впливу подій* (Д. Вайс, К. Мармар) розроблена у 1979 році і є інструментом, що використовується для оцінки ступеня впливу травматичних подій на людину та діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Опитувальник містить 22 пункти, що стосуються суб'єктивних переживань респондента.

IES складається з трьох основних субшкал:

- Інтрузії - нав'язливі та повторювані думки та образи, флешбеки, пов'язані з травматичною подією.
- Уникнення - поведінка, спрямована на уникнення будь-яких стимулів (ситуацій, місць, тригерів тощо), які можуть нагадати про травму.
- Гіперзбудження - підвищений рівень фізіологічного та психологічного збудження (надмірна настороженість, дратівливість тощо).

Переваги шкали впливу подій:

- 1) фокус на суб'єктивних переживаннях - акцентува увагу на внутрішніх переживаннях та суб'єктивних реакціях на травматичний досвід;
- 2) вимірювання ключових симптомів ПТСР та поділ на субшкали (інтрузії, уникнення, гіперзбудження) для більш детального розуміння стану респондента.

4. З метою дослідження впливу повномасштабного вторгнення на харчову поведінку та масу тіла були включені два додаткові пункти в опитувальник:

- Чи змінилася ваша харчова поведінка з початку повномасштабного вторгнення?
- Чи змінилася ваша вага з початку повномасштабного вторгнення?

Метою введення цих запитань було отримання емпіричних даних для аналізу кореляції між зазначеними факторами та іншими досліджуваними змінними. Це дозволило б встановити потенційний взаємозв'язок між психологічним стресом,

спричиненим військовими діями, та змінами у харчовій поведінці та масі тіла респондентів.

Учасниками дослідження стали 34 особи віком від 18 років, серед них - 26 жінок та 8 чоловіків. Відбір учасників здійснювався з урахуванням єдиного критерію - вік. На рис. 2.1.1 зображено діаграму, на якій вказані вікові діапазони респондентів.

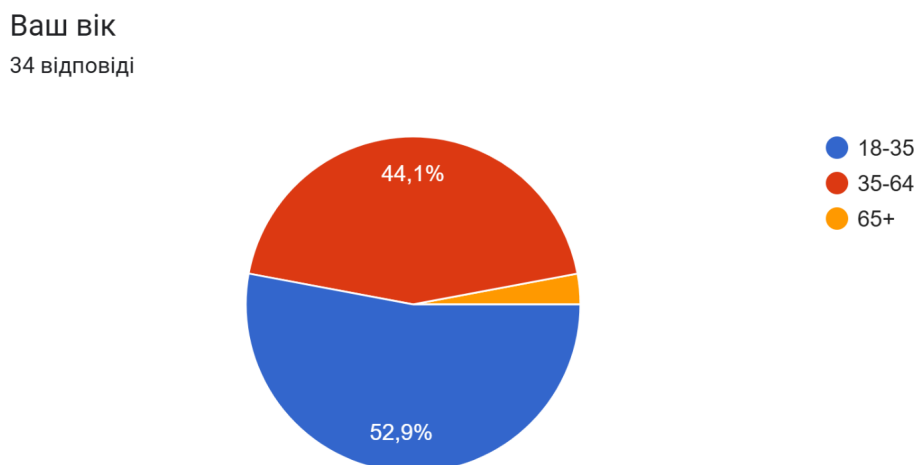


Рис. 2.1.1 Вікова категорія респондентів

Згідно з рис. 2, з усіх респондентів 52,9% опитуваних (18 осіб) були віком від 18 до 35 років. Респонденти від 35 до 64 років складають 44,1% (15 осіб) від усієї кількості опитуваних. Також в опитуванні взяла участь одна особа старше 65 років, що складає 2,9% від усієї вибірки.

Більшість учасників дослідження (97,1%) цивільні особи, лише 1 - внутрішньо переміщена особа (ВПО). Тому можна говорити про те, що дане дослідження стосується стану саме цивільної частини населення України.

Якщо розглядати харчову поведінку респондентів, то результати представлені на рис. 2.1.2:

Чи змінилася ваша харчова поведінка з початку повномасштабного вторгнення?

34 відповіді

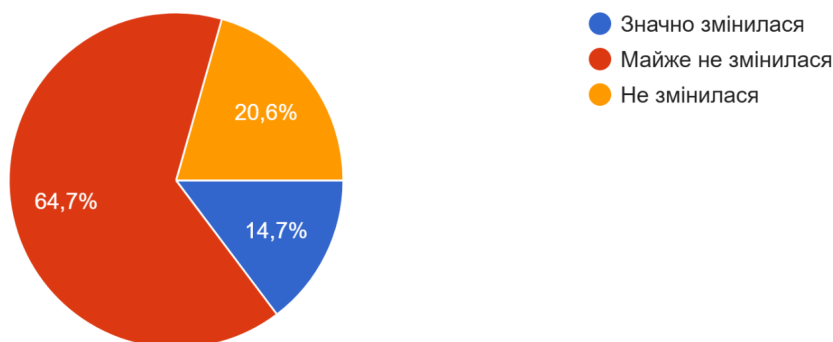


Рис. 2.1.2. Питання щодо зміни харчової поведінки

Проаналізувавши діаграму, можна зробити висновок, що більшість респондентів не відзначили суттєвих змін у своїй харчовій поведінці. У процентному співвідношенні, на запитання «Чи змінилася ваша харчова поведінка з початку повномасштабного вторгнення?» 64,7% (22 особи) від усієї кількості респондентів зазначили що їх харчова поведінка майже не змінилася, 20,6% (7 осіб) зазначили що їх харчова поведінка не змінилася, і лише 14,7% (5 осіб) зазначили, що харчова поведінка значно змінилася. Дані свідчать про відносну стабільність харчових звичок у досліджуваної групи. Це може залежити від як і з дитинства сформованих звичок, так і від адаптивних механізмів, які використовують респонденти.

Наступним фактором, важливим для характеристики вибірки, є відповіді на питання «Чи змінилася ваша вага з початку повномасштабного вторгнення?», які представлені на рис. 2.1.3:

Чи змінилася ваша вага з початку повномасштабного вторгнення?

34 відповіді

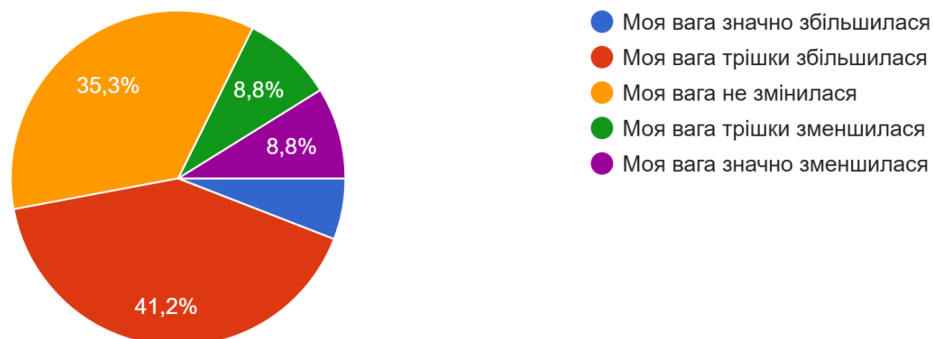


Рис. 2.1.3. Питання щодо зміни ваги з початку повномасштабного вторгнення

Проаналізувавши діаграму, можна дійти до висновку, що у більшій половині респондентів так чи інакше змінилася вага. Якщо розглянути детальніше, то 41,2% (14 осіб) з усієї кількості респондентів зазначили, що їх вага трішки збільшилась, 35,3% (12 осіб) зазначили що їх вага не змінилася, 8,8% (по 3 особи в двох частинах діаграми) зазначили, що їх вага трішки зменшилась та значно зменшилась, і 5,9% (2 особи) від усієї кількості респондентів зазначили, що їх вага значно збільшилась. Такий розподіл свідчить про тенденцію до зростання ваги серед значної частини опитаних, хоча значна кількість респондентів зберегла свою вагу стабільною.

Після аналізу вибірки, наступним етапом став аналіз емпіричних результатів зв'язку емоційних станів та харчової поведінки дорослих.

2.2. Емпіричні результати дослідження зв'язку емоційних станів та харчової поведінки дорослих

У блоці Шкала емоційного стану було застосовано шкалу тривоги А. Бека. Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI) є стандартизованою клінічною методикою, розробленою з метою скринінгового виявлення тривожності та кількісної оцінки її вираженості. Інструмент складається з 21 твердження, кожне з яких описує специфічний симптом або скаргу, характерну для стану тривоги. Конструкція шкали була здійснена за аналогією з Шкалою депресії Бека. Кожне

твердження оцінюється від 0 («зовсім не турбує») до 3 («дуже турбує») балів, що дозволяє визначити інтенсивність переживаних симптомів за останній час.

У відсотковому співвідношенні, по балах в межах норми було 8,8% (3 респондента), легкий рівень тривоги був у 8,8% респондентів (3 особи), середній рівень тривоги був у 38,2% від усієї кількості респондентів (13 осіб), високій рівень тривоги виявлено у 44,1% респондентів (15 осіб). Проаналізувавши відповіді респондентів, виявилось, що більшість опитуваних мають середній та виский рівень тривоги.

Ще однією діагностичною методикою стала Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). Опитувальник містить 9 запитань, які стосуються самопочуття клієнта протягом останніх двох тижнів. Відповіді оцінюються від 0 до 3 балів (ніколи, кілька днів, більше половини часу, майже щодня відповідно). Бали респондентів зображені на рис. 2.2.1:

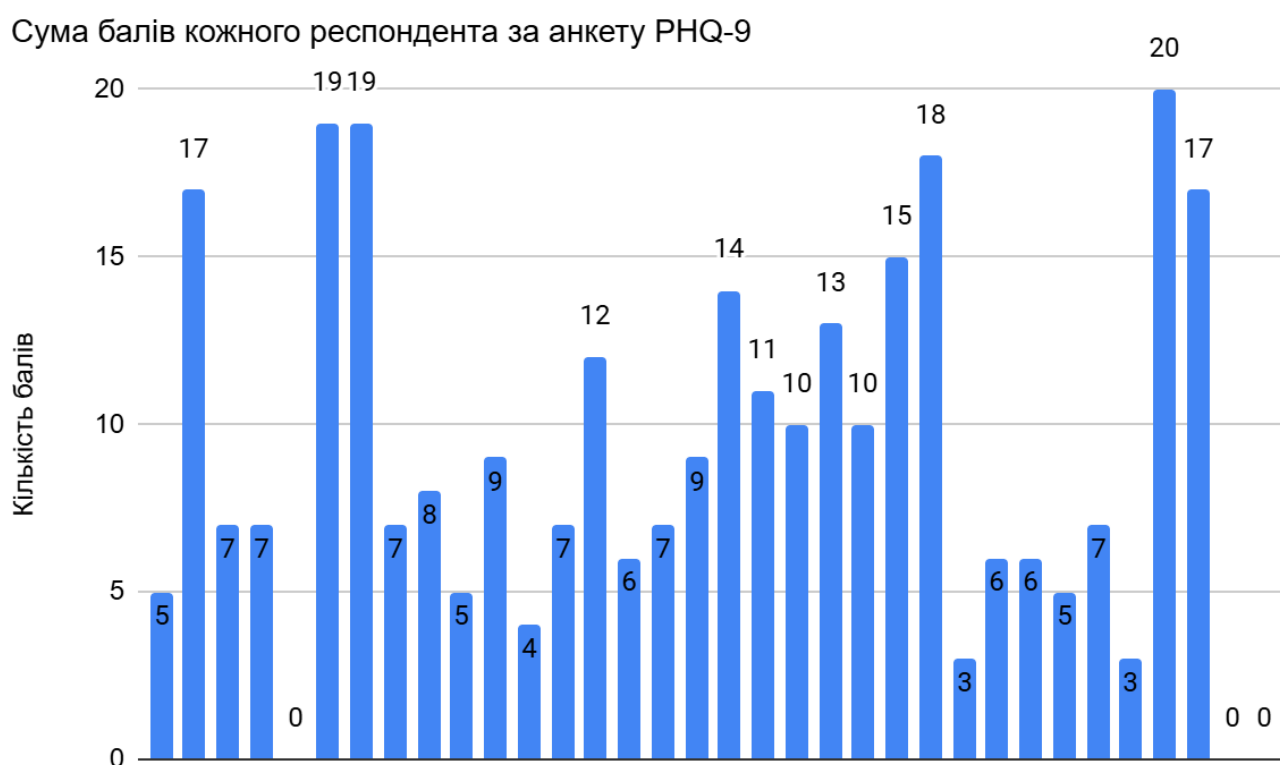


Рис. 2.2.1 Бали респондентів за анкету PHQ-9

Можна побачити, що більшість респондентів має варіант норми, або депресію легкого ступеню.

Оскільки найголовнішим питанням, незалежно від кількості набраних балів, є останнє питання, що стосується суїцидальних думок, пропонуємо розглянути його більш детально на рис. 2.2.2:

Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду
34 відповіді

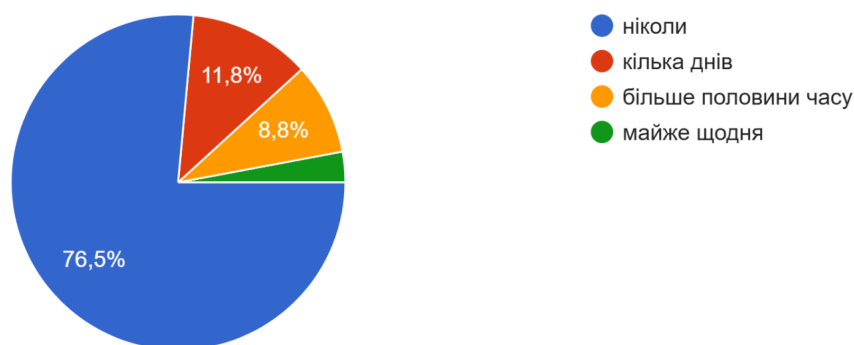


Рис. 2.2.2 Відповідь респондентів щодо суїцидальних думок

Можна побачити, що більшість респондентів ніколи не мала думок щодо заподіяння собі шкоди (26 осіб). Проте, 11% опитуваних (4 особи) вказало, що останнім часом кілька днів вони мали подібні думки, 8% опитуваних (3 особи) мали думки про це більшу половину часу, а одна особа (2,9%) мала такі думки майже щодня. Додатково нами було проаналізовано респондентів (11, 16, 19, 21, 23, 24, 31, 32) які позитивно відповіли на дане запитання. Респонденти 11, 19, 23, 24 та 31 мали високий рівень тривоги, а респонденти 16, 21 та 32 мали середній рівень тривоги по шкалі Бека. Водночас, респонденти 11, 19, 23, 24, 21 вказали, що їх вага з початку повномасштабного вторгнення трішки збільшилась, респондент 31 - вага значно збільшилась, респондент 32 - вага значно зменшилась.

У блоці впливу подій використовувалася Шкала впливу подій. Нами було обчислено загальний бал (сума всіх відповідей) і, відповідно, три субшкали - уникнення, інтрузії, гіперзбудження.

Проаналізувавши результати, можна зробити висновок, що більша половина респондентів має виражену субшкалу інтрузій та уникнення. Інтрузії включають небажані, повторювані та нав'язливі думки, спогади, образи або кошмари, пов'язані з травматичною подією. Це свідчить про те, що половині вибірки (18 респондентів)

травматичний досвід може заважати повсякденному життю та мисленню. Уникнення, в свою чергу, пов'язане зі спробами уникнути думок, почуттів, розмов, місць, людей або ситуацій, що нагадують про травматичну подію. Це може проявлятися як уникнення певних місць, так і уникнення внутрішніх переживань. Велика кількість респондентів (13 осіб), що використовують уникнення, може вказувати на їхню спробу впоратися з травматичним досвідом шляхом відгородження.

Окрім цього, було проаналізовано розподіл балів за кожною субшкалою. Для субшкал «Інтрुзії» та «Уникнення» значна кількість респондентів має бали, що вказують на виражені симптоми (9 та 6 осіб відповідно з балами 2 і більше). Це корелюється з вищесказаною інформацією про те, що 16 та 13 респондентів мають виражену субшкалу за категоріями інтрузії та уникнення відповідно.

Для виявлення наявності статистично значущого зв'язку між змінами харчової поведінки, змінами ваги респондентів, рівнем тривожності та рівнем депресії було застосовано кореляційний аналіз Пірсона (для числових даних) та кореляцію Спірмена (для рангових кореляцій). Розрахунок проводився в Google Excel.

Відповіді на питання «Як змінилася вага?» було закодовано за шкалою: -2 - моя вага значно зменшилася, -1 - моя вага трішки зменшилася, 0 - моя вага не змінилася, 1 - моя вага трішки збільшилася, 2 - моя вага значно збільшилася.

Зміна харчової поведінки була закодована відповідно до логічної послідовності: 1 - не змінилася, 2 - майже не змінилася, 3 - змінилася.

Результати кореляційного аналізу представлені нижче на рис 2.2.3.

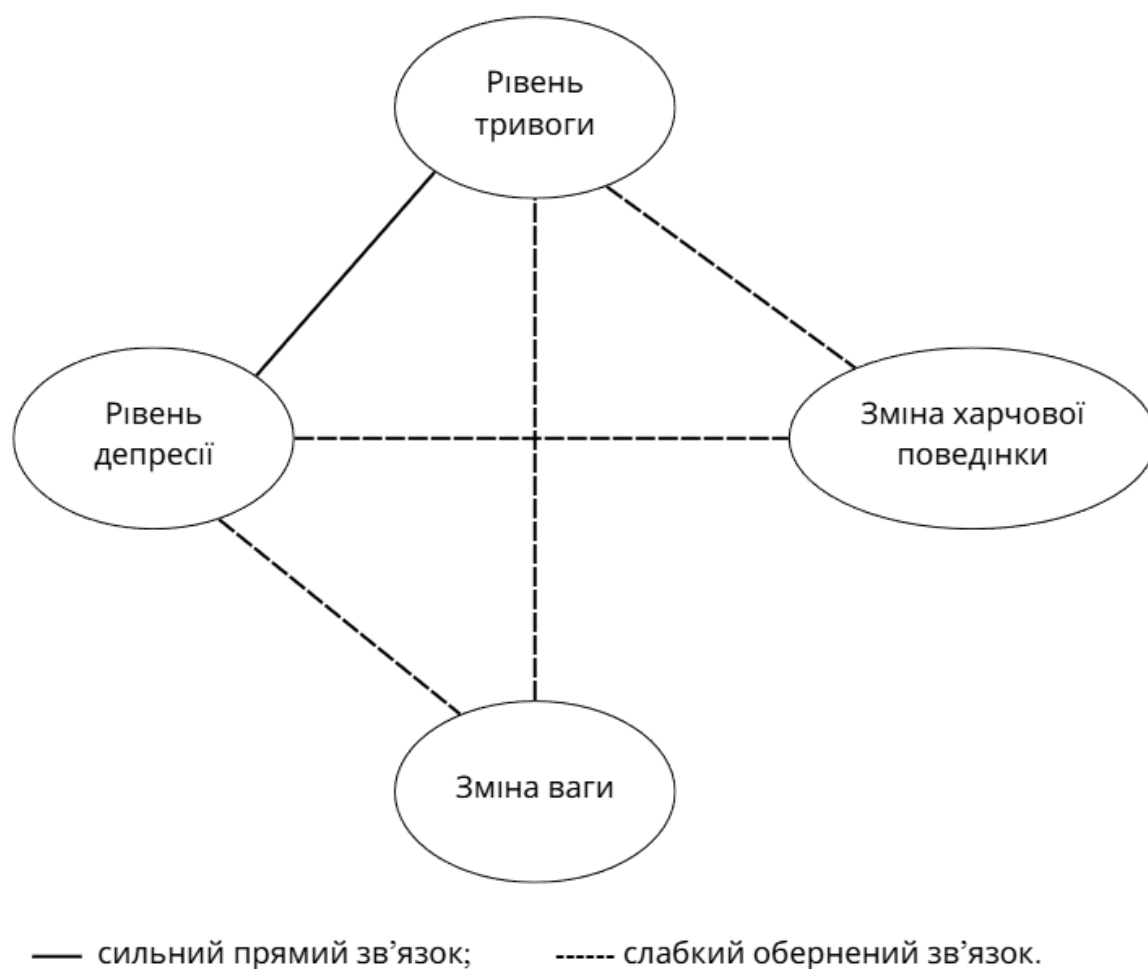


Рис. 2.2.3. Кореляційна плеяда зміни ваги та харчової поведінки з рівнями тривоги та депресії.

Виявлено високо статистично значущий сильний позитивний лінійний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та рівнем тривоги (BAI). Коефіцієнт кореляції Пірсона становить $r = 0,625$, що відповідає зв'язку середньої сили за класифікацією Коена. Значення t-статистики становить $t = 4,53$, що свідчить про відхилення кореляції від нульової гіпотези з високим ступенем впевненості. Значення p-рівня достовірності становить $p = 0,00008$, що значно нижче критичного рівня $\alpha = 0,01$. Отже, зв'язок є статистично значущим на рівні $p < 0,001$, що вказує на високу ймовірність того, що такий зв'язок існує у генеральній сукупності. Результати підтверджують, що чим вищий рівень тривоги у респондентів, тим вираженішими є симптоми депресії, і навпаки.

Між рівнем депресії та зміною харчової поведінки виявлено слабкий негативний монотонний зв'язок ($\rho = -0.16$). Цей зв'язок не є статистично значущим

($t(32)=-0.90$, $p=0.376$), оскільки р-значення значно перевищує $\alpha=0.05$. Також виявлено дуже слабкий негативний монотонний зв'язок між рівнем тривоги та зміною харчової поведінки ($\rho=-0.06$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32)=-0.33$, $p=0.747$). Між рівнем депресії та зміною ваги виявлено надзвичайно слабкий негативний монотонний зв'язок ($\rho=-0.03$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32)=-0.17$, $p=0.864$). Виявлено дуже слабкий негативний монотонний зв'язок між рівнем тривоги та зміною ваги ($\rho=-0.08$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32)=-0.48$, $p=0.637$). Такі результати можуть свідчити про те, що вплив на ту чи іншу змінну не є лінійним.

Додатково було проведено Байєсівський аналіз, для детальнішого дослідження зв'язку між відповідями щодо зміни харчової поведінки та ваги. Як результат, Коефіцієнт Баєса (BF_{10}) склав 35.777, що свідчить про сильне свідчення на користь альтернативної гіпотези, яка стверджує про наявність зв'язку між цими двома категоріальними змінними. Більш детально проаналізувавши відповіді респондентів, виявилось, що значна частина респондентів (41.2%) обрала варіант «моя вага трішки збільшилась», і це є найпоширенішою зміною ваги у вибірці. Особливо помітно, що серед тих, чия харчова поведінка «майже не змінилася», половина повідомила про невелике збільшення ваги. Це може свідчити про вплив інших факторів (стрес, стан здоров'я тощо) на масу тіла навіть при відносно стабільних звичках харчування, або це пояснюється необ'єктивною думкою респондента щодо своєї харчової поведінки. Водночас, у групі, яка повідомила про значну зміну харчової поведінки, більшість респондентів (60%) відзначила невелике зменшення ваги, що може бути індикатором цілеспрямованих зусиль щодо контролю за харчуванням або адаптації до нових обставин. Крім того, серед респондентів, чия харчова поведінка не змінилася, більшість повідомила, що їхня вага також не змінилася.

Також нами було проаналізовано групи респондентів, чия вага так чи інакше змінилася, та обчислили середнє значення рівня тривоги у кожної з них. Групи, де вага значно змінилася (збільшилася або зменшилася), мають середній рівень тривоги, що знаходиться на порозі або вже у діапазоні високого рівня (23 та 19). Група, у якій вага не змінилася, має середній рівень тривоги (18.9), дуже близький до

високого рівня тривоги. Групи, де вага трішки змінилася, мають середній рівень тривоги (17.5 та 15.3) в межах середнього рівня. Високі стандартні відхилення та широкі діапазони мінімум-максимум вказують на значну індивідуальну варіативність рівня тривоги всередині кожної групи. Ці дані підтверджує наявність у групі «Моя вага не змінилася» респондента із високим рівнем тривоги (48 балів). Хоча медіани у групах «Моя вага не змінилася», «Моя вага трішки збільшилася» та «Моя вага трішки зменшилася» знаходяться у діапазоні середнього рівня тривоги, наявна значна кількість балів у верхньому діапазоні (більше 19) у групах. Особливо у тих, хто повідомив про значну зміну ваги. Це вказує на те, що існує тенденція до вищого рівня тривоги у людей, що відчують значні зміни у вазі. Однак, через невеликі розміри деяких підгруп, необхідно проводити подальші дослідження для підтвердження цих спостережень.

Іншим блоком дослідження було виявлення взаємозв'язку між психологічними показниками (PHQ-9, BAI), змінами в поведінці (зміна харчової поведінки, зміна ваги) та впливом стресових/травматичних подій (загальний бал Шкали впливу подій). Варто зазначити, що Шкала впливу подій має три субшкали: уникнення, інтрузії, гіперзбудження. Їх вираховують за допомогою суми окремих питань, яка поділені на 8. Для більш детального аналізу нами було зроблено кореляцію окремо із кожною субшкалою. Між кількісними змінними використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона (r), тоді як для пар із порядковими змінними застосовувався коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s). Результати представлені на рис. 2.2.4.

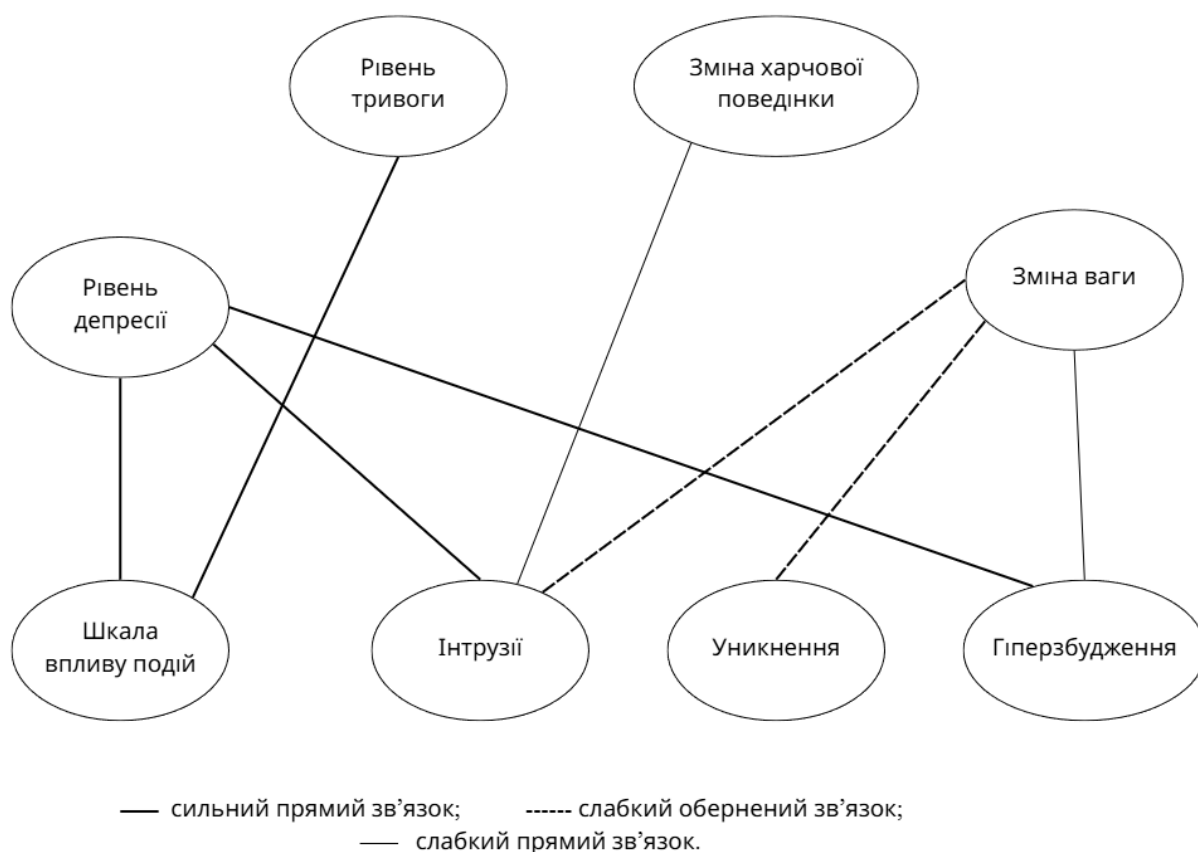


Рисунок 2.2.4. Кореляційна плеяда між психологічними показниками, зміною ваги та впливом стресових подій

Встановлено високо статистично значущий помірний позитивний лінійний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та Загальним балом впливу подій ($r = 0.59$, $t(32) = 4.10$, $p < 0.001$). Це вказує на те, що чим вищий загальний рівень пережитого стресу або травми, тим вираженими є депресивні симптоми. Кореляційний аналіз Пірсона між загальним балом впливу подій (за шкалою IES-R) та рівнем тривоги (за шкалою BAI) виявив статистично значущий, сильний позитивний лінійний зв'язок ($r = 0.66$, $t(df) = 4.92$, $p < 0.001$).

Додатково було проведено кореляційний аналіз між субшкалою "Уникнення" Шкали впливу подій та іншими психологічними показниками і змінами харчової поведінки. Виявлено слабкий негативний монотонний зв'язок між уникненням та зміною харчової поведінки ($r = -0.09$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32) = -0.52$, $p = 0.604$). Між уникненням та зміною ваги також виявлено слабкий негативний монотонний зв'язок ($r = -0.22$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32) = -1.29$, $p = 0.207$).

При кореляційному аналізі між субшкалою Інтрुзивні спогади та іншими змінними встановлено статистично значущий помірний позитивний лінійний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та інтрुзивними думками/спогадами ($r = 0.51$, $t(32) = 3.32$, $p = 0.002$). Це вказує на те, що зі зростанням депресивних симптомів зростає і вираженість нав'язливих думок, пов'язаних з травматичними подіями. Для субшкали "Інтрузії" не було виявлено статистично значущих зв'язків з рівнем тривоги (BAI, $r = 0.26$, $p = 0.142$), кореляційний аналіз Спірмена між показниками субшкали "Інтрузії" (за шкалою IES-R) та зміною ваги виявив слабкий негативний монотонний зв'язок ($\rho = -0.18$). Зі зростанням вираженості симптомів інтрузій, ранги зміни ваги мають тенденцію до незначного зменшення. Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32) = -1.01$, $p = 0.322$), оскільки p -значення значно перевищує стандартний рівень значущості $\alpha = 0.05$. Це означає, що спостережений зв'язок, ймовірно, є випадковим і не відображає реальної закономірності в генеральній сукупності. Таким чином, не можна стверджувати про наявність значущого монотонного зв'язку між інтрузіями та зміною ваги. Кореляційний аналіз Спірмена між показниками субшкали "Інтрузії" (за шкалою IES-R) та зміною харчової поведінки виявив дуже слабкий позитивний монотонний зв'язок ($\rho = 0.07$). Цей зв'язок також не є статистично значущим ($t(32) = 0.41$, $p = 0.683$), оскільки p -значення значно перевищує стандартний рівень значущості $\alpha = 0.05$. Це свідчить про те, що спостережений слабкий зв'язок не відображає реальної закономірності в генеральній сукупності. Таким чином, не можна стверджувати про наявність значущого монотонного зв'язку між інтрузіями та зміною харчової поведінки.

Аналіз кореляційних зв'язків із субшкалою гіперзбудження Шкали впливу подій виявив один статистично значущий зв'язок. Встановлено високий статистично значущий ($p < 0.001$) помірний позитивний лінійний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та симптомами гіперзбудження ($r = 0.61$, $t(32) = 4.31$, $p = 0.000146$). Це означає, що чим вищий рівень депресивних симптомів у респондентів, тим більш вираженими є прояви гіперзбудження, такі як дратівливість, труднощі зі сном, підвищена настороженість та посилена реакція переляку, що пов'язані з пережитими стресовими/травматичними подіями. Водночас, не було виявлено статистично

значущих лінійних або монотонних зв'язків між субшкалою "Гіперзбудження" та рівнем тривоги (BAI, $r = 0.22$, $p = 0.218$), зміною харчової поведінки. Кореляційний аналіз Спірмена між показниками субшкали "Гіперзбудження" (зі шкали IES-R) та зміною ваги виявив слабкий позитивний монотонний зв'язок ($\rho=0.13$). Цей зв'язок не є статистично значущим ($t(32)=0.72$, $p=0.474$), оскільки p -значення значно перевищує стандартний рівень значущості $\alpha=0.05$.

При інтерпретації отриманих результатів, особливо у контексті відсутності статистично значущих позитивних кореляцій між деякими психологічними змінними та показниками зміни ваги/харчової поведінки, необхідно враховувати низку методологічних обмежень, які могли вплинути на виявлення взаємозв'язків. Серед них - це невеликий розмір вибірки (34 респонденти), самозвітний характер зібраних даних (респонденти вказували суб'єктивні дані щодо зміни раціону та маси тіла, що могло викликати подібні результати), індивідуальна варіативність конкретної вибірки.

Отже, враховуючи отримані результати, необхідно сказати, що проблематика взаємозв'язку харчової поведінки та емоційних порушень вимагає більш детального аналізу.

2.3. Перспективи подальших досліджень взаємозв'язку харчової поведінки та емоційних порушень

Аналізуючи етапи та результати емпіричного дослідження, було сформовано рекомендації щодо покращення майбутніх досліджень взаємозв'язку харчової поведінки та емоційних порушень дорослих.

1. Збільшення розміру вибірки. Для підвищення статистичної значимості та можливості виявлення менш виражених, але значущих взаємозв'язків, майбутні дослідження необхідно проводити з більшою кількістю респондентів. Це також дозволить валідно проаналізувати респондентів з урахуванням показників, таких як вік, стать чи статус особи окремо, незалежно один від одного

2. Використання лонгітюдного методу дослідження. Лонгітюдний метод - це метод спостереження, який спрямований на встановлення причин індивідуальних

змін людини або окремих груп людей в різні періоди життя, та пояснює зміни зовнішніх впливів (Толстих, 2014). Наявне дослідження частково обмежує можливість встановлення причинно-наслідкових зв'язків, особливо за відсутності контрольних груп та повторного опитування, як мінімум, для невеликої кількості вибірки. Тому застосування лонгітюдних досліджень дозволить відстежувати динаміку зміни ваги, харчової поведінки та психоемоційного стану протягом тривалого періоду, що дасть змогу визначити послідовність подій та ідентифікувати причини або наслідки певних змін.

3. Додання показників ІМТ задля збільшення об'єктивності та більш поглибленого вивчення проблематики. У власному опитувальнику питання щодо зміни власної ваги - суб'єктивні. Респонденти не мали необхідності надавати конкретні показники власної ваги. У комбінації з тривалим дослідженням, врахування показників ІМТ надасть змогу побачити коливання ваги незалежно від сприйняття рецензента. Згідно з дослідженнями, депресивні розлади часто передують збільшенню ІМТ та ожирінню (Ahmadi at al., 2022). Також, ПТСР є чинником розвитку метаболічного синдрому, при якому також змінюється ІМТ (Yerkhovych at al., 2024). Тому врахування показників ІМТ допоможе більш детально дослідити можливу кореляцію між зростанням ІМТ та депресивними станами чи субшкалами впливу подій.

4. Дослідження того, чи не є зв'язок між депресією/тривогою та харчовою поведінкою/вагою опосередкованим іншими факторами. Задля цього необхідно розширити інструментарій. Як приклад, можна додати методику, спрямовану на дослідження самосприйняття людини та провести кореляцію між самосприйняттям та депресивними станами або зміною ваги. Г. Зоц у дослідженні психологічних аспектів виникнення розладів харчової поведінки у жінок використала опитувальник образу власного тіла (ООВТ), розроблений О. Скугаревським та С. Сивухою та корелювала відповіді з результатами щодо зміни харчової поведінки (Зоц, 2024).

Спираючись на теоретичний розділ дослідження, було сформовано наступні методичні рекомендації, які можна поєднати з наведеними вище рекомендаціями:

1. Доцільним є проведення подальших досліджень із урахуванням особливостей афективної сфери особистості. Для цього можуть підійдути психодіагностичні методики, які дозволять комплексно оцінити рівень емоційної саморегуляції, афективної лабільності та толерантності до стресу. Це дозволить точніше виявити ризики емоційних порушень, що супроводжуються змінами харчової поведінки. Однією з таких методик може виступити DERS - Шкала труднощів у регуляції емоцій, яка включає у себе шість субшкал: неприйняття емоційних реакцій, труднощі з цілеспрямованою поведінкою, відсутність усвідомлення емоцій, обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій та відсутність емоційної чіткості. Іншою шкалою яка, на нашу думку, могла бути б доцільною в умовах дослідження - Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона, яка вимірює адаптивний потенціал опитуваного.
2. Для глибшого розуміння механізмів емоційного переїдання та розладів харчової поведінки в цілому, можна використовувати комбінований підхід, який включає не лише психометричні методики (BAI, PHQ-9, IES-R), але й шкали харчової поведінки (BES, DEBQ тощо), оскільки емоційне переїдання виступає психосоматичним механізмом та дезадаптивною копінг-стратегією, та його необхідно дослідити більш детально. Як приклад, Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) може бути застосований для виявлення екстернальної, обмежувальної та емоційної поведінки; за допомогою опитувальника можна дізнатися, чи схильний респондент до переїдання чи ні.
3. Проаналізувавши проблеми та виклики, з якими стикається психіка дорослої людини, було б доцільно підвищити рівень психологічної просвіти (у форматі відео, лекцій, тренінгів тощо) населення щодо взаємозв'язку харчової поведінки та емоційних порушень. В умовах тривалого стресу, спричиненого війною, значна частина дорослого населення не усвідомлює впливу емоційних станів на власні харчові звички, що може призводити до емоційного переїдання, порушення харчового балансу або, навпаки, обмеження прийому їжі як форми психологічного захисту. Тому важливим напрямом є організація

освітніх заходів, спрямованих на формування в населення розуміння ролі емоцій у регуляції харчової поведінки, розвиток навичок усвідомленого ставлення до їжі, а також вміння розпізнавати власні емоційні стани, вчасно та ефективно боротися зі стресом. Важливим аспектом таких заходів є і залишається активізація внутрішніх ресурсів особистості - пошук і відновлення внутрішніх ресурсних станів, таких як усвідомлення власних тілесних відчуттів, виявлення джерел емоційної підтримки, використання дихальних технік тощо. Реалізація таких програм у межах системи психологічної підтримки населення, яке перебуває в умовах постійного стресу, сприятиме зниженню рівня емоційної напруги, нормалізації харчової поведінки та формуванню стійких адаптивних копінг-стратегій.

Крім вищезазначеного, перспективи подальших досліджень доцільно спрямувати в сторону:

- детальнішого вивчення динаміки проявів харчових та емоційних порушень у дорослих упродовж воєнного та післявоєнного періоду;
- аналізі гендерних та соціальних відмінностей у формування дезадаптивних копінг-стратегій, пов'язаних з харчуванням;
- дослідження взаємозв'язку між тілесністю, образом тіла, самооцінкою та емоційними розладами.

Отже, задля розробки ефективних досліджень у подальшому, на нашу думку, необхідно зосередитися на збільшенні вибірки та розширенні інструментарію, який дозволить розглянути ті чи інші аспекти з різних сторін, враховуючи не тільки суб'єктивні, а й об'єктивні причини виникнення розладів харчової поведінки та емоційних порушень.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Проведене дослідження дозволило виявити низку важливих тенденцій у психологічному стані та харчовій поведінці цивільного населення України в умовах воєнного стресу. Хоча більшість респондентів не повідомили про суттєві зміни у своїй харчовій поведінці, близько половини з них зазначили зміну маси тіла, переважно — у бік її збільшення. Це свідчить про можливий непрямий вплив емоційного стану на тілесні показники, зокрема за рахунок прихованих механізмів копінгу.

Аналіз рівнів тривожності та депресії показав, що значна частина учасників перебуває у стані середнього або високого рівня тривоги. Було встановлено статистично значущий зв'язок між рівнем депресії та рівнем тривоги, а також між депресією та суб'єктивно пережитим травматичним стресом (за шкалою впливу подій). Особливо помітний взаємозв'язок спостерігається між депресивними симптомами та проявами інтрузивних спогадів і гіперзбудження.

Разом із цим, дослідження не виявило статистично значущих монотонних кореляцій між психологічними показниками (PHQ-9, BAI) та змінами харчової поведінки або ваги. Це може бути наслідком методологічних обмежень, зокрема невеликої вибірки, суб'єктивного характеру оцінок та крос-секційного типу дослідження. Тим не менш, Байєсівський аналіз продемонстрував наявність зв'язку між самозвітними змінами харчової поведінки та ваги, що можна дослідити в майбутньому.

Отримані результати підтверджують наявність складного й опосередкованого взаємозв'язку між емоційними порушеннями та змінами в харчовій поведінці й вазі. Подальші дослідження з більшими вибірками, об'єктивними методами вимірювання та лонгітюдним підходом є необхідними для глибшого розуміння цих зв'язків і розробки ефективних психопрофілактичних та корекційних стратегій.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз та емпіричне дослідження дозволили сформулювати наступні висновки.

На основі теоретичного аналізу психологічного конструкту «харчова поведінка» було визначено, що харчова поведінка як феномен формується під впливом як фізіологічних (генетика, біологічні особливості) так і психологічних (стрес, депресія, емоційний стан загалом, харчові звички батьків) чинників. Біологічно харчова поведінка - це про фізіологічну потребу в їжі. Психологічно - це використання їжі як засобу регуляції емоцій та переживань, як позитивних, так і негативних. Найпоширенішими порушеннями харчової поведінки є анорексія, булімія, компульсивне переїдання та орторексія. В свою чергу, емоційні порушення особистості - це такі емоційні стани як депресія, тривога та стрес, які дуже часто виникають через не тільки через невирішені внутрішні конфлікти, а й через зовнішні чинники - економічне становище, соціальне оточення, війна. Емоційні порушення та порушення харчової поведінки негативно впливають на організм людини, знижуючи імунітет та виснажуючи організм в цілому.

Результати емпіричного дослідження емоційних порушень та особливостей харчової поведінки дорослих в умовах воєнного стану свідчать, що значна частина респондентів демонструє високі показники тривожності та депресивних станів, але більшість із них не змінювали своїх харчових звичок. Водночас більшість респондентів не повідомили про суттєві зміни у масі тіла, хоча, згідно з результатами, респонденти мають високі бали за шкалою впливу подій. Це свідчить про те, що події війни хоч і чинять сильний психоемоційний вплив, проте не завжди безпосередньо трансформують харчову поведінку та вагу відповідно.

З'ясовано, що основними корелянтами харчової поведінки людини в умовах постійного стресу виступають інтрузивні спогади та вплив травмуючих подій. Водночас головними корелянтами тривоги є рівень депресії та вплив травмуючих подій. Це підтверджує, що вплив війни як травмуючої події відображається в усіх

аспектах життя дорослих - від харчових звичок і коливань ваги, до рівня тривоги та депресивних станів.

Хоча в емпіричному дослідженні не була підтверджена основна гіпотеза, додатковий аналіз довів, що майже всі респонденти, які хоча б раз замислювались про завдання шкоди собі, мали зміну ваги. Робота дала розуміння того, що проблема впливу війни на психологічний стан та харчову поведінку є складною в своєму розумінні. Відсутність прямого взаємозв'язку в нашому дослідженні не означає його відсутності взагалі. Перспективи дослідження, на нашу думку, полягають у більш детальному аналізі харчової поведінки та емоційних порушень, але з обов'язковим включенням в дослідження таких показників як ІМТ та методики щодо ставлення до власного тіла; в довготривалій перспективі, поєднуючи з ІМТ, зміну ставлення до себе та використанні методики, можна буде побачити більш чітку картину. На нашу думку, поглиблене дослідження дозволить більш коректно дослідити статистичні дані, навіть якщо залишити вибірку в тій самій кількості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Абсалямова Л. М. (2014). Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 19-33.
- Алексєєнко, Н. В. (2022). Незвичні умови існування вимушених емігрантів як фактор екстремального впливу на психіку особистості. *Особистість, Суспільство, Війна*.
- Артеменко, Є. (2021). Теоретичний аналіз співвідношення понять тривога та тривожність особистості. *Освіта і наука*.
- Бріер, Д., & Скотт, К. (2015). *Основи травмофокусованої психотерапії*. Свічадо.
- Брочинська, Т. П. (2023). Розлад харчової поведінки як предмет психологічного аналізу. *Сучасні світові тенденції розвитку науки, освіти, технологій та суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції*, 37–38. <https://www.uzhnu.edu.ua/en/infocentre/get/59408>
- Вініславська, Н. (2024). Психологічні особливості прояву компульсивного переїдання як біохімічної адикції особистості. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр. https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/27728/1/Vinislavska_2024.pdf
- Волошко, Н. (2019). Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (30). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2015-30.%p>
- Волошок, О. (2019). Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (10). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2010-10.%p>
- Гетало, О., & Шевчук, О. (2025). Компульсивне переїдання: через що виникає та як його позбутися. [apteka.net.ua](https://apteka.net.ua/articles/kompulsyvne-pereyidannya-cherez-shcho-vynykaye-ta-yak-yoho-pozbutysya). <https://apteka.net.ua/articles/kompulsyvne-pereyidannya-cherez-shcho-vynykaye-ta-yak-yoho-pozbutysya>
- Гоулман, Д. (2018). *Емоційний інтелект*. Віват.
- Гончаренко, В. (2023, 20 вересня). *Статистика розладів харчової поведінки: що показують цифри | Розлади харчової поведінки: терапія та превенція*. Національна асоціація лікарів та психологів. <https://ed-ua.com/faq/statistika-rozladiv-harchovoyi-povedinki-shho-pokazuyut-tsifri/>
- Гринько, Н., & Сумарюк, Б. М. (2018). Психологічні особливості осіб із порушеннями харчової поведінки (Doctoral dissertation, Заславський О. Ю).
- Дідковська, Л., & Балагурак, О. (2023). Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-столітті. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 15, 17-26.

- Заброцький, М. (2009). *Емоції*. Енциклопедія Сучасної України. <https://esu.com.ua/article-17852>
- Заїченко, А. К., & Капріор, І. О. (2023). Розлад харчової поведінки як наслідок хронічного стресу в умовах війни. *Сучасні аспекти нормальної та патологічної фізіології й їх біохімічні механізми в медицині та фармації*, 242–243. <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/33850/1/242-243.pdf>
- Зоц, Г. (2024). Кваліфікаційна робота магістра на тему: "Психологічні аспекти виникнення розладів харчової поведінки у жінок". Запорізький національний університет.
- Католик, Г. (2024). Особливості самоставлення осіб, які страждають на орторексію. *Phd thesis. Львівський державний університет внутрішніх справ*.
- Кириленко, М. (2019). Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт Практик*, (5), 46-46.
- Ковальська С. (2024) Стиль харчової поведінки серед молоді: аналіз психоемоційних особливостей представників різних соціокультурних поколінь народжених у 1990-2010 рр. : магістерська робота : (053 «Психологія»). Український католицький університет, кафедра клінічної психології. Львів: УКУ, 2024, 59 с.
- Королюк, К., & Петренко, О. (2022). *Звіт про проходження Практики з соціальних досліджень студентами I року магістратури освітньої програми «Соціальні технології»*. https://sociology.knu.ua/sites/default/files/newsfiles/zvit_praktyka_z_social.doslidzhen_2022.pdf
- Лапікоцька, К., Свирида, Р., & Бачук, А. (2023, 23 липня). *Ментальні розлади: що показує дослідження "Anima.ua" серед українців*. [suspilne.media. https://suspilne.media/rivne/525417-mentalni-rozladi-so-pokazue-doslidzenna-anima-ua-sered-ukrainciv/](https://suspilne.media/rivne/525417-mentalni-rozladi-so-pokazue-doslidzenna-anima-ua-sered-ukrainciv/)
- Левандовська, А. (2024, 9 грудня). *За час повномасштабної війни ціни в Україні зросли в середньому на 44%*. [stopcor.org. https://www.stopcor.org/ukr/section-biznes/news-yak-zrosli-tsini-v-ukraini-za-chas-vijni-09-12-2024.html](https://www.stopcor.org/ukr/section-biznes/news-yak-zrosli-tsini-v-ukraini-za-chas-vijni-09-12-2024.html)
- Ляшко В. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я — колосальний. [moz.gov.ua. https://moz.gov.ua/uk/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorov'ja---kolosalnij---viktor-ljashko](https://moz.gov.ua/uk/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorov'ja---kolosalnij---viktor-ljashko)
- Маслюк, А. М. (2011). Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, (11), 454–463.
- Мєдведєва, О. (2023). Психосоматика. Простір психологів. https://psychology.space/psypedia-post/psychosomatyka/?utm_source=chatgpt.com

- Михайлишин, У. (2020). Теоретико-методологічні основи визначення емоційних станів у сучасній психології. *Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends* : Collective monograph., 170–187. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-023-0-11>
- Мудревська К.С. (2022). Психологічні особливості прояву емоційно-чуттєвої сфери осіб дорослого віку. *Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія»*. – Національний авіаційний університет. – Київ, 40 с.
- Нетрусова, С. (2019, 16 квітня). *Види депресії: ендогенна та психогенна депресії*. psyhosoma. <https://psyhosoma.com/uk/vidi-depresiiyi-endogenna-ta-psixogenna-depresi/>
- Овчаренко, О. Ю. (Уклад.). (2023). *Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб.* Університет «Україна», <https://doi.org/10.36994/978-966-388-665-7-2023-266>
- Огоренко В. В., & Шорніков А. В. (2019). Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів. *Вісник проблем біології і медицини*, 4(2) (154), 14-17.
- Омельченко, Я. М. (2009). Вплив тривожних станів різної інтенсивності на навчальну успішність молодших школярів. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент.*, (1), 190–200. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnf_2009_1_18.
- Омельченко, Я. (2008). *Психологічна допомога дітям з тривожними станами*. Шк. світ.
- Орос, М. М., & Іваньо, Т. В. (2018). Панічний і генералізований тривожний розлади. У страху очі великі? *Здоров'я України.*, (3), 17–18. Орос М. М., Іваньо Т. В. Панічний і генералізований тривожний розлади. У страху очі великі?. *Здоров'я України*. 2018. № 3. С. 17–18.
- Павлоцька, Л. Ф., Дуденко, Н. В., & Євлаш, В. В. (2017). *Фізіологія харчування. Підручник*. ХДУХТ, Світ книг.
- Порушення емоційної сфери.* (2024). [ztu.edu.ua. https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/329376/mod_resource/content/1/Лекції%205-6.pdf](https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/329376/mod_resource/content/1/Лекції%205-6.pdf)
- Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та допомогти?* (2023). Ресурсна психологія та психотерапія. <https://arpp.com.ua/blog/ptsd-in-the-military/>
- Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги.* (2022). Gradus. <https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>

- Радул, І. Г. (2018). Депресивність як психологічний феномен. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, том IX* (11), с. 76–85.
- Різниця між «нормальним» та «патологічним» горем. (б. д.). MARTA. <https://marta.mva.gov.ua/articles/riznitsia-mizh-normalnim-ta-patologichnim-gorem>
- Розов, В. І. (2024). Депресивні стани в умовах війни та адаптивна психологічна допомога. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів*, 169–171.
- Романчук, О. (2017). Когнітивно-поведінкова терапія депресії. <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf>
- Саржевський, С. (2017). Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчальнометодичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія».
- Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. (2022). *Загальна психологія. Навч. посіб.* К.: Центр учбової літератури, 296 с.
- Столяр, В. В. (2024). Розлади харчової поведінки у дорослих та фактори, що сприяють їх виникненню. *Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія*. Волинський національний університет імені Лесі Українки.
- Сухомлінова, Ж. В., & Демочко, Г. Л. (2020). Психогенне (компульсивне) переїдання: наслідки та критерії діагностики. *Published on*, 363.
- Табуненко, В. О. (2020). Депресія як хвороба сучасності. *Проблеми цивільного захисту населення та безпеки життєдіяльності: сучасні реалії України*, с. 151–152.
- Толстих, Н. (2014). Соціальна психологія розвитку. https://stud.com.ua/53528/psihologiya/sotsialna_psihologiya_rozvitku
- Трофімов, Ю., Рибалка, В., & Гончарук, П. (2001). Психологія: підручник. Либідь.
- Фатєєва, М. С. (2015). Проблеми висвітлення явища орторексії у працях сучасних зарубіжних психологів. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка*, 9(7), 336-341.
- Харченко, Ю. О. (2023). Харчова поведінка особистості в умовах воєнного стану.
- Царькова, О. В. (2015). Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології*, 7(38), 479–491. http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsu_2015_7_38_43.
- Шевчук, О. М., & Суртаєва, Н. В. (2023, 15 листопада). *Анорексія: симптоми, причини та методи лікування*. apteka.net. <https://apteka.net.ua/articles/anoreksiya-symptomy-prychyny-ta-metody-likuvannya>
- Шевчук, О. М., & Яковлева, О. С. (2023, 14 листопада). *Види депресії: чим відрізняються та як з ними боротися*. apteka.net.

<https://apteka.net.ua/articles/vydy-depresi-yi-chym-vidriznyayutsya-ta-yak-z-nymy-bo-rotysya>

Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. (2019). [moz.gov.ua.
https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad?__cf_chl_tk=twmIOG8.q6dFjnhxwtOIYeDU7Y9Tmg1YmVo0aVEgugY-1738436889-1.0.1.1-eg7Yzzkmtjd8GKdlt2.yIvZ5B8lufCJ0I7aAh4iVnyg](https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad?__cf_chl_tk=twmIOG8.q6dFjnhxwtOIYeDU7Y9Tmg1YmVo0aVEgugY-1738436889-1.0.1.1-eg7Yzzkmtjd8GKdlt2.yIvZ5B8lufCJ0I7aAh4iVnyg)

Штриголь, Д. В. (2010, 12 вересня). *Емоційні порушення*. Фармацевтична енциклопедія.

<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2345/emocijni-porushennya>

Шурмакевич В. (2024, 9 квітня). Майже 80% українців відчують стрес та сильну знервованість – опитування. Українська правда. Життя. <https://life.pravda.com.ua/society/cherez-povnomasshtabne-vtorgnennya-bilshist-ukrajinciv-vidchuvayut-stres-opituvannya-300959/>

Юрценюк, О. С. (2023). Вплив війни на психічне здоров'я українців: чинники формування невротичних та стрес-асоційованих психічних розладів. сучасний стан питання. *Art of medicine.*, (2), 248–251. http://nbuv.gov.ua/UJRN/artmed_2023_2_41.

Ясточкіна, І. А. (2020). Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки.*, (6), 165–170. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlups_2020_6_26.

Ясточкіна, І. А. (2015). Проблема тривоги та тривожності: соціальний аспект. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія II : Соціальна робота. Соціальна педагогіка.*, (20), 197–203. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_011_2015_20_28.

Adams, Rachel C.; Sedgmond, Jemma; Maizey, Leah; Chambers, Christopher D.; Lawrence, Natalia S. (2019). Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating. *Nutrients*, 11(9), 2086–. doi:10.3390/nu11092086

Ahmadi, R., Rahimi-Jafari, S., Olfati, M., Javaheripour, N., Emamian, F., Ghadami, M. R., Khazaie, H., Knight, D. C., Tahmasian, M., & Sepehry, A. A. (2022). Insomnia and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis on interrelated association (n = 57,618) and prevalence (n = 573,665). *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 141, 104850. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104850>

APA Dictionary of Psychology (2018). *Anxiety*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/anxiety>

APA Dictionary of Psychology (2018). *Emotional disorder*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/emotional-disorder>

APA Dictionary of Psychology. (2023). *Affective tone*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/affective-tone>

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bard, P. (1934). On emotional expression after decortication with some remarks on certain theoretical views: Part 1. *Psychological Review*, 41(4), 309–329. <https://doi.org/10.1037/h0070765>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Blumer, H. (1928). Understanding Human Nature. Alfred Adler, Walter Beran Wolfe. *American Journal of Sociology*, 34(2), 391–393. <https://doi.org/10.1086/214682>
- Booth, D. (2016). *The Psychology of Nutrition*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203970492>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1 Attachment*. Attachment and Loss. New York Basic Books.
- Bratman S., Knight D. (2000) *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa– Overcoming the Obsession With Healthful Eating*. New York, NY: Broadway Books.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *The International journal of eating disorders*, 27(1), 1–20. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200001\)27:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-q)
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W W Norton & Co
- Cherry, K. (2018, 3 травня). *The 6 Types of Basic Emotions and Their Effect on Human Behavior*. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/an-overview-of-the-types-of-emotions-4163976>
- Cherry, K. (2024, 24 листопада). *How Psychoanalytic Therapy Works*. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-psychoanalytic-therapy-2795467>
- Craig G.J. (1996) *Human development* / Grace J. Craig.– New Jersey: Prentice-Hall. 760
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. John Murray. <https://doi.org/10.1037/10001-000>
- Depressive disorder. (2023). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Desmet, P. M., & Schifferstein, H. N. (2008). Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite*, 50(2-3), 290–301. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.08.003>
- Dolan, R.J. (2002) *Emotion, Cognition and Behaviour*. *Science*, 298, 1191-1194. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1076358>

- Eating disorder. (2018). APA Dictionary of Psychology. [https://dictionary.apa.org/eating-disorder?utm_source=google&utm_medium=ppc&utm_feeditemid=&utm_device=c&utm_term=marketing%20digital%20curso&utm_campaign=\[S\]%20C_Gestão%20De%20Marketing%20Em%20Mídias%20Digitais](https://dictionary.apa.org/eating-disorder?utm_source=google&utm_medium=ppc&utm_feeditemid=&utm_device=c&utm_term=marketing%20digital%20curso&utm_campaign=[S]%20C_Gestão%20De%20Marketing%20Em%20Mídias%20Digitais)
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In T. Dalgleish and M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (Chapter 3). Sussex, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Erskine, Holly E.; Whiteford, Harvey A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 1–. doi:10.1097/YCO.0000000000000449
- Géssica D., Garcia D., Alcalá P (2018). Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases
- Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11: Paper 5 of 7 of the thematic section: 'A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11.' *Psychological Medicine*, 39(12), 2043–2059. doi:10.1017/S0033291709990298
- James, W. (1904). *The principles of psychology*. (2-ге вид.).
- Izard, C. E. (1977). *Human Emotions (Emotions, Personality, and Psychotherapy series)*. Springer Science.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0615-1>
- Freud, S. (1915) The Unconscious. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* 14:159-215
- Freud, S. (1920). A General Introduction to Psychoanalysis. New York: G. Stanley Hall.
- Freud, S. (1935). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 4(4), 616–625. <https://doi.org/10.1080/21674086.1935.11925261>
- Kendall, M. D. (2022). Теорія особистості в культурному контексті. [https://ukrayinska.libretexts.org/Соціальні_науки/Психологія/Книга:_Теорія_особистості_в_культурному_контексті_\(Kelland\)](https://ukrayinska.libretexts.org/Соціальні_науки/Психологія/Книга:_Теорія_особистості_в_культурному_контексті_(Kelland))
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. doi: 10.1097/YCO.0000000000000750
- Koolhaas, J.M., Bartolomucci, A., Buwalda, B.D., De Boer, S.F., Flügge, G., Korte, S.M., Richter-Levin, G. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 1291–1301. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.02.003.
- Kraiss, J. T. et al. (2020) 'The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis,' *Comprehensive Psychiatry*, 102, p. 152189. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152189.

- Labouvie-Vief, G. (1991). Emotional regulation in adulthood and later life: A developmental review. *Annual review of gerontology and geriatrics.*, 172–194.
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., & Wadsworth, T. (2015). Happiness and longevity in the United States. *Social science & medicine* (1982), 145, 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.020>
- LeDoux J. (2003). The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and molecular neurobiology*, 23(4-5), 727–738. <https://doi.org/10.1023/a:1025048802629>
- Liu, C., Xie, B., Chou, C.-P., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., Sun, P., Guo, Q., Duan, L., Sun, X., & Anderson Johnson, C. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of Chinaseven cities. *Physiology & Behavior*, 92(4), 748–754.
- Lytvynenko, O., & König, L. M. (2024). Investigation of Ukrainian refugees' eating behavior, food intake, and psychological distress: Study protocol and baseline data. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(3), 923–943. <https://doi.org/10.1111/aphw.12477>
- Maslow, A.H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. <http://dx.doi.org/10.1037/h0054346>
- Meule, A., & Vögele, C. (2013). The psychology of eating. *Frontiers in psychology*, 4, 215. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00215>
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological bulletin*, 135(2), 303–321. <https://doi.org/10.1037/a0014823>
- Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?. *Psychological review*, 97(3), 315–331. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.3.315>
- Patterson, C. (2022). *I.C.A.T Interpersonal Communication Abridged Textbook (Gerber and Murphy)* (J. Gerber, H. Murphy & G. Murphy, Ред.). <https://commons.libretexts.org/book/socialsci-114733>
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*.
- Rothschild B., Farkas H. (2019) *8 keys to end emotional eating*. Norton & Company, Incorporated, W. W., 200 p.
- Romano E., Haynes A., E. (2018). Weight Perception, Weight Stigma Concerns, and Overeating <https://doi.org/10.1002/oby.22224>.
- Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovinich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports*, (10), Стаття 11112. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill, 324 p.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*.

- Turton, R., Chami, R., & Treasure, J. (2017). Emotional Eating, Binge Eating and Animal Models of Binge-Type Eating Disorders. *Current obesity reports*, 6(2), 217–228. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0265-8>
- White J. (2000) Symptom development in bulimia nervosa: a comparison of women with and without a history of anorexia nervosa. *Arch. Psychiatr. Nurs.* (2). 81-92.
- Winkielman, P., Berridge, K. C., & Wilbarger, J. L. (2005). Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence consumption behavior and judgments of value. *Personality & social psychology bulletin*, 31(1), 121–135. <https://doi.org/10.1177/0146167204271309>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Scaling-up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>
- Yau, Y., & Potenza, M. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), 255–267
- Yerokhovych, V., Komisarenko, Y., Karpenko, O., Pankiv, V., Kobylak, N., Bobryk, M., Kyriienko, D., Gurska, K., Kaplina, A., & Vasiuk, V. (2024). Assessment of renal and cardiovascular risks in patients with type 2 diabetes when using non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonists. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY* (Ukraine), 19(8), 579–585. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.19.8.2023.1341>
- Zhou, Y., and Tse, C.-S. (2020). The taste of emotion: metaphoric association between taste words and emotion/emotion-laden words. *Front. Psychol.* 11:986. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00986

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитування щодо емоційного стану під час війни.

Вітаємо! Це опитування створено з метою вивчення впливу війни на психологічний стан людей та їхню харчову поведінку. Ваші відповіді допоможуть нам краще зрозуміти, як стресові ситуації змінюють звички харчування і впливають на емоційний стан.

Анкета є анонімною, і вся інформація буде використана лише в узагальненому вигляді для наукових або дослідницьких цілей.

1. Я погоджуюся взяти участь у дослідженні та дозволяю використовувати надані мною дані у дослідницьких цілях.

☐ Так

2. Ваша стать

☐ Чоловіка

☐ Жіноча

3. Ваш вік

☐ 18-35

☐ 35-64

☐ 65+

4. Ваш статус

☐ Цивільна особа

☐ Служу в ЗСУ

☐ Перебуваю за кордоном

☐ ВПО

Харчова поведінка під час повномасштабного вторгнення

5. Чи змінилася ваша харчова поведінка з початку повномасштабного вторгнення?

☐ Значно змінилася

☐ Майже не змінилася

☐ Не змінилася

6. Чи змінилася ваша вага з початку повномасштабного вторгнення?

☐ Моя вага значно збільшилася

☐ Моя вага трішки збільшилася

☐ Моя вага не змінилася

☐ Моя вага трішки зменшилася

☐ Моя вага значно зменшилася

Шкала оцінки емоційного стану

Прошу обрати одну з можливих відповідей на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко. Чи турбують вас якісь з перерахованих симптомів і як часто?

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

2. Відчуття жару:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

3. Тремтіння в ногах:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

4. Неможливість розслабитись:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

5. Страх, що станеться найгірше:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

6. Головокружіння:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

7. Прискорене серцебиття:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

8. Нестійкість, нестабільність:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

9. Відчуття жаху, це кінець:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

10. Дратівливість:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

11. Тремтіння в руках:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

12. Відчуття задухи:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

13. Нерівна хода:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

14. Страх втрати контролю:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

15. Труднощі з диханням:

☐ Зовсім не турбує

☐ Злегка турбує

☐ Середньо турбує

☐ Дуже турбує

16. Страх смерті:

☐ Зовсім не турбує

- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

17. Переляк:

- ☐ Зовсім не турбує
- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

18. Шлунково-кишкові розлади:

- ☐ Зовсім не турбує
- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

19. Непритомність:

- ☐ Зовсім не турбує
- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

20. Прилив крові до обличчя:

- ☐ Зовсім не турбує
- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою):

- ☐ Зовсім не турбує
- ☐ Злегка турбує
- ☐ Середньо турбує
- ☐ Дуже турбує

Вплив подій

Ви зараз проживаєте в умовах війни. Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 14 днів.

1. Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

2. Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

3. З різних причин я знову і знову починав (-ла) думати про цю подію.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

4. Я відчував (-ла) роздратування і злість.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно

☐ дуже сильно

5. Я намагався (-лася) не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи вона нагадувалася мені.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

6. Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

7. Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

8. Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

9. Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.

☐ ані-трохи

- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

10. Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

11. Я намагався (-лася) про це не думати.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

12. Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла).

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

13. Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

14. Я помітив (-ла), що я поводжуся або почуваюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

15. Мені було важко засинати.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

16. На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

17. Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно
- ☐ досить сильно
- ☐ дуже сильно

18. Мені було важко зосереджуватися.

- ☐ ані-трохи
- ☐ трохи
- ☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

19. Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

20. Це мені снилося.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

21. Я почуваюся (-лася) цілий час «на

поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

22. Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.

☐ ані-трохи

☐ трохи

☐ помірно

☐ досить сильно

☐ дуже сильно

Анкета самопочуття

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ.

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

4. Відчуття втоми або зниження енергії

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

5. Поганий апетит або переїдання

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня

9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

- ☐ ніколи
- ☐ кілька днів
- ☐ більше половини часу
- ☐ майже щодня