

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічний тренінг як метод зниження інтенсивності проявів
компульсивного переїдання та стресу у жінок**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-233 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Очман О.П.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н.
Максимчук М.О.
д.психол.н., с.н.с.
Лисенко І.П.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Метою дослідження було теоретичне та експериментальне обґрунтування ефективності авторської програми групового тренінгу як методу зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання у жінок. На етапі констатувального експерименту досліджено чинники переїдання на вибірці зі 175 українок віком від 18 до 73 років. У третини учасниць виявлене переїдання середнього чи важкого ступеню та високий рівень стресу. Використані інструменти: шкала компульсивного переїдання (BES), шкала сприйняття стресу (PSS-10) та опитувальник копінг-стратегій (COPE).

На етапі формувального експерименту проведено тренінг для 18 жінок з експериментальної групи, які мали високі показники компульсивного переїдання. На контрольному етапі проведено порівняння показників до і після тренінгу. Аналіз показав статистично значущу різницю в експериментальній групі і не показав такої в контрольній. Експериментальна група розвинула навички подолання стресу, опрацювання емоцій на метафоричному рівні та використання соціальної підтримки.

ПЕРЕЛІК КЛЮЧОВИХ СЛІВ: компульсивне переїдання, стрес, копінг-стратегії, тренінг, жінки, Україна, війна

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:

КП - компульсивне переїдання

РХП - розлад харчової поведінки

КПТ - когнітивно-поведінкова терапія

ДБТ - діалектично-біхевіоральна терапія

ППТ - позитивна психотерапія за Н. Пезешкіаном

ТА - транзактний аналіз

ІLET - Internal language enhancement therapy (терапія внутрішнього мовного посилення)

BES - Binge eating scale (Шкала компульсивного переїдання)

PSS - Percieved Stress scale (Шкала сприйнятого стресу)

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СТРЕСОМ	15
1.1 Вступ до проблематики компульсивного переїдання	15
1.1.1 Визначення компульсивного переїдання і проблеми діагностування....	15
1.1.2 Історія досліджень компульсивного переїдання	20
1.1.3 Коморбідність компульсивного переїдання	26
1.2 Психологічні чинники розвитку компульсивного переїдання	29
1.2.1 Залежність між емоціями і компульсивним переїданням	29
1.2.2 Особистісні риси жінок, схильних до компульсивного переїдання	30
1.3 Взаємозв'язок стресу і компульсивного переїдання	31
1.3.1 Стрес як ключовий фактор ризику компульсивного переїдання.....	31
1.3.2 Вплив стресу війни на харчову поведінку	33
Висновки до розділу 1	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ РІВНЕМ СТРЕСУ, ТЯЖКІСТЮ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЯМИ	37
У	37
ЖІНОК	37
2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження	37
2.2 Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження	42
Висновки до розділу 2	55

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТРЕНІНГУ ЗІ ЗНИЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПРОЯВІВ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА СТРЕСУ У ЖІНОК	57
3.1 Поняття тренінгу в сучасній науці як методу роботи з розладами харчової поведінки та стресом	57
3.2 Організація тренінгу	58
3.3 Дизайн програми авторського тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання та стресу у жінок	59
Висновки до розділу 3	82
РОЗДІЛ 4. ДОВЕДЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГУ ЗІ ЗНИЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПРОЯВІВ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА СТРЕСУ У ЖІНОК	83
4.1 Організація та проведення дослідження ефективності тренінгу	83
4.2 Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження ефективності тренінгу	85
Висновки до розділу 4.....	94
ВИСНОВКИ	95
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	98
ДОДАТКИ	105

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогодні компульсивне переїдання – найбільш поширений розлад харчової поведінки в світі. Вважається, що протягом свого життя з ним стикаються 3,5% жінок і 2% чоловіків в усій популяції (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Кількість людей, що страждають на компульсивне переїдання стабільно зростає, і за оцінками звіту STRIPED Harvard (Стратегічна навчальна ініціатива з профілактики розладів харчової поведінки), до 2030 року в США буде вже мільйон чоловіків з таким розладом, і півтора мільйони жінок (Deloitte Access Economics, 2020).

В Європі це також поширена проблема, тому в багатьох країнах проводять національні дослідження. З вражаючих результатів – зокрема в Словенії було виявлено, що 30% дорослих демонструють клінічно значущі симптоми компульсивного переїдання (Bizjak & Adamič, 2023).

Класично розлад компульсивного переїдання проявляється найпізніше з усіх розладів харчової поведінки. Середній вік його маніфестації – 25 років (Hudson et al., 2007). Проте протягом останніх двох десятиліть розлад стабільно «молодшає» – на нього дедалі більше страждають діти (Pastore, Indrio, Bali, Vural, Giardino & Pettoello-Mantovani, 2023). Дані, що непокоять науковців, медиків і політиків надходять з Данії: 8,5% підлітків щотижня мають епізоди компульсивного переїдання (Olsen, Koch, Skovgaard & Strandberg-Larsen, 2021). Також, згідно з дослідженнями, підлітки стали частіше страждати на цей розлад у США, Великій Британії, Франції та Італії.

Більше половини людей з розладом компульсивного переїдання повідомляють про те, що він спричиняє проблеми в їхньому соціальному функціонуванні і заважає займатися повсякденною діяльністю (Udo & Grilo, 2018). Крім того, що від розладу страждають окремі люди, це значним чином навантажує системи охорони здоров'я і соціальної підтримки по всьому світу,

адже розлад компульсивного переїдання призводить до низки смертельно небезпечних соматичних хвороб, а також у 94% пацієнтів з цим діагнозом присутні коморбідні психічні захворювання (Keski-Rahkonen, 2021). Компульсивне переїдання значно більш загрозливе для життя і здоров'я, ніж прийнято було уявляти у попередні десятиліття. В Сполучених штатах 34% підлітків з компульсивним переїданням висловлювали суїцидальні думки (Deloitte Access Economics, 2020). Серед дорослих близько 23% людей з розладом компульсивного переїдання здійснювали спроби суїциду (Keski-Rahkonen, 2021). І хоча високий рівень коморбідності не дозволяє говорити, що безпосередньо компульсивне переїдання є причиною суїцидальної поведінки, воно точно є частинкою пазлу, яка доповнює загальну картину і негативно впливає на різні аспекти життя людини.

Загалом компульсивне переїдання може бути пов'язане з різними чинниками, і одним з важливих дослідники називають фактор стресу. В Україні не проводилися дослідження компульсивного переїдання національного масштабу, проте рівень стресу, з яким щодня стикаються наші співгромадяни беззаперечно є дуже високим: непередбачуваність життя загалом, порушення рутини і зокрема здорового нічного сну внаслідок повітряних тривог і вибухів, відключення світла і супутні проблеми роблять значний негативний внесок в психологічний стан українців в Україні. Українці за кордоном при цьому також дуже вразливі: на них відчутно впливають такі фактори як тривога за близьких, відчуття втрати дому, туга за батьківщиною, труднощі адаптації.

Подібний хронічний стрес, тривожні і депресивні стани, гнів, апатію люди часто заїдають так званою «комфортною їжею» (Cohen, 2000). Неконтрольований стрес змінює харчові звички, змушує споживати смачніші, але й шкідливіші продукти, що призводить до певних нейробіологічних адаптацій, і внаслідок них харчова поведінка стає все більш і більш компульсивною (Yau & Potenza, 2013).

Важливо також зазначити, що культура харчування в Україні перебуває під впливом не лише війни, але й колективної трансгенераційної травми Голодомору, яка досі знаходить відображення у звичках, традиціях, страхах і внутрішніх конфліктах вже третього-п'ятого покоління українців. За таких передумов українці, імовірно, можуть бути особливо вразливими до розвитку розладів харчової поведінки, які наразі стрімко поширюються в усьому світі. Таким чином дослідження компульсивного переїдання і заходів з його подолання саме в Україні є дуже актуальними, і, можна припустити, нагальними.

Як було зазначено вище, розлад компульсивного переїдання частіше спіткає жінок, ніж чоловіків, тому в ході нашого дослідження ми розробимо і апробуємо авторську програму тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання для жінок.

Теоретико-методологічне обґрунтування. Дизайн програми базуватиметься на дослідженні чинників компульсивного переїдання на нашій власній вибірці, на теоретичних працях таких визнаних в світі вчених як А. Станкард (1959), Дж. Поліві та С. Петер Герман (1985), Дж. Коен (2000), Т. Хітертон та Р. Баумейстер (1991), К. Ізард (1991), Р. Лазарус та С. Фолкнер (1984) та сучасних науковиць як Л. Абсалямова (2019), Л. Юр'єва (2022), Н. Ремесник (2023), В. Шебанова (2017), Т. Вознесенська (2004), Е. Бертон та М. Еббот (2019), І. Йо (2013). А також на практичних розробках таких сучасних психотерапевтів і дослідників розладів харчової поведінки як Барбара Перлман (2018), Дебра Сафер, Сара Адлер та Філіп Массон (2018).

У книзі Барбари Перлман (2018) підіймається тема переосмислення підходу до розладів харчової поведінки: вчена говорить про те, що інтенсивні прояви РХП трапляються тоді, коли мислення працює на «конкретному» рівні, а не символічному (Pearlman, 2018). Дивлячись з перспективи водночас нейробіології емоцій, психоаналітичної теорії та когнітивно-біхевіоральної

психотерапії вона намагається віднайти найкращий спосіб зцілення для людей з різними типами РХП. Науковиця працює у власному методі ILET (Internal language enhancement therapy), що можна перекласти як терапія внутрішнього мовного посилення – вона базується на дискретній моделі нейроемоційної обробки (Pearlman, 2018). «Метою інтервенції в підході ILET є створення або зміцнення недостатньо задіяних мозкових шляхів до символічних функцій за допомогою аналізу емоційного матеріалу» (Pearlman, 2019; 1392). Після визначення емоційного тригера його досліджують метафоричною, символічною мовою, що врешті сприяє відновленню потрібних зв'язків (Pearlman, 2019). Ми розробили одну з вправ для тренінгу на основі тез Барбари Перлман (2018, 2019) в тому числі з дослідницького інтересу – наскільки її гіпотеза спрацює на експериментальній групі українок.

Щодо подальших перспектив дослідження, метод ILET ще не поширений в Україні і представляє велику цікавість для дослідників компульсивного переїдання та результативності його терапії.

Дебра Сафер, Сара Адлер та Філіп Массон (2018) багато років працюють з пацієнтами з розладами харчової поведінки і розробили власну програму у підході діалектично-біхевіоральної терапії, вони зазначають, що це єдина програма, що фокусується першочергово і переважно на зв'язку між емоційною дисрегуляцією пацієнта та компульсивним переїданням (Safer, Adler & Masson, 2018). Задля подолання РХП і зокрема переїдання, вони пропонують розвивати такі три основні навички як усвідомленість, емоційна регуляція та толерантність до дистресу (Safer et al., 2018). Програма Сафер, Адлер та Массон (2018) наразі представлена як робочий зошит із завданнями для самодослідження і самопомоги. Кілька їхніх ідей ми застосували і розвинули у своєму тренінгу. Подібний робочий зошит самопомоги, але на основі інших доведених гіпотез щодо чинників компульсивного переїдання можна було би розробити на основі таких тренінгів як наш, які довели свою ефективність на більших вибірках.

Також важливим нам видається факт тісного прямопропорційного зв'язку між розладами харчової поведінки та алекситимією. Він доведений багатьма експериментальними дослідженнями, теоретичним оглядом літератури Матільдою Новаковскі і колегами (Nowakowski, McFarlane & Cassin, 2013), а також систематичним оглядом практичних досліджень групою вчених у Лондоні та Тбілісі на чолі з Хітером Вествудом, яка розглянула 44 релевантних роботи (Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl & Tchanturia, 2017). Потенціал розвитку нашої теми полягає в тому, що саме щодо взаємозв'язку між компульсивним переїданням як окремим розладом та алекситимією наразі існує найменше інформації (Westwood et al., 2017), в цій площині на нас можуть чекати нові відкриття.

Отже, **об'єктом** нашого дослідження є компульсивне переїдання як один з розладів харчової поведінки. **Предметом** – психологічний тренінг як метод зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання у жінок.

Мета дослідження – теоретично та експериментально обґрунтувати ефективність програми групового тренінгу як методу зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання у жінок.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до компульсивного переїдання та чинників, що на нього впливають;
2. Емпірично дослідити зв'язок між компульсивним переїданням, стресом та копінг-механізмами у жінок на власній вибірці;
3. На основі отриманих даних розробити та апробувати програму групового психологічного тренінгу для жінок з метою зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання;

4. Емпірично довести ефективність розробленої програми групового психологічного тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання.

Для вирішення поставлених завдань ми використовували наступні **методи дослідження**:

1. **Теоретичні методи** – це аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація наукової літератури;
2. **Емпіричні методи дослідження**:
 - Авторська анкета;
 - Шкала компульсивного переїдання Binge Eating Scale BES, що показує тяжкість проявів компульсивного переїдання в балах діапазоном від 0 до 46, після чого респонденту можна присвоїти ступінь КП – легкий, середній або тяжкий (Юр'єва, Огоренко, Шорніков, & Кокашинський, 2022);
 - Шкала суб'єктивно сприйнятого стресу PSS-10, що дає оцінку сприйняття власного стресу, непередбачуваності, неконтрольованості і перевантаженості життя, в діапазоні від 0 до 40 балів (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983);
 - Українська версія диспозиційного опитувальника «COPE», що вимірює ситуаційні реакції, стратегії та диспозиційні стилі, в результаті чого ми оцінюємо кількість балів за 15 шкалами, що відповідають 15 стратегіям подолання стресу (Kovalenko, 2019).
3. **Статистико-математичні методи**: описова і порівняльна статистика, коефіцієнт Альфа-Кронбаха, U-критерій Манна-Уїтні, T-критерій Стьюдента, W-критерій Вілкоксона, кореляційний аналіз, регресійний аналіз із застосуванням програм Google Spreadsheets, Jamovi версії 2.5.3.
4. **Інші методи**:

Варто зазначити застосування сучасних технологій, таких як мовна модель штучного інтелекту ChatGPT версії 4o для підбору частини літератури за заданими параметрами, допомоги в технічних та адміністративних завданнях під час підготовки тренінгу та написання роботи. Кожне завдання виконане ШІ ретельно перевірялося на правильність, текст згенерований мовною моделлю не використовувався в науковій роботі. Збір даних відбувався через інструмент Google Forms. Як майданчик для проведення тренінгу онлайн була обрана платформа ZOOM.

Характеристика дослідницької вибірки. У дослідженні загалом взяли участь 175 жінок віком від 18 до 73 років, що проживають в Україні (60%) і за кордоном (40%). За результатами тестування 58 жінок, тобто третина опитаних, мають середній і важкий ступінь переїдання, всі інші мають легкий ступінь, або ж зовсім не мають проблеми переїдання.

Серед респонденток з компульсивним переїданням ми відібрали 36 для подальшого дослідження ефективності тренінгу. З них було сформовано 2 групи – експериментальна, що проходила тренінг, та контрольна, що не проходила тренінг, в кожній по 18 осіб. Середній бал за Шкалою компульсивного переїдання BES в обох групах був співставний.

Дослідницькі питання:

1. Які внутрішні і зовнішні чинники впливають на інтенсивність проявів компульсивного переїдання у жінок?
2. Як розвивається розлад компульсивного переїдання?
3. Наскільки пов'язаний стрес з компульсивним переїданням та які стратегії подолання стресу найбільш характерні для тих, хто переїдає?
4. Які знання, навички, звички необхідно засвоїти жінкам з компульсивним переїданням задля зниження інтенсивності його проявів?

5. На які параметри і як саме може вплинути психологічний тренінг для групи українських жінок з високими показниками компульсивного переїдання і стресу?

Теоретична значущість роботи полягає в тому, що ми додатково підтвердили на власній вибірці взаємозв'язок рівня стресу з інтенсивністю компульсивного переїдання, а також високу кореляцію між компульсивним переїданням та емоційно-фокусованими копінгами «Заперечення» і «Вживання алкоголю та наркотиків». Було доведено, що соціально-демографічні фактори ніяк не впливають на наявність і тяжкість проявів компульсивного переїдання: ні вік, ні сімейний стан, ні освіта, ні наявність дітей, ні вік дітей, ні професійна реалізація і фінансова незалежність, ні фінансове благополуччя жінок не мають значення – компульсивне переїдання може статися з кожною. Тому подальші дослідження з цієї теми необхідні для розвитку науки і способів допомоги тим, кого торкнувся цей розлад. Груповий психологічний тренінг за розробленою нами програмою доведено сприяє зниженню компульсивного переїдання, отже є значний потенціал для апробації його на інших і більших вибірках з варіюванням вправ для досягнення кращого ефекту. Також ми з'ясували, що тренінг сприяв зміні копінг-стратегій учасниць, зокрема підвищилося їхнє прагнення шукати інструментальної та емоційної підтримки інших людей, що є дуже логічним результатом якісної групової взаємодії. Крім цього ми емпірично дослідили як функціонує методика PSS-10 на малих вибірках з різницею в часі між первинним і повторним тестуванням близько трьох тижнів. Вивчивши відповідну літературу ми підтвердили, що результати за цією шкалою у людей значно стабільніші, ніж прийнято було вважати раніше. Респонденти схильні до стабільного сприйняття свого життя і стресу в ньому за винятком дуже виняткових стресуючих подій, тож на це варто зважати науковцям при підборі методик для власних цілей дослідження.

Практична значущість роботи. Різниця між показниками компульсивного переїдання учасниць експериментальної групи до та після тренінгу є статистично значущою та відповідає середньому або високому рівню розміру ефекта. В той же час у контрольній групі теж знизилися показники, але це не мало статистичного значення, що також доводить успіх проведеної психокорекції. У учасниць тренінгу розвинулися нові копінг-стратегії і ці зміни були статистично значущими на відміну від змін у контрольній групі. Отже, апробовану програму тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання можна використовувати для роботи психолога з окремими клієнтами і групами, для підготовки психоедукаційних чи психокорекційних заходів, розроблення робочого зошиту, спеціалізованого блокноту, інформаційних брошюр, аудіомедитацій з завданнями або інших інструментів самодопомоги для населення.

1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СТРЕСОМ

1.1 Вступ до проблематики компульсивного переїдання

1.1.1 Визначення компульсивного переїдання і проблеми діагностування

Компульсивне переїдання – один з розладів харчової поведінки, тяжкий і загрозливий для життя, серед дорослих більш притаманний жінкам, ніж чоловікам (Могажан & Могажан, 2023). Діагностичний посібник Американської психіатричної асоціації DSM-5 виділяє 5 критеріїв, за якими можна вивчити характеристики цього розладу і встановити відповідний діагноз.

Розгляньмо перший з них:

Критерій 1.

Повторювані епізоди переїдання, що характеризуються обома наступними ознаками:

- Вживанням за певний проміжок часу (наприклад, протягом будь-яких 2 годин) кількості їжі, яка точно більша, ніж більшість людей з'їдає за аналогічний період за подібних обставин;
- Відчуття відсутності контролю над прийомом їжі під час епізоду, наприклад, відчуття, що людина не може припинити їсти або контролювати, що і скільки вона їсть (American Psychiatric Association, 2013).

Так виглядає класична картина. Однак, на думку української дослідниці Л. Абсальямової (2019), яка присвятила дисертацію і кілька книг проблемі порушень харчової поведінки, ці ознаки можуть і не завжди бути нерозривно

пов'язані у пацієнтів з підтвердженим компульсивним переїданням. Частина пацієнтів з розладом компульсивного переїдання описує своє суб'єктивне відчуття як таке, що спонукає споживати відносно невеликі порції продуктів, але безконтрольно – втрата контролю для них є основним стресогенним компонентом (Абсалямова, 2019). І навпаки, інші пацієнти описують, що споживають велику кількість їжі, проте не відчувають втрати контролю (Абсалямова, 2019).

Відчуття відсутності або присутності контролю може бути дуже суб'єктивним і оманливим, так само як і оцінка кількості їжі.

Група дослідників з університету Флориди вважають, що на надійність і достовірність діагнозу впливатиме розуміння, що мається на увазі під виразом «кількість їжі, точно більша, ніж більшість людей з'їдає за аналогічний період за подібних обставин», і яким є «нормальний» діапазон споживання їжі (Forney, Holland, Joiner, & Keel, 2014). Адже діагностика відбувається на основі оцінки епізодів компульсивного переїдання, і треба встановити чіткіші критерії того, що є таким епізодом. До цього небагато науковців приділяли належну увагу визначенню емпіричних порогів «безумовно великої» кількості їжі (Forney et al., 2014).

Лабораторні дослідження, що встановили загальноприйняті норми вживання їжі, активно проводилися наприкінці 80-х, проте за наступні десятиліття, зокрема завдяки популяризації та інтеграції фастфуду в щоденне життя, відбулося значне зростання середнього споживання їжі.

Один з підходів до визначення емпіричного порогу для епізодів переїдання полягав в тому, щоб дослідити, в який момент порція їжі стає «занадто великою» або «незвично великою» в загальній популяції.

Наприклад, Гріно (1999) та його колеги наприкінці ХХ століття обстежили жінок з компульсивним переїданням і відповідну за віком і вагою

контрольну групу, щоб дослідити сприйняття порогу, за яким їжа стає «заїданням». В результаті, поріг самоописаного епізоду переїдання у піддослідних становив від 500 до 800 ккал і варіювався залежно від типу їжі (Greeno, Wing, & Marcus, 1999). Однак у цій вибірці були переважно жінки з ожирінням, і результати не могли бути узагальненими для більшості людей.

За десять років у дослідженні Вольф, Бейкер, Сміт і Келлі-Відер (2009) виникла проблема з тим, що калорійність спожитої їжі у випадку епізоду переїдання в лабораторних умовах і епізоду, який підлягав самозвіту піддослідного, різнилася. В лабораторних умовах це було від 1515 ккал до 2963 ккал, а при самотійному визначенні – від 30 до 4931 ккал (Wolfe, Baker, Smith, & Kelly-Weeder, 2009). В результаті дослідження так і не вдалося визначити, переїдання якого обсягу вважати епізодом переїдання, і як таке визначення впливатиме на клінічні прогнози для пацієнта та результат лікування (Wolfe et al., 2009).

Арікян та його колеги (2012) підійшли інакше, і досліджували критерій «безумовно великий», оцінюючи найбільшу кількість їжі, яку споживали піддослідні, і яка не вважалася «незвично великою» у цій вибірці. Результати варіювалися залежно від типу їжі. Наприклад, поріг для шоколадних батончиків становив приблизно півтора батончика, а поріг для торта – приблизно дві порції торта. Отже, в цьому дослідженні були отримані емпіричні порогові значення для «безумовно великої» кількості їжі як середні значення найбільших порцій, які могли споживати люди (Arikian, Peterson, Swanson, Berg, Chartier, Durkin, & Crow, 2012).

Проте важливо зазначити, що кількість їжі може бути більшою за середню, але все одно залишатися в межах норми. Порогові значення з описаних вище досліджень не обов'язково надають інформацію про те, що є «безумовно великим» для більшості людей. Крім того, за відсутності єдиної метрики для вимірювання кількості їжі, якою, наприклад, могли би бути кілокалорії, результати здобуті Арікяном і командою є специфічними для

конкретних досліджуваних продуктів (Arikian et al., 2012). Ми ж в свою чергу розуміємо, що не всі епізоди компульсивного переїдання можуть бути пов'язані із визначеними продуктами.

К. Форні, Л. Голланд, Т. Джойнер і П. Кіл (2014) з університету Флориди мали на меті вивчити верхню межу типового споживання, щоб відносно нього визначити «безумовно велику» кількість їжі і виразити це у вимірюваних величинах, тобто кілокалоріях. Свідомі того, що в DSM-5 не йдеться про енергетичну цінність їжі, а йдеться лише про кількість, дослідники все ж послідовно провели два емпіричних дослідження за різними методиками і з врахуванням різних продуктів харчування і їхніх комбінацій, і отримали відповідні результати, які можуть сприяти надійнішій оцінці епізодів переїдання для постановки діагнозу.

Отже, за результатами дослідження, для жінок таким порогом норми стали 1000 ккал за прийом їжі (Forney et al., 2014). В експерименті за цю межу виходило лише типове споживання картопляних і кукурудзяних чіпсів, всі інші продукти вкладалися в «норму». Проте, дослідники зазначають, що з випадками переїдання низькокалорійними продуктами, наприклад, брокколі, застосовувати їхній підхід небажано – тоді варто говорити про вимір порціями і провести додаткові дослідження (Forney et al., 2014). Недоліком дослідження є те, що не була забезпечена репрезентативність вибірки щодо розподілу ваги в загальній популяції (Forney et al., 2014). Забезпечивши такі умови можна отримати ще точніші показники.

Згідно з **критерієм 2**, епізоди компульсивного переїдання для діагностики розладу мають бути пов'язані з трьома або більше з наступних ознак. Пацієнт:

- Їсть набагато швидше, ніж зазвичай;
- Їсть до відчуття дискомфорту від перенасичення;
- Вживає велику кількість їжі, коли фізично не відчуває голоду;
- Харчується на самоті через сором того, скільки з'їдає;

- Відчуває огиду до себе, депресію або провину після переїдання (American Psychiatric Association, 2013).

Дуже часто пацієнти пригнічені, присоромлені, засмучені своєю харчовою поведінкою, і періодично після компульсивного епізоду пацієнти не можуть згадати, що саме вони їли (Fatima, Beigh & Hussain, 2018). Останнє не є ознакою розладу за DSM-5, але такі випадки часто трапляються дослідникам на практиці і доповнюють картину.

Критерій 3 – це виражений дистрес, пов'язаний з переїданням (American Psychiatric Association, 2013).

Дистрес в теоретичній літературі розглядається, як несприятливий стресовий стан, надмірне напруження, що знижує здатність до адекватного реагування на загрозливі фактори середовища людським організмом (Овчаренко, 2023). Стан дистресу зароджується при інтенсивному і тривалому стресовому впливі, коли адаптаційні ресурси людини неефективні або недостатні (Овчаренко, 2023). Дистрес відноситься до третьої фази стресового реагування – фази виснаження, коли вже порушуються функції організму і можуть виникати захворювання із серйозними наслідками (Selye, 1956). Коли дистрес розвивається до критичної межі, він може викликати деструктивні особистісні зміни і набувати незворотного характеру (Овчаренко, 2023).

Критерій 4 полягає в тому, що переїдання відбувається в середньому щонайменше 1 раз на тиждень протягом 3 місяців (American Psychiatric Association, 2013).

За **критерієм 5**, переїдання має бути не пов'язане з регулярним використанням невідповідної компенсаторної поведінки (наприклад, з очищенням,

голодуванням, надмірними фізичними навантаженнями) і не відбуватися під час перебігу нервової анорексії або нервової булімії (American Psychiatric Association, 2013).

Градація тяжкості розладу компульсивного переїдання за DSM-5 вимірюється у епізодах на тиждень:

- Легкий ступінь: 1-3
- Помірний ступінь: 4-7
- Тяжкий ступінь: 8-13
- Екстремальний ступінь: ≥ 14

(American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2 Історія досліджень компульсивного переїдання

Вперше про розлад компульсивного переїдання написав у своїй роботі американський психіатр і відомий дослідник ожиріння Альберт Станкард у 1959 році в своїй роботі «Eating patterns and obesity» – «Патерни харчування та ожиріння» (Stunkard, 1959). Зокрема він спостерігав у пацієнтів таку нездорову звичку як **«синдром нічного переїдання»**, що заклало основу подальших досліджень теми переїдань (Stunkard, 1959).

Однією з перших моделей, яка пояснювала заїдання, була **«теорія дієтичних обмежень»**. Ця теорія ґрунтувалася як на клінічних спостереженнях, так і на дослідженнях на тваринах, і припускала, що поєднання дієти та обмежень у харчуванні є фактором, що провокує людей до переїдання (Polivy & Herman, 1985).

З того часу, як це було вперше запропоновано, зростає кількість доказів причинно-наслідкового зв'язку між дієтичними обмеженнями та заїданням.

Таким чином, дієтичні обмеження були включені як фактор, що провокує заїдання, до багатьох теорій і моделей заїдання, які були розроблені з того часу (Burton & Abbott, 2017).

Вважалося, що особи із компульсивним переїданням часто мають недостатній рівень самоконтролю, і причина їхньої харчової поведінки може бути пов'язана з жорсткими практиками дієти (Nicholls & Bryant-Waugh, 2009). Стосунок між дотриманням суворих дієт та переїданням є замкнутим колом – переїдання частіше відбувається після дієти і навпаки (Burton & Abbott, 2017). Форми дієти можуть включати в себе:

- затримку в їжі (наприклад, особа не їсть протягом дня);
- обмеження загального споживання калорій (наприклад, встановлює собі нереалістичний ліміт калорій до 1000 калорій на день),
- уникнення деяких видів їжі, "заборонена" їжа як приміром цукор, вуглеводи (Nicholls & Bryant-Waugh, 2009).

Однак наявність харчових обмежень сама по собі не пояснює розвиток усіх випадків переїдання. Через це **модель харчових обмежень** свого часу зазнала критики за надмірне спрощення і відсутність пояснень щодо збереження переїдання, яке відбувається у тих, хто не дотримується обмежень у харчуванні (Burton & Abbott, 2017).

У 1987 році компульсивне переїдання вперше було згадане Американською Психологічною Асоціацією (APA) в довіднику DSM.

Згодом, на початку 90-х років вийшла низка наукових робіт присвячених переїданню. У 1991 році стаття Хетертон і Баумейстера (1991) «Компульсивне переїдання як втеча від самоусвідомлення» дала старт пошукам додаткових психологічних чинників, що впливають на КП. Таким чином, переїдання можна розглядати як механізм подолання та/або спосіб уникнення неприємних емоцій,

який можуть використовувати люди, що мають труднощі з регулюванням свого емоційного стану (Heatherton & Vaumeister, 1991).

У цій статті висловлюється припущення, що переїдання вмотивоване бажанням втекти від самоусвідомлення. На думку дослідників Хетертон та Баумейстера (1991), люди, які страждають на компульсивне переїдання, страждають передусім від власних високих стандартів та високих очікувань від себе, і особливо від своєї гострої чутливості до складних вимог інших людей, які насправді є уявними (Heatherton & Vaumeister, 1991).

Коли такі люди не відповідають цим стандартам, у них розвивається аверсивна модель самосвідомості, що характеризується невтішними поглядами на себе і серйозним занепокоєнням тим, як їх сприймають інші (Heatherton & Vaumeister, 1991). Таке аверсивне самосприйняття супроводжується емоційними розладами, які часто включають тривогу та депресію, і щоб вирватися з цього неприємного стану, люди, які страждають від переїдання, намагаються використовувати когнітивну реакцію, звужуючи увагу до безпосереднього стимулюючого оточення та уникаючи широкомасштабних роздумів (Heatherton & Vaumeister, 1991). Таке звуження уваги вимикає звичайні заборони проти їжі і сприяє некритичному прийняттю ірраціональних переконань і думок (Heatherton & Vaumeister, 1991).

Ця модель втечі здатна була інтегрувати більшу частину наявних на той час даних про переїдання.

Таким чином, до 1994 року розуміння феномену компульсивного переїдання значно розширилося, і в посібнику DSM-4 його вже описали майже у сучасному вигляді, але поки що як відображення іншого розладу харчової поведінки – нервової булімії. На той момент це був новий запропонований діагностичний критерій, який наводився як приклад **«розладу харчової поведінки, не зазначеного в інших розділах» (NOS)**. Описувався як підтип (підгрупа) нервової булімії з нижчим рівнем коморбідних психіатричних

розладів, патологій харчування та «очищувальної поведінки» (American Psychiatric Association, 1994).

Відтоді розпочалися дослідження синдрому компульсивного переїдання з метою його ідентифікації. Чи він має застосовуватися для опису поведінки окремої підгрупи пацієнтів з ожирінням, чи окремої підгрупи пацієнтів з нервовою булімією, чи все таки компульсивне переїдання буде новою діагностичною категорією з власними унікальними властивостями? Дослідження з метою з'ясувати це проводили в багатьох відомих інституціях, в Оксфорді і Колумбійському університеті, в клініці харчових розладів університету Хайфи. Майже за 20 років Американська психологічна асоціація визначилася з місцем компульсивного переїдання серед розладів харчової поведінки.

У 2013 році, лише в редакції DSM-5, компульсивне переїдання виділили **як окремий розлад**.

Зокрема це сталося через необхідність розрізнення прийому їжі, подібного до того, що спостерігається під час булімії, але без характерного очищення травної системи. Деякі вчені і досі вважають розлад компульсивного переїдання м'якшою версією нервової булімії, адже умови перебігу цих розладів знаходяться в одному спектрі (Chen & Jackson, 2008). «Особи, у яких діагностовано булімію, та особи з розладом компульсивного переїдання демонструють подібні закономірності перебігу епізодів переїдання, нейробіологічні особливості дисфункціонального когнітивного контролю та харчову залежність, а також біологічні та екологічні фактори ризику» (Ортинська, 2019; 55).

Нова когнітивна і біхевіоральна модель компульсивного переїдання була запропонована дослідницями Емі Бертон та Марі Еббот (2019).

Авторки розробили модель переїдання, яка зосередилася на п'яти змінних, що представляють інтерес в контексті того, що провокують переїдання або часто є супутніми. Ці змінні були визначені на основі огляду відповідної

літератури: за загальним визнанням, вони є важливими факторами схильності, прискорення, підтримки та укорінення психопатології, пов'язаної з переїданням (Burton & Abbott, 2019). Це такі чинники як:

- (1) низька самооцінка/негативні переконання про себе;
- (2) наявність негативного афекту/дистресу;
- (3) погана емоційна регуляція;
- (4) обмеження в харчуванні;
- (5) переконання щодо харчування, або «харчові переконання» (Burton & Abbott, 2019).

За початковою гіпотетичною моделлю Бертон та Еббот (2019) люди, які мають негативні базові переконання про себе, або базову низьку самооцінку, схильні до переїдання – це фактор вразливості. Коли ці базові переконання спрацьовують під дією тригера, людина переживає негативний вплив – поганий настрій, тривогу та/або стрес. Люди, що мають труднощі з емоційною регуляцією, відчувають нетерпимість до такого негативного впливу і прагнуть знайти спосіб нейтралізувати емоцію (Burton & Abbott, 2019). Цей дискомфорт, пов'язаний з негативним впливом, людина намагається вирішити та/або:

- шляхом обмеження харчування (прагне відволіктися від емоції чи встановити над нею контроль, попередньо встановивши контроль над харчовою поведінкою);
- шляхом переживання роздумів про їжу та процес харчування – так звані харчові переконання (Burton & Abbott, 2019).

Якщо дискомфорт був нейтралізований через харчові обмеження, тоді вони в свою чергу переходять в роздуми про їжу, під час яких виявляються описані вище харчові переконання.

Переконання поділяються на:

- позитивні переконання про їжу («їжа допомагає контролювати мої емоції»);
- негативні переконання про їжу («я не можу контролювати їжу, тому що я слабкий»);
- дозвільні переконання про їжу («я заслуговую на таке задоволення, як поїдання їжі / переїдання») (Burton & Abbott, 2019).

Коли ці переконання щодо їжі спрацьовують, власне і відбувається переїдання.

Життєздатність моделі авторки дослідження довели з невеликими поправками – гіпотетична модель не продемонструвала прийнятної відповідності даним, а саме зв'язок між обмеженням у харчуванні та харчовими переконаннями не виявився значущим. Після того, як цей незначущий зв'язок було вилучено з моделі і додано ряд додаткових зв'язків між змінними, які мали сильну коваріацію, модифікована модель продемонструвала хорошу відповідність даним (Burton & Abbott, 2019). Див. рисунок 1.1

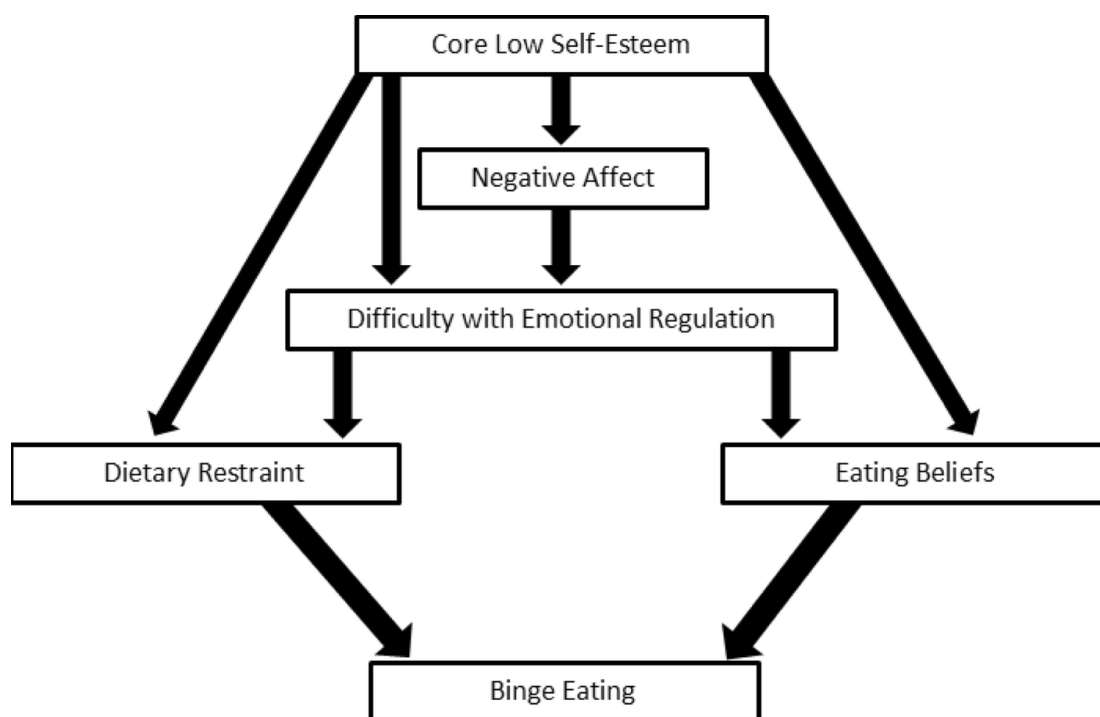


Рис. 1.1 Когнітивна і біхевіоральна модель компульсивного переїдання за Е. Бертон та М. Еббот

Включені змінні низької самооцінки, негативного афекту, труднощів з емоційною регуляцією, дієтичними обмеженнями та харчовими переконаннями позитивно корелюють з переїданням (Burton & Abbott, 2019). Крім того, як видно з малюнку, були виявлені значущі двовимірні зв'язки між усіма включеними змінними.

На сьогодні компульсивне переїдання не є вичерпно дослідженим розладом харчової поведінки. Чітке розуміння його генези, діагностика і ефективне лікування залишаються утрудненими, зокрема через високу коморбідність між ним та іншими соматичними захворюваннями і психічними розладами.

1.1.3 Компульсивне переїдання і коморбідність

Компульсивне переїдання зазвичай супроводжується багатьма коморбідностями – як психіатричними, так і медичними (Nowakowski et al., 2013), а також вищим рівнем смертності у порівнянні з людьми, які не страждають на розлади харчової поведінки (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011).

Особи зі звичкою до компульсивного переїдання зазвичай набирають зайву вагу і часто доходять до ожиріння. Частина з них все ж може залишатися у нормальній вазі, але в результаті такі пацієнти все одно мають вищий ризик розвитку метаболічного синдрому (Goracci, Casamassima, Iovieno, di Volo, Benbow, Bolognesi, & Fagiolini, 2015).

Отже, такий розлад харчової поведінки дуже часто призводить до збільшення ваги та проблем зі здоров'ям, пов'язаних з ожирінням, ожиріння в свою чергу пов'язується з великою кількістю хвороб, зокрема його також асоціюють з певними видами раку (Udo & Grilo, 2018).

У пацієнтів з компульсивним переїданням вищий ризик розвитку дисліпідемії, високого холестерину, серцево-судинних захворювань, гіпертензії, діабету другого типу, болей у шлунку і головних болей та інших проблем зі здоров'ям (Mohajan & Mohajan, 2023).

У 94% пацієнтів з діагностованими розладами харчової поведінки спостерігаються коморбідні психічні захворювання (Herzog, Keller, Sacks, Yeh & Lavori, 1992). За дослідженнями, проведеними в Швеції саме серед жінок з розладом компульсивного переїдання та серед чоловіків з нервовою булімією виявлено найвищий рівень супутніх захворювань (Ulfvebrand, Birgegard, Norring, Hogdahl & von Hauswolff-Juhlin, 2015).

Минулого року групою польських вчених на основі перегляду надійних баз даних наукових статей було виділено 3766 статей пов'язаних з компульсивним переїданням, 63 з яких були опубліковані в останні 13 років, і проведено систематичний огляд.

За результатами огляду, найчастішими супутніми захворюваннями, пов'язаними з розладом компульсивного переїдання, були:

- розлади настрою;
- тривожні розлади;
- розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, що також були пов'язані з тяжкими проявами переїдання (Kowalewska, Bzowska, Engel & Lew-Starowicz, 2024).

Інші психіатричні стани, менш часто, але тісно пов'язані з компульсивним переїданням, включають в себе:

- реакцію на сильний стрес і розлади адаптації,
- розлад контролю імпульсів,
- РДУГ,
- розлади особистості,

- поведінкові розлади,
- розлади, пов'язані з тілесним дискомфортом або тілесними переживаннями,
- розлади сну;
- психотичні розлади (Kowalewska et al., 2024).

Крім того, компульсивне переїдання було пов'язане з суїцидальними намірами.

Відносно нова дискусія, що виникла в галузі – про РДУГ. Зокрема дані, отримані в ході найсвіжішого систематичного аналізу, підкреслюють взаємозв'язок РДУГ з різними психіатричними станами та пов'язаними з ними факторами, а особливо харчуванням. Це проливає світло на складність і широкий вплив РДУГ на психічне здоров'я, а також на необхідність відповідних скринінгу та клінічних втручань, спрямованих на харчову поведінку (Kowalewska et al., 2024).

Значна частина ризиків розвитку розладу харчової поведінки є генетичною, компульсивне переїдання має тенденцію появи у сім'ях. В середньому спадковість для переїдання становить від 41% до 82% (Bulik, Sullivan & Kendler, 1998). Згідно з пізнішими дослідженнями, проведеними на сім'ях і близнюках, розлади харчової поведінки загалом (нервова анорексія, булімія і компульсивне переїдання) можна вважати складними генетичними захворюваннями зі спадковим фактором ризику, що становить від 50% до 80% від всіх випадків (Trace, Baker & Bulik, 2013). Також дослідниками було встановлено, що родичі особи, з діагностованими харчовими розладами, в десять разів частіше мають розлади харчування, ніж родичі здорової людини (Trace et al., 2013).

Варто зазначити, що менше половини людей, які живуть з розладом компульсивного переїдання, хоча б раз зверталися по допомогу для його лікування (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

1.2 Психологічні чинники розвитку компульсивного переїдання

1.2.1 Залежність між емоціями і компульсивним переїданням

Відомий дослідник Керолл Ізард стверджував, що переїдання в більшості випадків обумовлене саме незадоволеністю емоційних потреб особистості (Izard, 1991).

В науці існує багато підтверджень визначної ролі емоцій у формуванні та підтримці таких нездорових звичок харчування, як наприклад, компульсивне переїдання або нездоланий потяг до дієтичної поведінки, що, як ми вже розібрали вище, складає замкнене коло. За дослідженнями Т.Г. Вознесенською (2004) даними, емоціогенна харчова поведінка або емоційне переїдання (також називають гіперфагічною реакцією на стрес) особливо характерна для людей з ожирінням, щонайменше у 60% випадків (Вознесенська, 2004). Така поведінка має тенденцію загострюватися після або незадовго до стресових подій, як наприклад смерть близької людини або майбутній іспит. В таких ситуаціях стимулом для споживання їжі буде не голод, а емоційний дискомфорт. Способом емоціогенної харчової поведінки людина стабілізує свій незадовільний емоційний стан, «заїдає» тривогу, самотність, роздратування, образи, нудьгу та інше (Вознесенська, 2004).

Їжа також може ставати єдиним джерелом позитивних емоцій. Якщо у людини не напрацьовані інші способи подолання емоційної напруги, людина прагнучиме закривати потребу в радості, турботі, задоволенні їжею (Ремесник, 2023).

Харчові обмеження та негативні емоційні стани викликають переїдання, досягаючи свого найбільшого впливу при поєднанні обох факторів: було зроблене припущення, що в процесі розвитку розладів харчової поведінки спочатку переїдання спричиняються більше фізіологічними станами (голод, спрага), однак поступово головними тригерами стають афективні стани, по мірі того, як пацієнти навчаються емоційному блокуванню наслідків компульсивного

переїдання (Абсалямова, 2019). Негативні соціальні взаємодії також були визначені як першопричини для компульсивного переїдання, хоча механізм їхньої дії найімовірніше опосередкований через емоційні стани (Абсалямова, 2019).

Тобто у багатьох випадках переїдання виступає в якості механізму компенсації або внутрішнього регулятора емоційної напруги (Ремесник, 2023). З одного боку, складні чи негативні емоції мають вплив на появу переїдання, а відтак, зайвої ваги. З іншого боку, зайва вага та розлади харчування можуть призводити до погіршення емоційного стану, депресії та тривожності.

1.2.2 Особистісні риси жінок, схильних до компульсивного переїдання

До ключових характеристик емоційної сфери особистості, схильної до переїдання та надмірної ваги, належать імпульсивність, неконтрольовані емоційні реакції, самокритика, недостатній контроль над бажаннями, схильність до тривожності, депресивних станів, провини та сорому (Ремесник, 2023).

Зокрема, висока імпульсивність відіграє важливу роль у розвитку КП. Постійне невдоволення власною вагою або зовнішнім виглядом впливає на сприйняття світу, осмислення життєвих подій і може спричинити розвиток неадаптивних поведінкових стратегій (Шебанова, 2017).

До компульсивного переїдання дуже схильні люди з тривожними та залежними рисами особистості. Вони як правило звикли хвилюватися з приводу будь-чого нового та захищатися від нього. Також добре відомий зв'язок вираженості симптомів захворювання з несприятливими змінами навколишньої ситуації. Дистрес і його наслідки пов'язані з розладами харчування. Варто також зазначити, що не лише негативні, а й позитивні емоції, можуть приводити до збільшення споживання їжі, до компульсивного переїдання, або недоїдання (Yiu, Christensen, Arlt & Chen, 2018).

Самокритичний перфекціонізм є ще одним чинником ризику розвитку переїдання, оскільки він спричиняє фрустрацію базових психологічних потреб — автономії, компетентності та спорідненості (Boone, Vansteenkiste, Soenens, Van der Kaap-Deeder & Verstuyl, 2014). Люди з таким типом перфекціонізму часто пов'язують свою самооцінку з досягненнями, проявляють ригідність у діях, що підвищує ризик незадоволення потреби в автономії. Завищені стандарти, яким вони намагаються відповідати, збільшують ймовірність невдач, що, у свою чергу, викликає порушення компетентності. Це створює замкнене коло: самокритика посилює відчуття невдачі (Boone et al., 2014). Також прагнення до високих результатів і залежність від соціального схвалення можуть порушувати потребу в спорідненості – в результаті незадоволення психологічних потреб такі особи стають більш вразливими до переїдання (Boone et al., 2014).

Розглядаючи психологічні особливості і риси характеру осіб, схильних до переїдання, можна зауважити їхню надмірну потребу бути коханим і відчувати себе захищеним, а також схильність до саморуйнування, заниженої самооцінки, відчуття себе невдахою (Ремесник, 2023).

1.3 Взаємозв'язок стресу і компульсивного переїдання

1.3.1 Стрес як ключовий фактор ризику

Згідно з результатами соціологічних досліджень, щороку все більше мешканців України заявляють про те, що відчувають стрес і сильну знервованість. Зокрема у 2023 і 2024 році цей показник тримався на рівні 77% (Gradus Research, 2024), і загалом він стабільно зростає, із незначними коливаннями, ще від початку російсько-української війни у 2014 році.

З психологічних досліджень ми бачимо, що рівень стресу, з яким стикаються українці є досить високим. Згідно з останнім звітом інституту поведінкових досліджень American University Kyiv та лабораторії Rating Lab,

28% українців демонструють високий рівень стресу, виміряний методикою PSS (Dombrovski & Yudenko, 2024).

Стрес - це виклик природному гомеостазу організму, і одним з таких гомеостазів, що порушується при стресі, є харчова поведінка (Yau & Potenza, 2013).

Фізіологічні аспекти харчової поведінки людини вивчаються вже протягом багатьох десятиліть, а необхідну інформацію часто отримують на моделях тварин, яких годують стандартною лабораторною їжею. Однак результати експериментів на тваринах були суперечливими. Експерименти на тваринах, яких годували одною і тією ж прісною їжею, надавали докази як гіперфагії, спричиненої гострим стресом, так і гіпофагії (Yau & Potenza, 2013).

У людей спостерігають аналогічні індивідуальні відмінності – приблизно 40% збільшують і 40% зменшують споживання калорій під час стресу, тоді як приблизно 20% людей не змінюють харчову поведінку під час стресових періодів (Torres & Nowson, 2007). Такі різні результати можуть бути пов'язані з конкретним типом стресового фактора, наприклад, м'які стресори можуть викликати гіперфагію, тоді як більш сильні стресори – гіпофагію (Torres & Nowson, 2007). Однак тут варто враховувати й тривалість дії стресу на організм, й інші індивідуальні відмінності.

Досить складна картина результатів також може бути пов'язана з вибором їжі. Розуміння того, які продукти обираються або уникаються під час стресу, є важливим питанням як для теоретичної інтерпретації, так і для прогнозування шкідливого впливу стресу на здоров'я (Dallman, Pecoraro, Akana, la Fleur, Gomez & Houshyar, 2003). У людей, так само як і у тварин можна спостерігати зсув у бік вибору більш приємної та смачної їжі. Наприклад, коли щурам пропонували на вибір дуже смачну їжу, таку як сало або цукор, стрес послідовно збільшував споживання смачної їжі (Dallman et al., 2003).

Люди під час стресу також зазвичай віддають перевагу продуктам з високим вмістом жиру та/або цукру. Подібним чином вони звертаються до

гіперсмачної комфортної їжі, такої як фаст-фуд, снеки та інші дуже калорійні продукти (Epel, Lapidus, McEwen & Brownell, 2001).

Хронічний стрес часто супроводжується тривогою, депресією, гнівом, апатією та відчуженням. Враховуючи властивості їжі, існує гіпотеза, що гіперсмачна їжа може слугувати «комфортною їжею», яка діє як форма самолікування, щоб розвіяти небажаний дистрес (Cohen, 2000).

Неконтрольований стрес змінює харчові патерни, а також привабливість і споживання гіперсмачних продуктів, і з часом це може запуснути нейробіологічні адаптації, які сприятимуть все більш компульсивній поведінці (Yau et al., 2013). Цей зв'язок може бути опосередкований змінами в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій осі, в метаболізмі глюкози, чутливості до інсуліну та інших гормонів і нейропептидів гіпоталамуса, пов'язаних з апетитом (Yau et al., 2013). На рівні нейроциркуляції хронічний стрес може впливати на мезолімбічну дофамінергічну систему та інші ділянки мозку, задіяні в ланцюгах стресу/мотивації (Yau et al., 2013). Разом вони можуть синергічно посилювати чутливість до винагороди, харчові вподобання, бажання і пошук гіперсмачних продуктів, а також індукувати метаболічні зміни, що сприяють збільшенню ваги і зокрема жирової маси (Yau et al., 2013).

1.3.2 Вплив стресу війни на харчову поведінку

Не існує вдалого наукового способу відділити вплив стресу війни від впливу стресу на людину загалом, щоб дослідити наслідки. А також узагальнення не працюють, адже під час війни люди стикаються з дією однакових стресорів і по-різному до цього адаптуються. Суб'єктивне сприйняття стресу під час переживання одних і тих самих подій війни буде різним у різних респондентів.

Проте науковці намагаються досліджувати різні феномени в суспільствах охоплених війною. Війну як фактор все ж неможливо винести за дужки, бо вона

просочується в усі сфери життя і безумовно спричиняє стрес та дистрес. Науковцями було встановлено деякі взаємозв'язки між стресом і розладами харчової поведінки під час воєн.

В умовах війни населення України зазнає значного дистресу через загрозу життю та здоров'ю, постійну тривогу за близьких, відсутність продовольчої безпеки. Як наслідок останнього – панічні закупівлі, необхідність запасати продукти. Страх та тривога за майбутнє, втрата роботи, зниження фізичної активності, вимушене переміщення, постійні повітряні тривоги, що порушують робочі і особисті процеси. Всі перераховані фактори впливають на психічний стан, що на думку групи дослідників Людмили Юр'євої, Вікторії Огоренко та колег (2022), підвищує мотивацію та швидкість вживання їжі, призводить до відсутності почуття ситості, що, в свою чергу, тягне за собою втрату контролю над харчуванням (Юр'єва, Огоренко, Шорніков & Кокашинський, 2022).

В результаті, такий вплив стресу призводить до збільшення маси тіла, що було вже підтверджено на прикладі впливу локдауну під час пандемії COVID-19. Тоді за даними турецьких дослідників у 35% людей маса тіла збільшилася саме за рахунок змін в окремих харчових звичках (Elmascioğlu, Emiroğlu, Ülker, Özyilmaz Kircali & Oruç, 2020).

Що ж стосується дослідження Юр'євої і колег (2022), проведеного в Україні на початку повномасштабного вторгнення Росії, отримані ними дані демонструють розповсюдженість та значущість компульсивного переїдання у студентів-медиків під час надзвичайних стресових подій, зокрема війни (Юр'єва et al., 2022).

Поширеність компульсивного переїдання у вибірці склала 17,7% при використанні лише критеріїв з DSM-5 та 11,3% при використанні шкали BES. Переїдання важкого ступеню не було виявлено у жодного досліджуваного, проте важка депресія спостерігається у 9,7 %, а важка тривога – у 3,2% випадків. Встановлено зв'язок середньої сили між вираженою депресією за методикою PHQ-9 та компульсивним переїданням (Юр'єва et al., 2022).

Також на Харківщині Абсалямовою і Ганзулею (2022) було проведене дослідження, згідно з яким після початку повномасштабної війни відсоткова кількість людей із емоціогенною харчовою поведінкою збільшилася. До 24 лютого 2022 року до такої поведінки були схильні 16% опитуваних, а після початку війни вже 22%. Було виявлено 7% респондентів з обмежувальною харчовою поведінкою до вторгнення та 4% після початку війни, а також 13% носіїв екстернальної харчової поведінки до проти 11% після початку воєнних дій. Тобто розподіл очевидно змінився в бік збільшення гіперфагічних реакцій на стрес (Абсалямова & Ганзуля, 2022).

Що ж стосується релевантних закордонних досліджень, цікавим може бути досвід Лівану. Після воєнних дій 2006 року науковці досліджували модифікації харчової поведінки під час війни, пов'язані зі стресом війни, а також соціально-демографічні та інші фактори ризику. Частина, що стосувалася харчової поведінки була досліджена за методикою SCOFF, яка виявила порушення у 31,4% опитаних студентів. Серед респондентів із позитивним скринінгом SCOFF, 71% відчули зміни саме під час війни (Aoun, Garcia, Mounzer, Hlais, Grigioni, Honein & Déchelotte, 2013).

Таким чином, в результаті дослідження було встановлено, що вплив стресу війни та зміна харчових звичок є суттєвим фактором ризику розладів харчової поведінки серед цивільного населення, про що раніше не було достатньо даних. Порушення постачання їжі, що призводить до неструктурованих харчових звичок і навіть вимушеної дієти, є значущим фактором стресу, який доповнюється іншими згубними факторами, спричиненими війною – порушенням звичок повсякденного життя, смертю членів сім'ї, перебуванням в ролі свідка смерті чи серйозних поранень (Aoun et al., 2013). Надмірний стрес сприяє підвищенню ризику розладів харчової поведінки, а також тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (Aoun et al., 2013).

Висновки до розділу 1.

Компульсивне переїдання – тяжкий розлад харчової поведінки, і на сьогодні не існує єдиної версії його патогенезу. Теоретично досліджуючи різні моделі, якими його пояснювали вчені, приходимо до висновку, що факторів ризику і особистісних чинників багато, а розвиток захворювання відбувається доволі індивідуально. Але наслідки можна назвати типовими – метаболічний синдром, ожиріння, тяжкі хвороби пов'язані з цими станами.

Ми розглянули стрес як фактор ризику розвитку КП. Він провокує споживання висококалорійної їжі, багатої на цукор та жири, хронічний стрес змінює харчові звички загалом. Під час стресу люди схильні до переїдання навіть за відсутності фізіологічного голоду.

Жінки частіше використовують їжу як спосіб справлятися зі стресом, що пояснюється як біологічними, так і соціокультурними факторами.

Дослідження свідчать, що травматичні події, такі як війна, можуть змінювати харчові звички і підвищувати ризик компульсивного переїдання в різних популяціях.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ СТРЕСУ, СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЕМПІРИЧНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ

2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження

Характеристика вибірки.

У дослідженні взяли участь 175 жінок віком від 18 до 73 років. Близько половини з них – це молоді жінки віком від 25 до 35 років – того віку, коли, згідно з дослідженнями, найчастіше маніфестує компульсивне переїдання. Хоча останніми роками розлад «молодшає» і все частіше його діагностують у підлітків.

Ми вирішили сконцентруватися саме на жінках, адже як розлад компульсивного переїдання, так і вищі показники стресу під час війни більше характерні саме для жінок (Предко & Сомова, 2022).

60% досліджуваних жінок проживають в Україні і 40% за кордоном.

За результатами тестування 58 з усіх жінок, тобто майже третина опитаних, мають середній і важкий ступінь переїдання, всі інші мають легкий ступінь, або ж зовсім не мають проблеми переїдання.

57% опитуваних жінок не мають зайвої ваги, а у 38% індекс маси тіла перевищує 25, відповідно присутня зайва вага. Згідно з дослідженнями, це фактор ризику розвитку розладу і чинник тяжкості розладу.

Ми не ставили за мету дослідити зв'язок компульсивного переїдання з реакцією жінок саме на повномасштабну війну, адже ми не можемо чітко відокремити стрес війни від стресу загалом. Проте для кращого розуміння актуальності проблеми і обставин наших респонденток ми поставили кілька додаткових питань на тему переживання війни.

Наприклад, за даними анкети понад 56% жінок помітили зміни у своїй харчовій поведінці після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році,

лише 17% жінок таких змін не помітили, решті було складно визначитися із відповіддю.

Також ми ставили питання щодо ступеню залученості респонденток у події війни, і за відповідями згрупували їх у такі групи:

- «ті, хто абстрагувалися від війни»;
- «ті, хто слідкують за новинами і час від часу роблять невеликі (для їхнього прибутку) донати»;
- «ті, хто ситуативно волонтерять і донатять суб'єктивно значні суми»;
- «ті, хто висвітлюють події війни або допомагають безпосередньо постраждалим»;
- «ті, хто займаються волонтерством на постійній основі як основним видом діяльності».

Військовослужбовиці опитувальник не проходили, тому ця група для порівняння у нас не утворилася, і ми досліджували виключно вибірку цивільних жінок.

Розподіл респонденток за варіантами відповідей на рисунку 2.1:

Яка ваша дотичність до війни наразі?

175 відповідей



Рис. 2.1 Розподіл респонденток за відповідями на питання про залученість у події російсько-української війни.

У більшості випадків важкого і середнього ступеня переїдання, жінки стикалися з комбінацією таких факторів як вимушений переїзд і втрата відчуття дому, довга вимушена розлука з близькими та важко пережита загибель знайомої людини на війні. І хоча одні і ті самі стресові події можуть суб'єктивно переживатися людьми по-різному, ми не могли не звернути увагу на те, що об'єднує досвід наших респонденток з компульсивним переїданням.

Організація та проведення емпіричного дослідження

Мета нашого першого дослідження була – експериментально обґрунтувати взаємозв'язок між компульсивним переїданням, рівнем стресу та стратегіями подолання життєвих труднощів у жінок в Україні і за кордоном. Задля її досягнення ми обрали наступні три **методики**:

- (1) Шкала компульсивного переїдання (Binge Eating Scale – BES), адаптована українськими дослідниками Л.М. Юр'євою, В.В. Огоренко, А.В. Шорніковим, В.О. Кокашинським у 2022 році;

Інструмент самозвіту Binge Eating Scale (BES) вимірює когнітивні та емоційні симптоми та поведінку, пов'язані з переїданням. Опитувальник складається з 16 пунктів, з яких 8 описують поведінкові прояви, і ще 8 пунктів описують пізнання або почуття. Кожен з пунктів містить 3—4 твердження, які респондент обирає як відповідь. Вони вказують на тяжкість кожної вимірюваної характеристики компульсивного переїдання. Зважені бали варіюють від 0 до 3, де 0 вказує на відсутність проблем пов'язаних з переїданням, а 3 означає критичний рівень прояву компульсивного переїдання. Загальний бал має діапазон від 0 до 46, а рекомендована авторами порогова величина — 17 балів.

Ступені важкості компульсивного переїдання за методикою:

- немає переїдання або легкий ступінь — менш ніж 17 балів;

- середній ступінь – 18-26 балів;
- важкий ступінь — 27 і більше балів (Юр'єва, Огоренко, Шорніков, & Кокашинський, 2022).

Опитувальник ефективно розрізняє людей без проблем із переїданням та з помірними і серйозними проблемами. Автори зазначають, що методика дає добрі внутрішньо узгоджені оцінки (альфа Кронбаха дорівнює 0,85), що підтверджено подальшими дослідженнями в різних популяціях (Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982).

(2) Шкала суб'єктивно сприйнятого стресу PSS, розроблена авторами Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. у 1983 році, адаптована українською мовою.

Шкала сприйняття стресу (PSS-10) – це простий, ефективний, визнаний у світі і популярний в Україні опитувальник для оцінки сприйняття стресу і його потенційних наслідків. Методика визначає, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим респонденти вважають своє життя. Пункти оцінки мають загальний характер, а не фокусуються на конкретних подіях чи переживаннях (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

У 2015 році дослідник John M. Taylor (2015) виявив двохфакторну модель опитувальника PSS, а отже для отримання якісних результатів варто враховувати підшкали:

- Сприйняття безпорадності (питання 1, 2, 3, 6, 9, 10) – вимірює відчуття відсутності контролю над обставинами, власними емоціями та реакціями;
- Брак самоефективності (питання 4, 5, 7, 8) – вимірює сприйняття людиною своєї нездатності впоратися з проблемами.

Багатовимірність PSS може ускладнити інтерпретацію результатів, якщо стрес насправді сприймається як одновимірний і глобальний конструкт.

Шкала PSS є важливим інструментом, адже саме сприйняття респондентом подій свого життя, є ключовим для планування певних інтервенцій чи відслідковування динаміки психотерапії. В теорії, дві людини можуть переживати абсолютно однакові події та стани за останній місяць, проте їхнє сприйняття, виражене в балах, може категоризувати їх в різні групи – наприклад, з низьким і високим рівнем сприйнятого стресу (ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Керівництво, версія 1.0).

(3) Українська версія диспозиційного опитувальника «COPE» (original 60-item COPE inventory by Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), адаптована Ю.В. Коваленко у 2019 році.

Опитувальник «COPE» Карвера, Шайєра та Вайнтрауба (1989) – це широко використовувана техніка ретроспективної самооцінки для вимірювання ситуаційних реакцій, стратегій і диспозиційних стилів. Повна версія опитувальника складається з 60 пунктів, об'єднаних у 15 шкал. Кожна шкала включає чотири твердження, оцінені за чотирибальною системою від 1 («як правило, я взагалі цього не роблю») до 4 («я роблю це досить часто»).

В результаті по кожному копінгу респондент може отримати від 0 до 16 балів. Чим вище бал, тим більш характерний для людини певний спосіб подолання стресової ситуації.

Ці стратегії подолання життєвих труднощів можна скомбінувати за п'ятьма факторами:

- прагнення соціальної підтримки (пошук інструментальної соціальної підтримки, пошук емоційної соціальної підтримки, фокусування на емоціях та емоційна розрядка);

- уникнення (ментальне відволікання, заперечення, поведінкове відволікання, вживання алкоголю та наркотиків);
- емоційно-фокусований копінг (позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, прийняття, почуття гумору, обмеження);
- проблемно-сфокусований копінг (активне подолання, придушення конкурентних дій, планування);
- релігійний копінг (Kovalenko, 2019).

2.2 Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження

На початку емпіричного дослідження ми перевірили надійність наших методик на нашій вибірці за показником α Кронбаха, і з'ясували, що для Шкали компульсивного переїдання BES показник становить 0,893, а для шкали сприйнятого стресу PSS – 0,808, що дозволяє нам вважати наші методики надійними, а результати дослідження релевантними.

Reliability Analysis (PSS-10)	Reliability Analysis (BES)
Cronbach's α	Cronbach's α
scale 0.808	scale 0.893

Табл. 2.1 Результати аналізу надійності методик PSS-10 і BES на нашій вибірці

В групах жінок в Україні (1) і за кордоном (2) у нас представлений різний розподіл по шкалі компульсивного переїдання.

Розподіл в групі мешканок України утворився дещо асиметричний з негативним ексцесом (Боснюк, 2020), як бачимо на Рисунку 2.2.

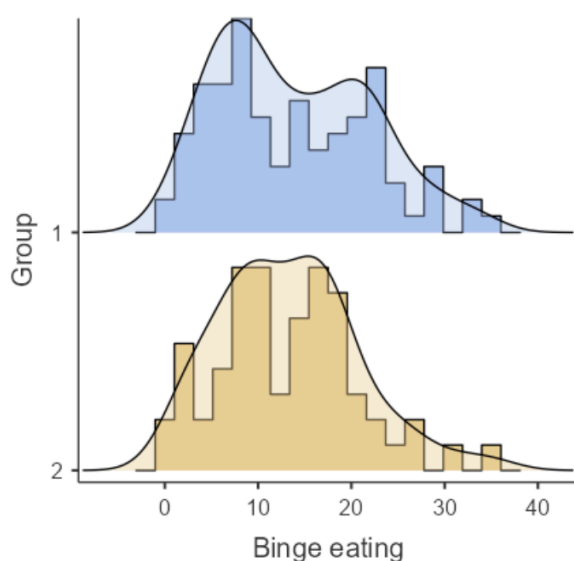
Binge eating

Рис. 2.2 Розподіл респонденток за показником компульсивного переїдання в Україні (група 1) і за кордоном (група 2)

Група українок на батьківщині відрізняється тим, що серед них більше представлені середньо-низькі і дуже високі бали. Це може означати зокрема те, що зі схожим в середньому рівнем стресу, респондентки відчувають протилежні наслідки для харчової поведінки – хтось переїдає, а хтось, імовірно, навпаки стикається з патологічною гіпофагією чи іншими розладами харчової поведінки. Обрана нами методика BES має обмеження і не може відстежити такі випадки.

Для групи українок, що проживають за кордоном, розподіл є більш схожим на нормальний з незначними відхиленнями. Пікові значення важкого переїдання представлені менше.

Нижче за критерієм Шапіро-Уїлка у Таблиці 2.3 ми бачимо підтвердження того, що нормального розподілу серед жінок на території України немає.

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)		
	W	p
PSS_mean	0.989	0.247
Binge eating	0.968	< .001

A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Табл. 2.2 Перевірка припущення нормальності розподілу у вибірці за критерієм Шаніро-Уїлка

Таким чином, за умов не нормального розподілу, ми не можемо застосовувати параметричні методи оцінки даних (Боснюк, 2020). Нам необхідно застосувати критерій Манна-Уїтні (Табл. 2.4), щоб з'ясувати чи існує статистична різниця між ситуаціями жінок в Україні і за кордоном за досліджуваними нами параметрами.

Independent Samples T-Test						
		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
PSS_mean	Student's t	0.887	158	0.376	0.0747	0.0842
	Mann-Whitney U	2844		0.460	0.1000	

Binge eating	Student's t	0.450	158	0.653	0.5716	1.2702
	Mann-Whitney U	2971		0.768	4.31e-5	
H _a μ ₁ ≠ μ ₂						

Табл. 2.3 Критерій Манна-Уїтні (U) для з'ясування статистичної різниці між групами в Україні і за кордоном

Звідси ми можемо зробити висновок, що компульсивне переїдання українок статистично не залежить від місця їхнього проживання. Таким чином ми робимо висновок, що можна робити тренінг онлайн для жінок з усього світу, а не обмежуватися українками, що наразі проживають в Україні.

Основною частиною нашого дослідження є підтвердження гіпотези про взаємозв'язок компульсивного переїдання та рівня стресу. В Таблиці 2.5 розглянемо як корелюють дані:

Correlation Matrix		
		Binge eating
Binge eating	Pearson's r	–
	df	–
	p-value	–
PSS_mean	Pearson's r	0.236
	df	158

	p-value	0.003
--	---------	-------

Табл. 2.4 Кореляційна матриця. Кореляція між компульсивним переїданням і сприйнятим стресом у респонденток

Як ми бачимо у таблиці вище, $p = 0,003$, що означає сильну позитивну кореляцію. Отже, можемо констатувати: чим вищий рівень стресу, тим тяжче компульсивне переїдання і чим більше виражене компульсивне переїдання, тим вище рівень сприйнятого стресу в українок.

На Рисунку 2.3 візуалізуємо як різняться показники взаємозв'язку стресу і переїдання українок за місцем проживання (в Україні – 1, за кордоном – 2):

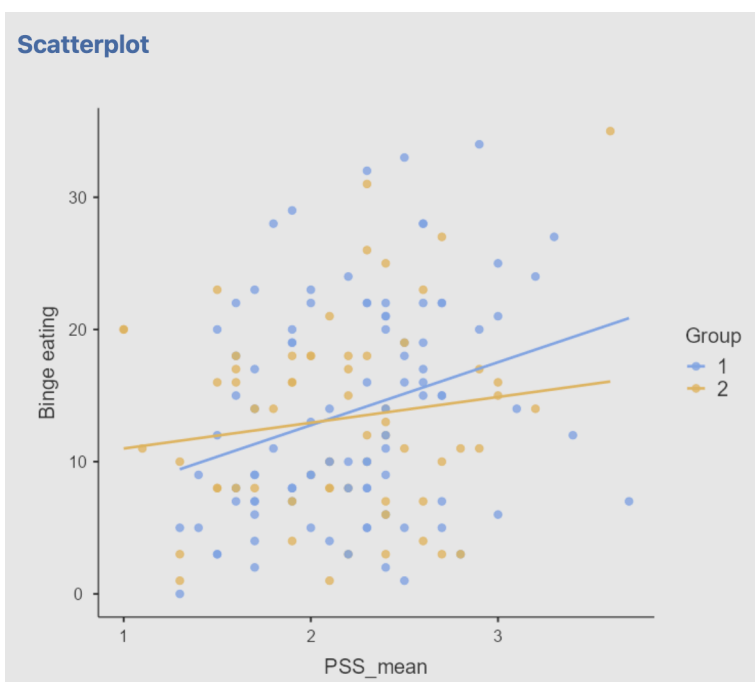


Рис. 2.3 Графік кореляції між сприйнятим стресом і компульсивним переїданням для українок в Україні (група 1) і за кордоном (група 2)

Відмінності між групами не є статистично значущими, проте на діаграмі розсіювання ми можемо побачити, що в жінок, які мешкають в Україні, кореляція між рівнем стресу та тяжкістю компульсивного переїдання трохи вища, ніж в жінок за кордоном.

Ще одна закономірність, яку ми хотіли би підкреслити в цьому дослідженні в контексті впливу стресу на КП, стосується зв'язку між тяжкістю компульсивного переїдання і залученістю жінок у контекст війни в Україні. За Таблицею 2.5 ми можемо встановити статистичну значущість різниці між групою 4 і групою 1.

Група 4 – це жінки, які висвітлюють події війни як журналістки, продюсерки, фотографки, відеооператорки, режисерки або безпосередньо допомагають постраждалим як психологині, співробітниця надзвичайних служб, лікарки і т.д. Тобто це фахівчині, які високоімовірно переживали травму свідка.

Група 1 складається з жінок, які в анкеті заявили, що «намагаються абстрагуватися від війни і жити своє життя». Зважаючи на інші варіанти відповідей, ці жінки майже не переглядають новини про війну, майже не допомагають армії діями або фінансами.

Linear Regression		
Model Fit Measures		
Model	R	R²
1	0.316	0.0996

Model Coefficients - Binge eating

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	3.051	3.21	0.9516	0.343
PSS_mean	3.602	1.15	3.1235	0.002
war perception:				
2 – 1	3.198	2.10	1.5242	0.130
3 – 1	0.985	2.39	0.4127	0.680
4 – 1	6.207	2.81	2.2122	0.028
5 – 1	0.237	3.65	0.0651	0.948
^a Represents reference level				

Табл. 2.5 Таблиця опису лінійної регресії, яка доводить статистично значущу різницю між групами жінок 1 («намагаються абстрагуватися від війни») і 4 («висвітлюють події війни, безпосередньо надають допомогу постраждалим»)

Нижче на рисунку 2.4. ми бачимо, що у жінок з групи 4, в чие повсякденне життя війна інтегрована значно більше, рівень компульсивного переїдання вищий за всіх інших респонденток. У жінок з групи 1, які практикують абстрагування від війни, показник компульсивного переїдання один з найнижчих.

Estimated Marginal Means – war perception

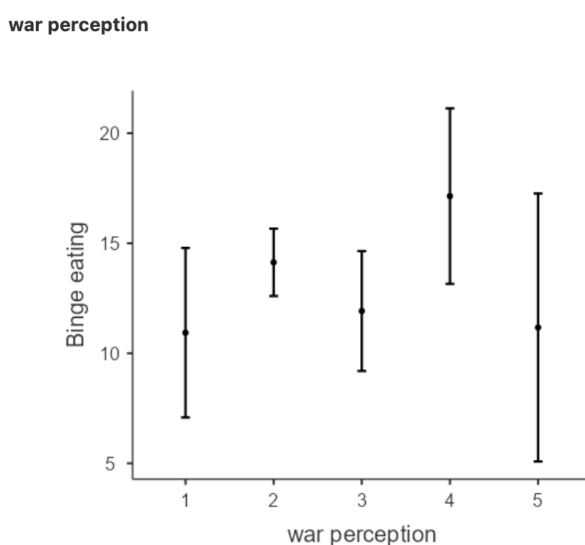


Рис. 2.4 Графік оціночних граничних значень компульсивного переїдання та сприйняття війни / залученості

Звісно, ми мусимо зважати на те, що в групах 1 і 4 у нас невелика вибірка, а отже результати не можна вважати дуже надійними. Проте кількість респонденток в цих двох групах однакова, тобто може бути порівняна між собою.

Також в нашому дослідженні ми з'ясували якими стратегіями подолання життєвих труднощів найбільше послуговуються українки і пропонуємо розглянути як вони пов'язані з компульсивним переїданням. З 15 копінг-стратегій лише 3 корелюють з рівнем КП.

В Таблиці 2.6 відображені перші 2 копінг-стратегії одного типу найбільш характерні для жінок з середнім та високим рівнем компульсивного переїдання.

Correlation Matrix

		Binge eating	COPE 6	COPE 12
Binge eating	Pearson's r	–		
	df	–		
	p-value	–		
COPE 6	Pearson's r	0.151	–	
	df	158	–	
	p-value	0,056	–	
COPE 12	Pearson's r	0.260	0.033	–
	df	158	158	–
	p-value	< .001	0.678	–

Табл. 2.6 Кореляційна матриця. Кореляція між копінгом 6 «Заперечення» і копінгом 12 «Вживання алкогольних напоїв та наркотиків та КП

Копінг-стратегія №6 – це «Заперечення», намагання заперечити наявність стресора або кризової ситуації. За значенням r кореляція заперечення з компульсивним переїданням не є потужною, але наближається до статистично значущого рівня. Стратегія «Заперечення» відноситься до групи стратегій уникнення або втечі.

Вона передбачає спроби подолання негативних переживань шляхом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. Часто супроводжується неконструктивними формами поведінки у стресових ситуаціях: заперечення чи повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності та дій під задля вирішення труднощів, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, вживання алкоголю задля зниження емоційного напруження (Предко & Сомова, 2022).

Дуже часто сучасні автори критикують цю стратегію як нежиттєздатну. Але копінг-стратегії не поділяються на «хороші» та «погані», вони не лише конструктивні та деструктивні, але й ще проблемно- або емоційно-орієнтовані. І тут нам більше імпонує підхід Лазаруса та Фолкмена (1984).

Емоційно-орієнтований шлях наша психіка зокрема обирає тоді, коли ситуацію неможливо змінити. Оцінка ситуації як контрольованої або неконтрольованої впливає на вибір тої чи іншої копінг стратегії. Проблемно-орієнтована стратегія дає можливість вирішити проблему, що спричинила стрес, а емоційно-орієнтована стратегія регулює емоції, змінюючи ставлення до подій (Lazarus & Folkman, 1984).

В цьому контексті важливо згадати саме стрес війни, який переживають українки. Війна як фон всіх життєвих подій – це не те, що може легко «вирішити» і проактивно подолати індивід. Тому емоційно-орієнтований копінг є в цьому випадку природним вибором. На жаль, заїдання стресу в такому процесі заперечення реальності приносить шкоду здоров'ю.

Прийнято вважати, що копінг «Заперечення» спрацьовує лише на короткій дистанції, як наприклад при втраті близької людини – поки ми не віримо в це, ми здатні деякий час стабільно виконувати необхідні завдання, але пізніше за таку модель поведінки доводиться розплачуватися відкладеними і значними стражданнями (Lazarus et al., 1984). Проте у цього механізму є науково доведені

позитивні сторони. Зокрема, дивовижним чином для пацієнтів з серцевими нападами цей копінг виявився запорукою емоційної стійкості, незворушності і кращого функціонування (Lazarus et al., 1984). Дослідження показують, що в цьому випадку ігнорування пацієнтом того факту, що його стан здоров'я один з найважчих можливих, краще для нього за гірку правду. Пацієнти кардіології, які заперечують свою неспроможність, відновлюються краще (Lazarus et al., 1984).

Найбільше з тяжкістю компульсивного переїдання корелює копінг-стратегія №12 – «Вживання алкоголю або наркотиків», застосування речовин у спробі відволіктися від стресора або кризової ситуації. Це також емоційно-фокусований копінг з когорті «уникнення». Ця кореляція дає нам мало нової інформації, адже механізм заїдання буквально дуже схожий на механізм утворення алкогольної чи наркотичної залежності.

У 20% людей з розладом компульсивного переїдання також спостерігається розлад вживання алкоголю (Bogusz, Korona, Jakubczyk, Trusco, Kucharska, Walenda & Wojnar, 2021). Ризик виникнення розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю, у 1,5 рази вищий при розладі харчової поведінки, ніж у здорових людей (Bogusz et al., 2021).

Існує проблема диференціації між розладом компульсивного переїдання і харчовою адикцією. Тут важливо зазначити, що це різні діагнози. Сербські вчені провели аналіз понад 50 публікацій, що відповідали критеріям тематичної специфіки, достовірності, репутації авторів та критеріїв неупередженості. Вони прийшли до висновку, що найбільше різниться таке:

- компульсивне переїдання характеризується занепокоєнням щодо дієтичних проблем, форми тіла та ваги, а також депресивних симптомів і задумливої румінації;
- харчову залежність можна розділити на залежність речовинну та поведінкову, які можна диференціювати за допомогою списку критеріїв: голод, смак, задоволення, функція їжі, втрата соціальних

зв'язків, занепокоєння вагою та обізнаність про розлад (Ratković, Knežević, Dickov, Fedrigolli & Čomić, 2023).

Для подальшої і більш глибокої диференціації вищезазначених діагнозів необхідні подальші дослідження.

Також нами віднайдений негативний статистично значущий кореляційний зв'язок між компульсивним переїданням і копінг стратегією №14. Розглянемо дані в Таблиці 2.7:

Correlation Matrix			
	Binge eating	COPE 14	
COPE 14	Pearson's r	-0.166	
	df	158	
	p-value	0.036	

Табл. 2.7 Кореляційна матриця. Кореляція між компульсивним переїданням і копінгом 14 «Придушення конкурентних дій»

Копінг-стратегія №14 – це «Придушення конкурентних дій» або придушення уваги до інших видів діяльності, задля того, щоб більше зосередитися на подоланні стресової ситуації.

Це проблемно-сфокусований активний копінг, для якого характерна відмова від діяльності, джерел інформації, подій, які можуть відволікати від взаємодії зі стресором. Під час застосування такої стратегії люди можуть дозволити собі «скотитися» в інших завданнях, сферах життя, щоб максимально сфокусуватися на подоланні стресу (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

На Рисунку 2.5 ми наочно бачимо негативну кореляцію. Переважно ті, хто послуговуються цим копінг-механізмом не мають проблем з переїданням, хоча в нашій вибірці проглядаються кілька кричущих винятків.

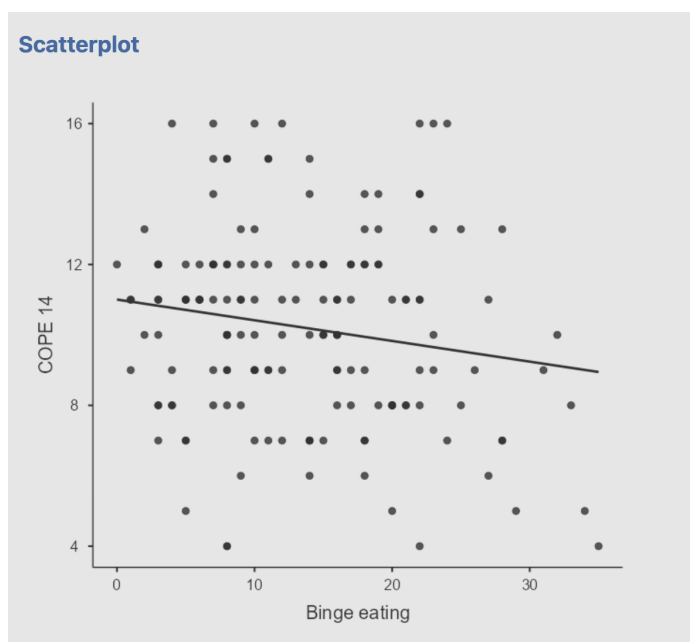


Рис. 2.5 Графік кореляції між компульсивним переїданням і копінгом 14 «Придушення конкурентних дій»

Такий результат можна пояснити тим, що копінг «придушення конкурентних дій» вимагає високого рівня сконцентрованості і дисципліни. А компульсивне переїдання в цей час характеризується зниженою здатністю до самоконтролю.

Також можна експериментально розглянути цей копінг в контексті транзакційного аналізу і теорії життєвих сценаріїв. Люди, які послуговуються копінгом «придушення конкурентних дій», принаймні в момент його використання живуть в сценарії «Поки ні»: «поки не вирішу проблему, не можу радіти», «поки не зроблено це, не почну інше» (Verne, 1972). Хоч копінг, який ми розглядаємо, і активний, та все ж він звучить як відкладання решти життя на потім. На противагу, люди, що страждають на компульсивне переїдання, в самому моменті переїдання швидше опиняються в сценарії «Після»: «я можу

радіти сьогодні, але завтра буде розплата» (Berne, 1972). Епізод переїдання – «солодке забуття», але як ми знаємо з діагностичних критеріїв, за ним може послідувати дискомфорт в шлунку, депресія, відраза до себе, набір ваги і супутні захворювання. Такі сценарії є протилежними.

Висновки до розділу 2

Вивчення компульсивного переїдання і його зв'язку зі стресом – важливе і актуальне для України особливо в часі війни і зокрема серед жінок. Адже згідно з іншими емпіричними дослідженнями, проведеними нашими колегами по всьому світу, жінки більш вразливі як перед стресом, так і компульсивним переїданням, ніж чоловіки.

Для емпіричного дослідження взаємозв'язку рівня суб'єктивно сприйнятого стресу, тяжкості компульсивного переїдання та копінг-стратегій у жінок ми застосували опитувальник з трьома методиками і авторською анкетой. 175 респонденток різного віку, що проживають в Україні та за кордоном, мають різний фінансовий і сімейний статус, вагу і ставлення до війни, відповіли на 90 питань.

Також з'ясували, що рівень стресу сильно позитивно корелює з тяжкістю компульсивного переїдання у жінок. Статистично значуща різниця між показниками стресу і компульсивного переїдання у жінок в Україні та за кордоном не доведена.

Сила взаємозалежності стресу і КП може бути підкреслена наступним фактом: існує статистично значуща різниця в тяжкості компульсивного переїдання між жінками, які намагаються абстрагуватися від війни і будувати своє життя поза цим контекстом, та жінками, які безпосередньо в роботі стикаються з наслідками війни, з людьми постраждалими від воєнних дій. У других рівень компульсивного переїдання суттєво вищий.

Також дослідження показало, що серед 15 копінг-стратегій за шкалою COPE з компульсивним переїданням корелюють 3. Позитивно корелюють копінги уникнення, з чого можна зробити висновок, що переїдання може бути свого роду емоційно-сфокусованою копінг-стратегією і його можна характеризувати як вид уникаючої поведінки. З іншого боку, така сильна кореляція з копінгом №12 «Вживання алкоголю та наркотиків» може свідчити про те, що в концепцію цього копінга після подальших досліджень імовірно можна буде додати харчову адикцію.

Негативна кореляція компульсивного переїдання з копінгом №14 «Придушення конкурентних дій» може свідчити про те, що особи з тяжчим рівнем компульсивного переїдання менш здатні чи менше хочуть фокусуватися на стресорі і його усуненні, що логічно, враховуючи те, що їхня поведінка – уникаюча. Уникаюча поведінка для таких людей не може бути розцінена суто як деструктивне негативне явище, адже стратегія «Заперечення» за Лазарусом та Фолкманом доведено може мати свої переваги, особливо для людей з тяжкими захворюваннями, з якими компульсивне переїдання є коморбідним.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТРЕНІНГУ ЗІ ЗНИЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПРОЯВІВ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА СТРЕСУ У ЖІНОК

3.1 Поняття тренінгу в сучасній науці як методу роботи з розладами харчової поведінки та стресом

За Євгеном Карпенком (2015) тренінг є «інтерактивною формою навчання та роботи над собою, яка сприяє максимальному засвоєнню знань і пошуку нових, наперед не передбачених шляхів функціонування особистості» (Карпенко, 2015; 7). Карпенко (2015) зазначає, що тренінг – це передусім навчання на практиці, але є більшим, ніж просто практика, адже це навчання через осмислення власних дій (Карпенко, 2015).

Тренінги можуть бути різних форм залежно від загального контексту – тематики, цілей, особливостей учасників та інших умов (Salas, Tannenbaum, Kraiger, & Smith-Jentsch, 2012). Зокрема, можна говорити про індивідуальні та групові, очні та дистанційні, короткотривалі або довгострокові тренінги (Weinberg & Gould, 2015).

Ми обрали для нашого дослідження формат групового тренінгу, тож зосередимося на його особливостях і перевагах. Необхідним для досягнення цілей атрибутом інтенсивного групового навчання є спілкування – обмін досвідом в процесі тренінгу, обмін результатами пізнання, дискусії (Зливков & Лукомська, 2019). За даними численних досліджень, тренінги у групі мають позитивний вплив на мотивацію учасників, знижують тривожність та сприяють загальному психологічному благополуччю учасників (Weinberg & Gould, 2015). Мотивація зокрема підвищується за рахунок включення соціальних стимулів, таких як особистісна відповідальність перед групою, почуття причетності до групи, спільної справи оволодіння знаннями, а також почуття задоволення від спільного переживання успіху (Зливков & Лукомська, 2019).

За допомогою тренінгу в групі можна багато дізнатися про себе, осмислити і перепрограмувати власну поведінку, виробити нові стратегії життя та діяльності, сформувані ефективні стратегії проживання і подолання стресових ситуацій (Карпенко, 2015). Загалом, у психологічному тренінгу поєднуються практичні вправи, групова взаємодія та рефлексія, що сприяє досягненню особистісних змін (Злишков & Лукомська, 2019).

Таким чином, з точки зору сучасної науки психологічний тренінг, що поєднує теоретичні знання з відпрацюванням практичних навичок, являє собою дієвий інструмент розвитку особистості. А ефективність цього інструменту залежить від правильної адаптації програми тренінгу до потреб учасників та групової взаємодії.

Враховуючи вищезазначене ми обрали формат групового тренінгу як оптимальний захід психологічного впливу на нашу експериментальну групу задля зниження проявів компульсивного переїдання та стресу.

3.2 Організація тренінгу

Групу з 18 жінок, що мали проходити тренінг, ми вирішили додатково розділити на дві підгрупи і провести тренінг для кожної підгрупи окремо. Це було зроблено з метою оптимізації часу проведення тренінга, адже він передбачав групові обговорення та індивідуальний фідбек після декількох вправ. Але не менш важливим є те, що ми хотіли створити комфортніші умови для висловлення думок учасниць, теплішу камерну атмосферу, підвищити рівень довіри. У семи дослідженнях, проаналізованих Ла Маккіа, Луїсом, Хорсіні та Леонарделлі (2016), автори знайшли докази того, що в евристичному сприйнятті більшості людей мала група дорівнює надійній – люди оцінюють менші за чисельністю групи як більш доброзичливі і такі групи викликають у них більше довіри (La Macchia, Louis, Hornsey & Leonardelli, 2016).

Тренінг був дистанційним, проводився онлайн на платформі ZOOM, адже досліджувані жінки проживають в різних містах України і за кордоном.

Тренінг тривав понад три години з перервою і передбачав виконання учасницями домашніх завдань протягом двох тижнів – завершення і повторення вправ, які були показані і обговорені на тренінгу, які найбільше індивідуально підійшли. Ми не можемо незалежно дослідити і оцінити виконання домашніх завдань, обсяг виконаних вправ, час і увагу, який цьому приділили респондентки поза тренінгом, і не ставили цього за мету. Кожна учасниця після отримання інформації і навичок з тренінгу могла рухатися в індивідуальному темпі, враховуючи свої потреби і вподобання щодо технік.

3.3 Дизайн програми авторського тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання та стресу у жінок

У процесі створення програми тренінгу ми керувалися результатами власного емпіричного дослідження взаємозв'язку стресу, компульсивного переїдання та копінг-стратегій. Для впливу на показники компульсивного переїдання нам необхідно було в першу чергу навчити групу жінок технікам зниження стресу. Також було запропоновано переглянути своє ставлення до копінг-стратегій, які сильно корелюють з компульсивним переїданням («Вживання алкоголю і наркотиків», «Заперечення»), і спробувати використати копінг-стратегію «Придушення конкурентних дій», не характерну для людей з компульсивним переїданням у нашій вибірці. А також ми підібрали кілька вправ, виконання яких мало би впливати на зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання безпосередньо.

Запропоновані нами вправи на зниження стресу можна розділити на дихальні, тілесні та імагінативні. Але варто зазначити, що це розмежування дуже умовне, адже в усіх трьох типах так чи інакше задіюється усвідомлене дихання як важливий інструмент включення парасимпатичної нервової системи, розслабляється тіло і в багатьох підключається уява. Ми обирали прості універсальні вправи, які наші досліджувані зможуть виконувати самостійно

майже в будь-якому місці в будь-який час. Але не всі техніки релаксації підходять всім людям в усіх випадках однаково добре. Для стабілізації стану або профілактики варто обирати найбільш доречну в конкретний момент часу, виходячи з уподобань та цілей. Ми рекомендували виконувати вправи з тренінгу в звичайному житті як планово, так і ситуативно, коли виникає бажання «заїсти» якість почуття, емоцію, проблему. Наприклад, для станів нервового збудження, тривоги, злості краще можуть підійти дихальні вправи, медитації, візуалізації, а при гострій травмі, шоківому стані чи в депресивних станах – м'язова релаксація, вправи на заземлення (Вишко, 2023).

Для роботи з копінг-стратегіями був обраний формат міні-лекції з певними порадами та домашніми завданнями.

А для спроби безпосередньої корекції рівня компульсивного переїдання – міні-лекції та вправи на переосмислення свого досвіду, способу життя та цінностей. Крім того, на цю частину програми вплинула ідея з роботи Барбери Перлман: люди, що страждають на розлади харчової поведінки, гірше середнього справляються з переробкою емоцій на символічному рівні (Pearlman, 2018). Емоції обробляються або символічно, коли підключається тестування реальності, мовна пам'ять і креативне мислення, або конкретно в тілі, що також передбачає дії з тілом – наприклад, епізоди переїдання чи навпаки тренування, вживання алкоголю, самоушкодження тощо (Pearlman, 2018). Модель, яку описує Барбара Перлман (2018) ґрунтується на тому, що емоційний шок чи винятково високий рівень тривоги закривають доступ до символічних функцій лобової частки поки цей стан не мине, таким чином людина опиняється у пастці без можливості сфокусуватися на чомусь крім свого тілесного досвіду, сприйняти адекватно метафору, іронію, мову символів загалом (Pearlman, 2019). Отже, у тренінгу ми вирішили звернути увагу також і на оброблення емоцій на символічному рівні як на спосіб впливу на харчову поведінку.

Програма тренінгу складалася з компонентів зазначених у таблиці нижче:

Компоненти програми	Мета	Зміст реалізації
Знайомство	<ul style="list-style-type: none"> - створити довірливу атмосферу в групі - налаштувати групу на продуктивну роботу 	<ul style="list-style-type: none"> - вступне слово - айс-брейкер «факт про мене, факт про проблему» -техніка метафоричного вираження «я - предмет»
Вступ до теми компульсивного переїдання та його взаємозв'язку зі стресом	<ul style="list-style-type: none"> - підвищити обізнаність щодо компульсивного переїдання - донести результати емпіричного дослідження щодо взаємозв'язку КП, стресу та копінг-стратегій - виходячи з даних дослідження, пояснити структуру тренінгу задля усвідомлення подальших дій 	<ul style="list-style-type: none"> - міні-лекція «Проблема компульсивного переїдання та її перспективи подолання»
Зниження рівня стресу за допомогою дихання	<ul style="list-style-type: none"> - роз'яснити техніку виконання популярних дихальних вправ для контролю стресу - натренувати вміння дихати рівномірно 	<ul style="list-style-type: none"> - вправа «усвідомлене дихання» - доповнення до вправи «пранаяма анулома-вілома» - техніка «дихання по

		<ul style="list-style-type: none"> - сформувати навички самодопомоги у стресових ситуаціях 	<p>квадрату»</p> <ul style="list-style-type: none"> - дихальна вправа в критичній ситуації – довгий видих зі стиснутими губами
Навчання технікам стабілізації стану, заземлення		<ul style="list-style-type: none"> - сформувати навички самодопомоги у стресових ситуаціях - натренувати вміння концентруватися на моменті «тут і зараз» - застосувати на практиці способи саморегуляції 	<ul style="list-style-type: none"> - вправа-медитація «Я бачу, я чую, я відчуваю» - вправа-медитація «Усмішка» - імагінативна техніка «безпечне місце»
Навчання тілесним технікам зниження стресу		<ul style="list-style-type: none"> - мотивувати на збільшення рухової активності - підвищити концентрацію за допомогою розминки - сформувати навичку відчувати тіло - вивільнити накопичену в тілі напругу і навчити вивільняти її самостійно 	<ul style="list-style-type: none"> - міні-лекція «Для чого рух?» - вправа «Сканер» - вправа «Інтуїтивний рух» - вправа «Мокрий песик» - вправа на вивільнення емоцій «про коня»
Робота емоціями	3	<ul style="list-style-type: none"> - роз'яснити зв'язок між емоційним станом та КП - допомогти усвідомити індивідуальні тригери та патерни поведінки 	<ul style="list-style-type: none"> - міні-лекція «Емоції та переїдання» - вправа «Незручна правда» - групове обговорення

	<ul style="list-style-type: none"> - дати безпечний простір для проговорювання емоцій - сформувати навички розрізнення власних емоцій і станів - навчити розрізняти фізичний та емоційний голод 	<p>почуття голоду</p> <ul style="list-style-type: none"> - вправа «Щоденник емоцій» - вправа «Щоденник тригерних подій»
<p>Навчання самодопомоги в епізоді переїдання через роботу з метафорою</p>	<ul style="list-style-type: none"> - допомогти подолати бар'єр, щоб вийти на мислення на символічному рівні - стимулювати уяву та процеси мислення - допомогти сформувати індивідуальні рішення для уникнення окремих епізодів переїдання 	<ul style="list-style-type: none"> - допоміжна гра «Асоціації» - вправа «Перекладачі»
<p>Оцінка власного досвіду компульсивного переїдання</p>	<ul style="list-style-type: none"> - допомогти переосмислити власну харчову поведінку - дати поштовх до змін харчової поведінки 	<ul style="list-style-type: none"> - вправа «Плюси і мінуси» - вправа «Цінності»
<p>Пошук альтернативних шляхів задоволення</p>	<ul style="list-style-type: none"> - змотивувати шукати способи задовільняти потреби, які дотепер задовільняло КП 	<ul style="list-style-type: none"> - вправа «Долонька резильєнтності» - домашнє завдання по результатам вправи

потреб	<ul style="list-style-type: none"> - розвинути навички, що сприяють резильєнтності - розробити індивідуальні стратегії зниження стресу та інтенсивності проявів компульсивного переїдання 	
Переосмислення звичних копінг-стратегій	<ul style="list-style-type: none"> - проінформувати про ризики застосування поточних копінг-стратегій - надати поради щодо вольової зміни поведінки - роз'яснити, де шукати підтримки для закріплення результату 	<ul style="list-style-type: none"> - міні-лекція «Копінг-стратегії характерні для людей з КП – як змінити?»
Підбиття підсумків і закріплення ефекту	<ul style="list-style-type: none"> - підсумувати, які знання, навички і усвідомлення отримала група - дати простір, щоб відрефлексувати свій стан після тренінгу - закріпити фокус на головних індивідуальних рішеннях учасників групи щодо майбутнього. 	<ul style="list-style-type: none"> - вправа «Контракт з собою» - завершальне коло

Табл. 3.1 Компоненти програми тренінгу зі зниження проявів компульсивного переїдання та стресу у жінок, їхня мета та зміст реалізації

У наступній таблиці 3.2 розкрито мету кожної вправи та тривалість їх виконання у нашому тренінгу.

Вправа	Мета	Тривалість виконання
айс-брейкер «факт про мене, факт про проблему»	<ul style="list-style-type: none"> - згуртувати учасниць - сформувати безпечний простір і довіру в групі - дізнатися більше про учасниць і визначити на чому корисно зробити акценти в тренінгу 	1 хвилина на 1 людину, загалом 10 хвилин
техніка метафоричного вираження «я - предмет»	<ul style="list-style-type: none"> - з'ясувати поточний стан учасниць групи - сформувати безпечний простір і довіру в групі - стимулювати уяву, запустити процес мислення на символічному рівні 	30 сек - 1 хв на людину, загалом 5-10 хвилин
вправа «усвідомлене дихання»	<ul style="list-style-type: none"> - навчити способу самопомоги в стресовій ситуації 	5 хвилин
доповнення до вправи «усвідомлене дихання» – «пранаяма анулома-вілома»	<ul style="list-style-type: none"> - покращити концентрацію в процесі виконання вправи «усвідомлене дихання» - культурологічно розширити погляд на дихальні вправи 	5 хвилин
техніка «дихання по квадрату»	<ul style="list-style-type: none"> - навчити способу самопомоги в стресовій 	5 хвилин

	ситуації	
дихальна вправа в критичній ситуації – довгий видих зі стиснутими губами	- надати релевантні знання про дихання при гострій стресовій реакції, панічній атаці чи її наближенні	5 хвилин
вправа-медитація «Я бачу, я чую, я відчуваю»	- навчити швидко концентруватися на ситуації «тут і зараз», «заземлитися»	5 хвилин
вправа-медитація «Усмішка»	- натренувати навичку вольовим зусиллям покращувати власний настрій	5 хвилин
імагінативна техніка «безпечне місце»	- сформувати навичку самозаспокоєння та регуляції стресу	10 хвилин + обговорення
вправа «Сканер»	- навчити способу краще відчувати власне тіло	5 хвилин
вправа «Інтуїтивний рух»	- натренувати вміння відчувати тіло	5 хвилин
вправа «Мокрий песик»	- навчити способу знімати тілесну напругу у стресовій ситуації	3 хвилини
вправа на вивільнення емоцій «про коня»	- навчитися швидко вивільняти напругу, емоції, притамувати біль фізичний чи емоційний - розважити групу	3 хвилини

вправа «Незручна правда»	- здобути безпечний досвід відстеження і висловлення негативних почуттів та емоцій, які не прийнято висловлювати	10 хвилин
вправа «Щоденник емоцій»	- дослідити «улюблені» емоції, які учасниці найчастіше заїдають - натренувати навичку розрізняти і фіксувати емоції під час емоційного голоду	10 хвилин + домашнє завдання
вправа «Щоденник тригерних подій»	- зафіксувати індивідуальні тригерні події, які призводять до епізодів КП - навчитися відрізняти подібні події	10 хвилин + домашнє завдання
допоміжна гра «Асоціації»	- налаштувати групу на спілкування на символічному рівні	6 хвилин
вправа «Перекладачі»	- знайти індивідуальний спосіб подолання типового епізоду КП - натренувати навичку переключення з фізичного на символічний рівень мислення - навчитися опрацьовувати проблеми на символічному рівні	30 хвилин

вправа «Плюси і мінуси»	- з'ясувати індивідуальні вторинні вигоди КП - дослідити наскільки сумісне КП з бажаним способом життя учасниць	10 хвилин + домашнє завдання
вправа «Цінності»	- інвентаризувати та актуалізувати власні цінності - з'ясувати якою мірою і чи відповідає КП життєвим цінностям учасниць	10 хвилин + домашнє завдання
вправа «Долонька резильєнтності»	- знайти альтернативний КП спосіб закриття потреб, розширити сприйняття	5 хвилин + домашнє завдання
вправа «Контракт з собою»	- закріпити фокус уваги на практиках, які найбільше відгукнулися - зафіксувати рішення, які прийшли в процесі	5 хвилин + домашнє завдання

Табл. 3.2 Мета і тривалість вправ тренінгу зі зниження проявів компульсивного переїдання та стресу у жінок

Опис та обґрунтування вправ тренінгу

- **Айс-брейкер «факт про мене, факт про проблему»**

В цій вправі необхідно представитися за допомогою певного факту про себе – такого, за яким би учасниця хотіла, щоб група її запам'ятала. І також

навести факт про себе на тему тренінгу, наприклад, про власний досвід компульсивного переїдання.

Вже на цьому етапі в обох групах тренінгу ми знайшли спільний знаменник в історіях жінок. В першій групі більшість, як виявилось, були схильні мотивувати і винагороджувати себе їжею, в другій – розслаблятися і розважатися за допомогою їжі. Усвідомлення цієї схожості учасницями створювало відчуття спільності та більш довірливу атмосферу.

- **Техніка метафоричного вираження «я - предмет»**

Знайти десь поруч перед очима предмет і представити себе групі через нього: чому я, мій стан чи настрій схожі на цей предмет.

Для прикладу метафор з нашого тренінгу: «я сьогодні як ця жовта ганчірочка – вимотана, вижата, пом'ята, але життєрадісна», «я як моя каструлька на плиті – зараз відчуваю порожнечу, але рада буду чимось наповнитися і варити, працювати, виконувати свою роль», «я зараз як дзеркало – не знаю як поводитися в групі, не можу сформулювати як почувуюся, але відображаю поведінку і стан інших» (зі слів учасниць тренінгу).

- **Міні-лекція про компульсивне переїдання і результати дослідження**

У цій частині тренінгу ми провели психоедукацію про природу компульсивного переїдання, чинники виникнення і тяжкості проявів, а також про результати проведеного нами дослідження. Спираючись на них, ми прояснили для учасниць подальшу структуру тренінгу, мету, обґрунтували наш набір вправ.

- **Вправа «усвідомлене дихання»**

Дихаємо в стабільному повільному темпі. Вдихаємо носом, видихаємо через рот, без затримки між вдихом і видихом. На вдиху підіймається живіт

(задіюється діафрагма), на видиху опускається. Можна покласти на живіт руку, щоб краще відчувати і усвідомлювати цей рух. Концентруємося на своїх відчуттях – як повітря входить в тіло і виходить.

- **«Пранаяма анулома-вілома»**

Для урізноманітнення практики і більшої концентрації уваги на процесі дихання було запропоновано також застосувати прийом з йоги, а саме пранаяму (дихальну практику) «анулома-вілома», під час якої людина чергує ніздрі під час дихання: вдих правою, видих лівою, вдих лівою, видих правою, ніздря, що не дихає в цей момент легко закривається пальцем. Ефект від тривалого практикування цієї пранаями досліджували на групі медичних працівниць під час пандемії COVID-19, і було доведено, що це поліпшило психофізіологічний, вегетативний та біохімічний профіль, знизило рівень сприйнятого стресу та показники депресії і тривоги (Sharma, Barde & Rajendran, 2024).

- **Техніка «дихання по квадрату»**

Рівномірне дихання за схемою 4 - 4 - 4 - 4 = вдих - затримка - видих - затримка. Кожен елемент виконується на 4 рахунки. Цикл повторюється кілька разів. Виконання такої вправи щоденно протягом 5 хвилин впливає на покращення настрою та зниження нервового збудження (Yilmaz Balban, Neri, Kogon, Weed, Nouriani, Jo, Holl, Zeitzer, Spiegel & Huberman, 2023).

- **Дихальна вправа в критичній ситуації – довгий видих зі стиснутими губами**

Техніка виконується без різкого глибокого вдиху. Спокійний легкий вдих через ніс на 2 секунди, і потім максимально довгий видих через маленький отвір між міцно стисненими губами.

Pursed-lip breathing наразі більше досліджується в галузі соматичної

медицини, ніж психології, як спосіб допомоги пацієнтам з легеневиими хворобами, хоча в таких роботах і згадується про зниження тривоги (Mohamed, 2019). Проте практикуючі психологи і психотерапевти, такі як Максиміліан Прітц, у лекціях говорять про те, що в ситуації гострого стресу, потенційної чи вже наявної панічної атаки краще почати з цієї дихальної техніки, а не з глибокого усвідомленого дихання чи дихання по квадрату. Pursed-lip breathing в таких ситуаціях дає можливість уникнути гіпервентиляції легень (з особистого конспекту Зимової школи Приватного університету Зигмунда Фрейда у Відні з теми кризового консультування і запобігання суїциду, грудень 2024).

- **Вправа-медитація «Я бачу, я чую, я відчуваю»**

Вправа допомагає заземлитися, відчутти себе «тут і зараз», стабілізуватися. Вправа не має чіткого авторства і однозначної техніки виконання, існує як в тренінгах з майндфулнес-підходу, тілесно-орієнтованій терапії так і в класичній йозі. Її можна виконувати десятками різних способів, які більше подобаються, стільки часу скільки знадобиться для емоційної стабілізації. В нашому випадку ми виділяли по хвилині на кожне чуття. Необхідно спочатку на хвилину сконцентруватися на зір, потім на слух і потім на тактильне сприйняття та пропріоцепцію. Під час хвилини роботи з чуттям називати вголос чи про себе об'єкти в полі зору / звуки / відчуття в тілі.

- **Вправа-медитація «Усмішка»**

Це комбінація вправи Марші Лінехан «Напівусмішка» і класичної йогівської медитації люблячої доброзичливості, яка розширює дану практику. За Лінехан (2015) для виконання вправи необхідно розслабити м'язи обличчя, злегка підняти кутики губ, зберігати цей вираз обличчя протягом кількох хвилин, зосереджуючись на диханні (Linehan, 2015). Гіпотеза зворотного зв'язку виразів обличчя стверджує, що не лише наш стан впливає на вираз обличчя, але і навпаки – наприклад, усмішка покращує фізіологічний та

емоційний стан. На цю тему було проведено понад сотню великих наукових досліджень. Один з сучасних метааналізів показує, що зворотний зв'язок обличчя доведено впливає на емоційний досвід, хоча ці ефекти неоднорідні і розмір ефекту часто низький (Coles, Larsen & Lench, 2019).

Щодо розширення вправи, тренер під час виконання фокусує увагу учасників на тому, кому і чому ми усміхаємося – від меншого до більшого. Наприклад, усміхаємося собі, своїм близьким, своїм знайомим, всьому місту, всій країні, всій планеті. Така практика демонструє переваги для здоров'я окремих осіб та спільнот, сприяє покращенню самопочуття, соціальної взаємодії, знижує показники самооціненої депресії, збільшує співчуття та самоспівчуття (Galante, Galante, Bekkers & Gallacher, 2014). Проте результати досліджень, які взяли до цього метааналізу, могли бути неточними через широкі довірчі інтервали і методологічна якість деяких звітів була від низької до помірної, тож тут необхідні подальші рандомізовано-контрольовані дослідження на великих вибірках (Galante et al., 2014).

- **Імагінативна техніка «безпечне місце»**

Учасницям необхідно сісти зручно, закрити очі і слухати голос тренерки, який скеровує. Спочатку виконується кероване розслаблення всього тіла, занурення у медитативний стан для найкращої роботи з уявою. Тренер пропонує уявити безпечне місце. Як воно виглядає, де знаходиться? Чим пахне? Які звуки там можна почути? Що відчувається під ногами, яка температура повітря? Таких питань може бути більше для того, щоб максимально детально скласти образ цього місця.

Наше авторське допрацювання техніки полягало в пропозиції за допомогою керованої уваги проактивно зробити це місце ще безпечнішим.

Далі необхідно максимально чітко запам'ятати деталі цього образу, і тоді його можна пригадувати, викликати в пам'яті у моментах життя, коли бракує опори, рівноваги, безпеки і т.д.

Після виконання вправи учасниці могли за бажанням ділитися власними усвідомленнями. Наприклад, декілька учасниць уявляли не місце, а близьку людину з якою безпечно, і це був центральний образ, декілька усвідомили своє актуальне житло як безпечне місце, кілька висловили бажання знайти це місце в реальності і здійснити подорож.

- **Міні-лекція «Для чого рух?»**

Коротка психоедукація на тему сприйняття руху. Для зниження стресу і тривоги необхідно більше рухатися, так само це справедливо для дівчат з зайвою вагою, яка дуже часто є і наслідком, і предиктором компульсивного переїдання. Але для осіб з КП дуже важливо наголосити на тому, що рух відбувається не для схуднення, витрати калорій, відволікання від їжі, виконання мети в 10.000 кроків, покарання за переїдання, а для задоволення тіла і покращення настрою, що призводить до зниження стресу. Необхідно лише самим учасницям розібратися в тому, який рух приємний і потрібний тілам кожної з них.

- **Вправа «Сканер»**

Ця вправа є певною передумовою якісного виконання всіх інших тілесних вправ, тобто йдеться про розвиток базової навички відчувати своє тіло і формування звички усувати дискомфорт.

Для виконання особливо для початківців варто сісти або лягти максимально зручно, закрити очі, по черзі спрямовувати увагу у різні частини і органи тіла, уявити, що скануєш тіло зсередини і намагатися відчути: де приємно, де дискомфортно, чи є біль, чи є ділянка якій холодно, чи є бажання щось виправити? Наприклад, змінити позу на ще більш зручну, попити води, охолодитися.

Виконання вправи сканування тіла протягом 8 тижнів доведено покращує інтерцептивні процеси, здатність точно сприймати внутрішні сигнали тіла

(Parkin, Morgan, Rosselli, Howard, Sheppard, Evans & Critchley, 2017).

- **Вправа «Інтуїтивний рух»**

Вправа передбачає, що учасниці вже «просканували» своє тіло і уважні до відчуттів в тілі. В цій вправі пропонується рухатися довільним чином, усвідомлюючи чого хочеться тілу – нахилитися, розтягнутися, покрутити стегнами, розім'яти пальці, потанцювати тощо.

- **Вправа «Мокрий песик»**

Стоячи, стряхуємо з себе тривогу, напругу, сором, стрес як мокрий пес стряхує з себе краплі води. Починаємо плавно, з голови, повільно трусимо нею. Далі шия, плечі, руки, ноги, і найактивніше сідниці. Трусимо, прискорюємося, збільшуємо амплітуду. Потім зупиняємося, розпрямляємося і відчуваємо полегшення.

Соматичне струшування доведено допомагає повернути тіло в стресі до нейтрального стану і відрегулювати функції організму, звільнити нервову систему від надмірної активації (Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015).

- **Вправа на вивільнення емоцій «Про коня»**

Ця вправа стала улюбленою на тренінгу, найчастіше згадувалася у відгуках на тренінг, а назву вигадали самі учасниці. Вправа була використана жартома як спосіб емоційного розвантаження, зниження напруги та очікувань, підняття настрою та солідаризації жінок, які переживають сильний стрес. Проте, не зважаючи на жартівливий характер, існують наукові джерела, які вказують на потенційну ефективність подібних технік.

Для виконання вправи необхідно встати, підняти руки високо вгору, потягнутися, напружити руки. Далі різко на видиху кинути розслаблені руки вниз із вигуком, який містить усталений ненормативний ідеоматичний вираз зі згадуванням коня, що передає бажання відпустити ситуацію. Приблизне

значення фрази: «та пішло воно все лісом!», «та котись воно все колесом!».

Суть використання саме ненормативної лексики у цьому випадку полягає у вивільненні накопичених негативних емоцій і напруги, адже цей механізм з використанням нецензурної лексики доведено сприяє розслабленню та гіпоалгезії (Hay, Sills, Shoemake, Ballmann, Stephens & Washmuth, 2024).

Фразу можна змінювати на свій смак, але бажано, щоб вона була традиційною, усталено сприймалася в певному культурному та емоційному контексті. Адже новостворені лайливі слова не мають відповідного підтвердженого ефекту на психіку (Stephens, Robertson & Drury, 2020).

Також варто зазначити, що немає сенсу виконувати вправу щоденно, як і загалом нецензурно лаятися, адже позитивні ефекти, такі як зниження напруги і болю, зменшуються від звикання до вжитку нецензурних слів, тож щоб працювати на подолання стресу, лайка має викликати сильний емоційний відгук (Stephens & Umland, 2011).

- **Міні-лекція «Емоції та переїдання»**

Ця частина тренінгу починається після перерви зі стислого викладу досліджень про взаємозв'язок компульсивного переїдання та наших емоцій. Зокрема учасниці були проінформовані про зв'язок КП та алекситимії – нездатності розуміти, розрізняти, вербалізувати власні емоції та почуття. Це в жодному разі не означає, що в учасниць наявна патологія. Необхідно розуміти, що алекситимія тут – не діагноз, а стан, в якому людина може перебувати в певний момент часу, і тоді схильна переїдати (Pearlman, 2018). Також додається психоедукація на тему розрізнення фізичного та емоційного голоду.

- **Вправа «Незручна правда»**

Зважаючи на те, що ми часто заїдаємо невисловлене, у даній вправі пропонується сказати на загальне щось, що, можливо, здається не дуже доречним чи прийнятним, але щиро висловити свої почуття тут і зараз. Для прикладу,

почуття щодо тренінгу, вправ, свого стану в цьому процесі. Тренер попереджає, що говорити можна що завгодно, крім образ в бік інших учасників, і що б не сталося, тренер сконтейнує почуття і витримає критику, адже цей тренінг – безпечний простір. Ця вправа навчає висловлювати те, про що раніше учасниці могли би промовчати, знижувати ризик конфлікту і зменшувати кількість непроговореного.

- **Вправа «Щоденник емоцій»**

Кожна учасниця називає свою «улюблену» емоцію, яку вона найчастіше заїдає. Так поступово збирається спільний список можливих емоцій і станів, які провокують компульсивне переїдання. Тренер може також підказати приклади не названих групою емоцій. Тепер, коли учасниці обізнані з цим спектром, вони мають навчитися зупинятися і фіксувати свої емоції до того як потягнутися за перекусом. Іноді це може зупинити їх від епізоду переїдання, але це не є головною метою в моменті тренінгу. Для початку вправа навчає більшій усвідомленості.

Учасницям пропонується за бажанням завести фізичний щоденник емоцій, куди вони зможуть виписувати спостереження за власним емоційним станом в момент, коли хочеться щось з'їсти поза трьома основними збалансованими прийомами їжі.

- **Вправа «Щоденник тригерних подій»**

В цій вправі пропонується висловитися за бажанням кільком учасницям. Необхідно зазначити, яка саме подія передувала епізоду переїдання учасниці, або яка подія в її житті нерозривно пов'язана з переїданням, це може бути систематично повторювана подія. По аналогії з щоденником емоцій, пропонується надалі письмово відстежувати тригерні події та виокремлювати деталі. Наприклад, сімейне застілля, на якому завжди переїдають, не є ультимативно поганою подією, якої треба уникати, в ньому може бути багато

хорошого. Але під час цього застілля відбувається щось, що змушує більше їсти: харчовий тиск, репродуктивний тиск, незручні питання, неконтрольоване вживання алкоголю тощо. За допомогою щоденника тригерних подій можна поступово почати впливати на зміну власної поведінки.

- **Допоміжна гра «Асоціації»**

Для того, щоб якісно виконати наступну вправу необхідно розслабитися, зняти психологічні захисти і дозволити собі вільно говорити перше, що приходить в голову. Гра в асоціації передбачає, що учасниці по черзі, не замислюючись, називають свої вільні асоціації на попереднє назване слово, відповідно до образів, що виникають в голові.

- **Вправа «Перекладачі»**

Це спосіб самодопомоги через метафору. Вправа побудована на основі описаної теорії Барбари Перлман (2018) щодо труднощів переходу з тілесного на символічний рівень мислення у людей з КП. Але також варто зазначити, що метафора є потужним інструментом в багатьох підходах психотерапії, зокрема однією із трьох основних технік позитивної кроскультурної психотерапії. Метафора дає можливість через близькі і зрозумілі образи досягнути складніші речі, концепції, та знайти рішення для деяких ситуацій.

Отже, схема роботи у цій вправі: опис ситуації і почуттів → переклад на метафоричну мову → дія всередині метафори → повернення в “тіло”. переклад з мови метафори на мову тіла.

Приклади з тренінгу:

Ситуація 1: «переїла на родинному застіллі, мені все підкладали і підкладали по ложечці всіх можливих страв»

Метафора: «я почувалася наче я катаюся колами на каруселі і вона не зупиняється!»

Дія всередині метафори:

- Зупинити карусель. Зійти з каруселі.
- Як саме це зробити?
- Кричати до оператора атракціону, щоб зупинили.

Переклад на мову тіла:

- Що таке «кричати, щоб зупинили карусель?»
- Попросити про допомогу.
- Про яку саме допомогу? Про чию?
- Психотерапевт по роботі з РХП / лікар-дієтолог / нутріціолог / родичі тощо.

Ситуація 2: «хтось приніс додому багато різних солодощів, не знаю, за що хвататися, хочеться все, починаю їсти і не можу зупинитися».

Метафора: «мене наче в морі накрило величезною хвилею і збило з ніг, я в цьому переїданні тону»

Дія всередині метафори: щоб великі хвилі не збивали з ніг – треба або вийти на берег, або відплисти подалі, де хвилі менші.

Переклад на мову тіла: що таке вийти з моря чи відплисти на безпечну відстань? Вийти з кімнати, де їдять солодощі / відсунути їх від себе на столі, щоб було незручно щоразу за ними тягнутися

Ситуація 3: «коли об'їдаюся, я наче хочу наїстися наперед, їм як востаннє – так наче їжі раптом може не стати»

Метафора: «я як хом'як, який набиває собі за щоки якісь запаси на потім»

Дія всередині метафори: подарувати хом'яку рюкзачок, щоб він міг носити запаси в ньому, а не за щоками.

Переклад на мову тіла: запасати продукти в морозилці та шухляді, а не в собі, нехай завжди буде таке відчуття продуктової безпеки.

- **Вправа «Плюси і мінуси»**

Кожній учасниці необхідно виписати недоліки КП для неї особисто. Це, може бути, наприклад, зайва вага, потенціал набути діабет 2 типу, сором за свою проблему, страх за майбутнє. Наступний крок – написати переваги КП, можливо ті переваги, які були в минулому, до рішення боротися з КП, але деякі «плюси», так звані вторинні вигоди, можуть зберігатися і дотепер. Наприклад, їжа – це спосіб швидко заспокоїтися, додати в життя різноманіття за рахунок смаків, прийом їжі часто буває єдиною приємною спільною справою, що об'єднує сім'ю, або переїдання і зайва вага як наслідок дають можливість уникати подій в житті, які лякають.

Наступний крок – порівняти плюси і мінуси, і відповісти собі на питання: чи поєднується компульсивне переїдання з щасливим повноцінним життям, відчуттям повноти життя, найкращим потенційним життям, яке могло би у вас бути (Safer et al., 2018)?

- **Вправа «Цінності»**

Учасниці тренінгу мають подумати, які їхні основні цінності. Для прикладу були наведені цінності з праці Сафер, Адлер та Массона (2018): досягнення, пригоди, автономність, краса, любов, надія, креативність, зростання, здоров'я, самоконтроль, духовність, чесність, сім'я, різноманітність досвідів, безпека, захист довкілля тощо (Safer et al., 2018). Наступний крок – взяти одну з цінностей і проаналізувати, чи компульсивне переїдання відповідає цій цінності, чи суперечить, чи ніяк не перетинається (Safer et al., 2018).

Приклади аналізу з тренінгу:

- **Цінність “Здоров’я”:** переїдання, особливо нездоровою їжею – це шалені ризики: зайва вага, потенційний діабет, серцево-судинні хвороби, хвороби ШКТ, в т.ч. онкологічні, проблеми з опорно-руховим апаратом.
- **Цінність “Незалежність”:** компульсивне переїдання – це залежність від їжі, неможливість саморегуляції інакшим шляхом.
- **Цінність “Захист довкілля”:** наша улюблена їжа для переїдання – це дуже багато пакування, яке не переробляється, або тваринництво дуже сильно забруднює довкілля і заради пасовищ вирубують ліси, знищуючи екосистеми.
- **Цінність “Сім’я”:** хочеться виростити дитину здоровою, зі здоровим ставленням до їжі. Або хочеться накопичити на щось для сім’ї, але попри це є багато видатків на ресторани, доставки, смаколики. З іншого ж боку, сім’я – це класні свята із веселими застіллями, традиційні 12 страв на столі на Різдво, турбота, яка проявляється через їжу і т.д.

- **Вправа «Долоня резильєнтності»**

Учасниці обводять на папері свою долоню. Кожному пальцю присвоюють певне чуття на власний розсуд: зір, слух, нюх, смак, доторк. По кожному з відчуттів, крім смаку в нашому випадку, необхідно написати список улюблених досвідів, які гарантовано приносять задоволення. Наприклад:

- **Зір:** захід сонця, архітектура Хрещатика, кіно студії А24, вогонь, водоспади, картини Гогена, інстаграм Тараса Цимбалюка (**уникаємо:** вітрина кондитерської).
- **Слух:** гуркіт товарних поїздів, шум моря, класична музика, спів птахів, позивні “Українського радіо” (**уникаємо:** “вільна каса!” в МакДональдсі).
- **Нюх:** бузок, улюблений парфум, хвоя, нові книжки, дим вогнища (**уникаємо:** свіжа випічка).

- **Доторк:** кора дерев, кішка, глина, волейбольний м'яч, обійми, розчісування волосся, кавовий скраб (**уникаємо: місити тісто на чебуреки**).

Домашнє завдання: щодня переживати як мінімум один з таких чуттєвих досвідів. Наповнювати свої дні задоволеннями окрім їжі.

- **Міні-лекція «Копінг-стратегії характерні для людей з КП – як змінити?»**

В цій частині тренінгу ми поінформували учасниць про те, які існують копінги, які з них більш характерні і менш характерні для людей з КП. Важливо було наголосити, що не існує «хороших» і «поганих» стратегій подолання стресу, і емоційно-фокусовані стратегії не є гіршими за активні копінги. В часі війни в атакованій країні в багатьох ситуаціях емоційно-фокусовані стратегії часто є більш адекватними, адже у людини немає можливості впливати на деякі фактори ризику і хід подій. Кожна проблема і кожен вид стресу потребує своєї стратегії, і найкраще для особистості мати багато розвинених копінгів та гнучко застосовувати їх залежно від ситуації.

Окремо обговорювали копінг «Вживання алкоголю та наркотиків», що має найтісніший взаємозв'язок з КП, і необхідність змінювати цей патерн поведінки.

- **вправа «Контракт з собою»**

Написати на папері своє зобов'язання щодо зниження проявів компульсивного переїдання, але обов'язково реалістичне, доступне для виконання. Без поспішних рішень, без загальних великих обіцянок на кшталт «більше не переїдати» чи «відмовитися від солодкого, жирного, смаженого». Швидше це мають бути прості обіцянки, як от виконувати певні вправи з тренінгу, звертати увагу на свої емоції, звертатися по допомогу. Або ж те, що давно назрівало – як от розпочати терапію РХП. Контракт із собою – це

важливий інструмент саморозвитку та саморегуляції, що з точки зору транзактного аналізу сприяє активізації его-стану «Дорослий», отже це підвищує рівень усвідомленості і відповідальності за власні рішення (Lapworth & Sills, 2011).

Висновки до розділу 3

Ми розробили програму групового психологічного тренінгу та апробували на 18 жінках з компульсивним переїданням верхньої межі легкого, середнього та важкого ступенів, розділивши їх на дві підгрупи задля створення більш комфортної довірливої атмосфери. Тренінг проводили онлайн на платформі ZOOM, він тривав три години з перервою. Програма тренінга базувалася на нашому дослідженні взаємозв'язку між КП, стресом та копінг-стратегіями, а отже включала в себе вправи і міні-лекції спрямовані на зниження стресу, зміну копінг-стратегій та підвищення усвідомленості задля роботи безпосередньо з проблемою КП. В ході тренінгу учасниці розвинули навички самопомоги і стабілізації в стресових ситуаціях, диференціації власних емоцій, станів і тілесних потреб, переробки емоцій на символічному і метафоричному рівні, практикували дихальні вправи і вчилися додавати в своє життя приємний інтуїтивний рух. Після проходження тренінгу учасницям рекомендовано було виконувати домашні завдання, застосовувати в житті вправи, які їм сподобалися і підтримувати одна одну. Групова взаємодія була теплою та підтримуючою.

РОЗДІЛ 4. ДОВЕДЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГУ ЗІ ЗНИЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПРОЯВІВ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ ТА СТРЕСУ У ЖІНОК

4.1 Організація та проведення дослідження ефективності тренінгу

Робота над доведенням ефективності тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання проводилася в три етапи.

1	Констатувальний етап	теоретичне дослідження	жовтень - грудень 2024
		опитування, збір даних	листопад 2024
		аналіз даних	грудень 2024
2	Формувальний етап	Розроблення програми тренінгу	березень - травень 2025
		Формування експериментальної і контрольної груп	квітень 2025
		Опитування 1 – до тренінгу	кінець квітня 2025
		Проведення тренінгу	перші вихідні травня 2025
3	Контрольний етап	Опитування 2 – після тренінгу	кінець травня 2025
		Аналіз даних	кінець травня - початок червня 2025

Табл. 4.1 Етапи проведення дослідження ефективності тренінгу

Характеристика груп. Задля того, щоб дослідити ефективність тренінгу щодо зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання, ми відібрали з нашої вибірки розміром у 175 жінок 58 тих, в кого зафіксований був середній і важкий ступінь компульсивного переїдання.

Згідно з результатами попереднього дослідження на нашій вибірці вік не був вагомим чинником компульсивного переїдання, але в сучасній психологічній науці вважається, що існує оптимальний вік для навчання через тренінг. Вік від 16 до 40 років є найбільш сприятливим, адже люди старші 40 років, як правило, вже мають структуру особистості, що стабілізувалася, і зміни потребуватимуть більших зусиль, яких не всі і не завжди готові докласти (Злишков & Лукомська, 2019). Таким чином з 58 потенційних досліджуваних ми обрали до участі в нашому експерименті переважно молодих жінок віком від 25 до 40 років, та кілька жінок зі старшої вікової групи, щоб збільшити і врівноважити вибірку.

У нас утворилася група з 36 респонденток, які погодилися брати участь у подальшому дослідженні. На початку травня всі 36 жінок повторно заповнили опитувальник з трьома методиками. В результаті цього тестування було встановлено, що частина з відібраних жінок вже не мають середнього ступеня компульсивного переїдання, тобто вони змогли за пів року від першого дослідження, знизити у себе тяжкість проявів КП. Попри це ми продовжили роботу з ними, адже їхні бали за тестом сягали верхньої межі легкого ступеня переїдання. В цьому випадку ми вбачаємо потенціал для покращення їхніх результатів, які могли би бути статистично значущими.

Після тестування ми об'єднали жінок в дві групи по 18 осіб – експериментальну, яка проходитиме тренінг, і контрольну, яка не проходитиме. Тут ми керувалися в першу чергу побажаннями і зручністю досліджуваних – хтось з них мав можливість взяти участь у тренінгу у визначені дати, хтось ні. Але, зібравши групи, ми простежили за тим, щоб середній показник за шкалою

компульсивного переїдання в обох групах був співставний. Таким чином, в нашій тренінговій групі середній бал опитувальника BES становив 23,94 бали, а в контрольній – трохи вище: 24,33.

Досліджували показники за тими самими методиками, що і на констатувальному етапі дослідження: BES, PSS-10, COPE 60.

4.2 Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження ефективності тренінгу

Показники експериментальної та контрольної груп по всім параметрам ми розглядаємо окремо, адже об'єднання даних у таких випадках може приховати або спотворити факти (Montgomery, 2012).

Ми розпочали аналіз з перевірки надійності використаної методики BES на нашій експериментальній групі за показником α Кронбаха, щоб переконатися, що методика на 18 респондентах спрацювала правильно і подальше дослідження зниження компульсивного переїдання в такому ключі матиме науковий сенс.

Reliability Analysis BES до тренінгу (експериментальна)	Reliability Analysis BES після тренінгу (експериментальна)
Cronbach's α	Cronbach's α
scale 0.736	scale 0.850

Табл. 4.2 Результати аналізу надійності методики BES в експериментальній групі до і після проведення тренінгу

В експериментальній групі за описовою статистикою ми бачимо, що рівень компульсивного переїдання після проведення тренінгу загалом знизився

з середнього значення 23,9 до 20,1, тож доведемо статистичну значущість цих змін.

В контрольній групі у нас присутній нормальний розподіл за Шапіро-Уїлком за опитувальником компульсивного переїдання BES, що видно з Таблиці 4.3.

Normality Test (Shapiro-Wilk)

							W	p
BES	Φ1	A	-	BES	Φ2	AA	0.971	0.818
Sum				Sum				

Примітка. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Табл. 4.3 Перевірка припущення нормальності розподілу в експериментальній групі за критерієм Шапіро-Уїлка

Таким чином, ми можемо застосовувати t-критерій Стьюдента для наших двох залежних вибірок (Paired Samples T-Test), щоб порівняти результати контрольної групи до і після тренінгу.

Paired Samples T-Test			
експериментальна група			
	p	Mean difference	Effect Size (Cohen's d)
BES Φ1 - BES Φ2 t-Student	0,014	3,89	0,643

Табл. 4.4 T-критерій парних (залежних) вибірок за шкалою BES, до і після проведення тренінгу в експериментальній групі

Paired Samples T-Test			
контрольна група			
	p	Mean difference	Effect Size (Cohen's d)
BES Ф1 - BES Ф2 t-Student	0,164	1,6	0,342

Табл. 4.5 T-критерій парних (залежних) вибірок за шкалою BES, до і після проведення тренінгу в контрольній групі

Показник $p=0,014$ свідчить, що зафіксовані зміни після тренінгу є статистично значущими, а середній рівень компульсивного переїдання у вибірці знизився на 3,89 бала. Також варто звернути увагу на силу ефекту змін, що становить 0,643.

Розмір ефекту (effect size) відображає величину взаємозв'язку між залежними та незалежними змінними, дозволяє оцінити практичну значущість ефекту незалежно від статистичної значущості – це важливо, адже іноді дуже статистично значущі результати можуть мати насправді низький ефект і навпаки (Funder, Ozer, 2019).

За класичною трирівневою класифікацією Коена наш показник 0,643 означав би середню силу ефекту, Medium effect size, коли $0,5 < d < 0,8$ (Cohen, 1988). Пізніше дослідник Шломо Савіловський (2009) довів, що трирівнева шкала може бути розширена, а більш детальна класифікація дасть науковцям можливість точніше оцінювати практичну значущість ефекта, тож додав до стандартних «малого», «середнього», «великого» розмірів ефекту такі градації як «дуже малий» ефект, «дуже великий» і «величезний» (Sawilowsky, 2009). За оновленою класифікацією Савіловського (2009), сила ефекту нашого тренінга так само потрапила би до категорії середнього ефекту. Проте Фандер і Озер (2019), критикують фіксовані пороги класифікацій як позаконтекстуальні, зазначають,

що звичні всім описові межі розмірів ефекту не несуть справді корисної інформації для дослідників, тож вони запропонували надати більшого значення числам, якими позначають розмір ефекту та запровадити нові стандарти для оцінки розміру ефектів (Funder, Ozer, 2019). За їхньою більш сучасною пропозицією наш ефект $d=0,643$ потрапляє в категорію великого ефекту, *large size effect*, що охоплює значення від 0,63 до 0,8.

В контрольній групі також відбулося зниження показників компульсивного переїдання у жінок з середнього балу 24,3 до середнього 22,7, нормальний розподіл також присутній. Але тут при застосуванні t-критерія Стьюдента ми побачили надто високе значення $p = 0,164$ і малий розмір ефекту 0,342. Таким чином, зміни в контрольній групі статистичного значення не мають, хоч тенденція до зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання присутня. На нашу думку, зміни у окремих учасниць могли відбуватися саме під впливом проходження тестування, адже самі питання і варіанти відповідей на них стимулювали замислитися над власною харчовою поведінкою і зробити перші кроки до змін. Це підтверджується відгуками респонденток на опитувальник, наприклад: «Питання підштовхнули до деяких дій - зайнятись фізичним навантаженням, побільше ходити, прибрати солодке подаль», «Збираюсь переосмислити харчування, бо вік мій змінився і тіло працює вже інакше» (з анкет респонденток контрольної групи).

Ми розглянули також рівень стресу наших досліджуваних. Як ми бачимо з Таблиці 4.6, в експериментальній групі в середньому він знизився після тренінга на 3 пункти.

Descriptives

	GRO	PSS Φ1 B	PSS Φ2 B2
UP	Sum		Sum

N	1	18	18
Missing		0	0
Mean		23.1	20.1
Median		23.0	17.5
Standard deviation		5.85	7.72
Minimum		14	9
Maximum		38	37

Табл. 4.6 Описова статистика зниження стресу за шкалою PSS в експериментальній групі

В нашій експериментальній групі умовно присутній нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка зі значенням $p = 0,238$, хоча і є значні «викиди» за межі тенденції. Див. Рисунок 4.1:

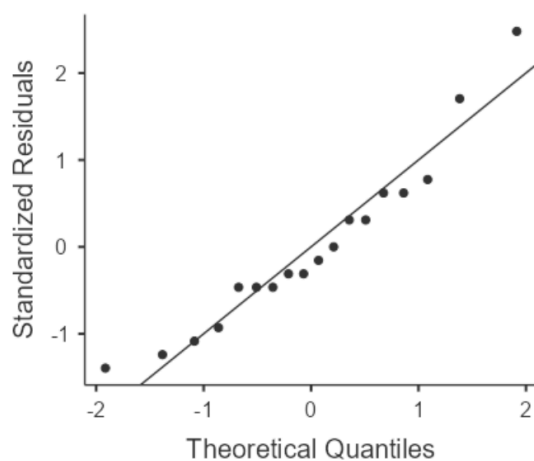


Рис. 4.1 Перевірка припущення нормальності розподілу за рівнем стресу в експериментальній групі за критерієм Шапіро-Уїлка

У малих вибірках значно більшу вагу і вплив на результат мають особливості окремих особистостей, висока міжособистісна варіація ускладнює виявлення статистично значущих змін (Montgomery, 2012). Таким чином відхилення від загальної тенденції всього лише у 4 респонденток, що не стосувалося тренінгу, а було пов'язано з подіями в особистому житті, спричинило великий розкид у результатах. Ми провели аналіз за t-критерієм Стьюдента і побачили значення $p = 0,065$, тобто воно наближається до рівня статистичної значущості 0,05, але все ж статистично значущим не є, а також має низьку силу ефекту.

Так само і в контрольній групі не виявлено статистичної значущості змін у рівні сприйнятого стресу.

Paired Samples T-Test						
				p	Size effect	
PSS-10	До	-	PSS-10	Після	0,065	0,465
(експериментальна група)						
PSS-10	До	-	PSS-10	Після	0,498	0,163
(контрольна група)						

Табл. 4.7 T-критерій парних (залежних) вибірок за шкалою PSS, до і після проведення тренінгу в контрольній та експериментальній групі

Причиною цьому може бути як мала вибірка з високою варіативністю, так і психометричні властивості самої методики. Новий аналіз лонгітюдних досліджень показав, що бали PSS є стабільнішими, ніж вважалося раніше (Gaffey, Harris, 2023). Прийнято вважати, що на рівень сприйнятого стресу великий вплив мають щоденні клопоти, певні події, зміни у ресурсах для

подолання стресу, тому прогностична валідність тесту швидко падає (Cohen et al, 1983). Та з'ясувалося, що більшість різниць у балах між повторними вимірюваннями пояснюється стабільними індивідуальними відмінностями між учасниками, тоді як коливання результатів однієї особи здебільшого можна передбачити за її попередніми результатами (Gaffey, Harris, 2023). Тобто, враховуючи, що це шкала саме суб'єктивно сприйнятого стресу, імовірно респонденти навіть при зміні об'єктивних обставин, що впливають на рівень стресу, продовжують оцінювати свій стрес тим самим чином як звикли раніше.

Надзвичайно цікаві результати показала частина дослідження, що стосувалася копінг-стратегій. Початково ми орієнтувалися на роботу з копінгами, які за даними нашого загального дослідження на великій вибірці корелювали і зворотно корелювали з високим рівнем компульсивного переїдання. Проте в експериментальній групі суттєво не змінився рівень застосування копінгу «Вживання алкоголю або наркотиків», «Заперечення», а також не розвинувся копінг «Придушення конкурентних дій». Варто зазначити, що змінити такий копінг як «Вживання алкоголю або наркотиків» може бути не просто не лише за допомогою одноразового тренінгу, але і тривалою психотерапією, адже такі речовини викликають психологічну, фізіологічну та хімічну залежності, тож великих очікувань не було.

Натомість відбулися інші значущі зміни, які доводять вплив нашого тренінгу на досліджуваних жінок.

Нормального розподілу за копінг-стратегіями не було помічено, тож ми використовували тут непараметричний критерій Вілкоксона W , що дозволяє порівнювати парні вибірки з наявністю викидів та асиметричним розподілом (Gibbons, Chakraborti, 2011).

Wilcoxon signed-rank Test			
	p	Mean difference	Effect size
COPE 4 до - COPE 4 після (пошук інструментальної соціальної підтримки)	0,012	-2	-0,733
COPE 8 до - COPE 8 після (Почуття гумору)	0,035	-2,5	-0,670
COPE 11 до - COPE 11 після (Пошук емоційної соціальної підтримки)	0,040	-1,06	-0,524

Табл. 4.8 Результат застосування непараметричного W-критерію Вілкоксона для парних вибірок: порівняння окремих копінг-стратегій за шкалою COPE, до і після проведення тренінгу в експериментальній групі

Як видно з таблиці, статистичну значущість показали зміни у таких копінгах як COPE 4 «Пошук інструментальної соціальної підтримки» та COPE 11 «Пошук емоційної соціальної підтримки». Це, власне, і було те, чим ми займалися з експериментальною групою на тренінгу поміж вправами – ділилися проблемами і своїми лайфхаками, співпереживали, учасниці підтримували одна одну, шукали шляхи впоратися з переїданням не самотужки, а в колективі. Цей вплив учасниці зазначали зокрема і у відгуках про тренінг у формі зворотного зв'язку: «На тренінгу було корисно побачити, від чого інші переїдають і зрозуміти, що я заїдаю більше станів за ті, на яких була сфокусована» (учасниця №8), «Мені запам'яталося найбільше те, що я почувала себе серед «своїх». Це рідкісна для мене ситуація, бо я завжди відчуваюся самотньою серед «нормальних» людей, які не переїдають, або якщо і переїдають, то вони не мають таких проблем як я, я почувалась в безпеці» (учасниця №17).

Також важливим результатом стала статистично значуща зміна у копінгу під номером 8 – «Почуття гумору». Під час тренінгу ми не працювали безпосередньо над застосуванням цієї стратегії подолання життєвих труднощів, але в програму були закладені певні жарти тренерки, під час самої події звучало багато ситуативних жартів, і загалом, попри важку тематику і обговорення делікатних проблем, обидва тренінгових дня минули у доволі веселій атмосфері. Імовірно, ці результати можуть бути пов'язані не стільки з програмою тренінга, скільки зі значенням ролі тренера. Адже, дослідження з розроблення і валідації шкали MEAT (Оцінка ефективних якостей тренерів) показало, що учасники тренінгу мають вищі наміри застосовувати здобуті навички, коли тренер є приємним у спілкуванні і харизматичним, ніж коли він є більш досвідченим і професійним (Boyd, Lewis, Scott, Krendl & Lyon, 2017). Також учасники тренінгів можуть певним чином наслідувати ставлення тренера до тих чи інших питань.

Що ж стосується контрольної групи, жодні зміни у копінг-стратегіях не показали статистично значущого результату, окрім однієї. Більше того, за цим копінгом в групі ще й був нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка, тож ми мали змогу застосувати t-критерій Стьюдента.

Wilcoxon signed-rank Test			
	p	Mean difference	Effect size
COPE 10 до - COPE 10 після (Обмеження)	0,004	-1,72	-0,796

Табл. 4.9 Результат застосування непараметричного W-критерію Вілкоксона для парних вибірок: порівняння окремих копінг-стратегій за шкалою COPE, до і після проведення тренінгу в контрольній групі

Як ми бачимо, учасниці дослідження, які не проходили тренінг, почали частіше застосовувати копінг 10 «Обмеження», і розмір ефекту цієї зміни був суттєвим. Копінг-стратегія «Обмеження» полягає у відтермінуванні активних дій, коли людині необхідний час для того, щоб з'ясувати можливі наслідки, тобто це свідоме утримання від негайних дій у відповідь на стрес, стримування імпульсивних реакцій (Carver et al., 1989). Якщо врахувати, що для багатьох жінок в нашій контрольній групі частою негайною реакцією на стрес було переїдання, то ми можемо сміливо стверджувати: не лише тренінг вплинув на експериментальну групу, але і сам факт проведення нашого дослідження мав позитивний статистично значущий вплив на контрольну групу.

Висновки до розділу 4

Дослідження психологічного тренінгу, спрямованого на зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання на експериментальній та контрольній групах по 18 жінок кожна, показало ефективність розробленої програми. Проведені заходи вплинули на експериментальну групу, і не зважаючи на скромний розмір вибірки, спричинили статистично значуще зниження компульсивного переїдання з середнім або великим розміром ефекту. В контрольній групі, де також знизилися бали за шкалою BES ці зміни не були різкі і значущі. Також тренінг сприяв розвитку нових копінг-стратегій і зниженню рівня стресу учасниць. Попри те, що зміни у рівні стресу з різних причин не позначилися як статистично значущі, особисті результати окремих респонденток, які продовжували виконувати вправи на зниження стресу після тренінгу, за самозвітами дозволяють говорити про позитивний вплив. Контрольна група високоімовірно відчула на собі вплив самого факту участі у дослідженні і розвинула у себе копінг-стратегію «Обмеження».

ВИСНОВКИ

Дане дослідження доводить ефективність розробленого групового психологічного тренінгу як методу зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання у жінок. Це важливий результат, адже тенденції поширення компульсивного переїдання в усьому світі загрозливі, а наслідками цього розладу є тяжкі хвороби. Компульсивне переїдання призводить до ожиріння, а ожиріння в свою чергу є чинником компульсивного переїдання, отже це формує замкнене коло проблем, особливо в таких державах як Україна, де досить великий відсоток людей має зайву вагу, точаться бойові дії та значний вплив мають культурно-історичні фактори, що формують нездорове ставлення до їжі та небезпечну харчову поведінку.

Для досягнення мети нашого дослідження ми в повному обсязі виконали поставлені завдання.

1. Ми проаналізували сучасні теоретичні підходи до компульсивного переїдання, з'ясувавши, що стрес, дистрес і особливо хронічний запускає в організмі зміни, які призводять до компульсивного переїдання, і найчастіше їжею, що не має нутритивної цінності, але містить багато калорій і шкодить здоров'ю. За допомогою такої «комфортної» їжі жінки здійснюють емоційну саморегуляцію, але в цьому моменті часто не можуть розрізнити і висловити які ж саме емоції і почуття змушують їх переїдати.
2. Було емпірично досліджено зв'язок між компульсивним переїданням, стресом та копінг-механізмами у жінок на власній вибірці зі 175 осіб і переконалися, що компульсивне переїдання залежить від рівня стресу, і підтвердили, що висока залученість у події війни, робота у сферах пов'язаних з документуванням, висвітленням війни, або наданням допомоги безпосередньо постраждалим є значним фактором ризику розвитку

компульсивного переїдання тяжкого ступеня. Всі інші соціально-демографічні характеристики на компульсивне переїдання не впливають – це найбільш поширений розлад, котрий може торкнутися кожної. Ми з'ясували, що для осіб з компульсивним переїданням характерне застосування копінг-стратегії вживання алкоголю або наркотиків а також заперечення, і не характерне придушення конкурентних дій, тобто максимальна концентрація на одній проблемі, доки вона не буде вирішена та ігнорування інших.

3. Ми розробили і апробували власний груповий тренінг для жінок на основі проведеного нами дослідження та праць сучасних науковців і практикуючих спеціалістів, які шукають шляхи допомоги клієнтам з розладами харчової поведінки за допомогою психотерапевтичних методів КПТ, ДБТ, ППТ, ІЛЕТ, ТА та психоаналізу. Тренінг складався з міні-лекцій, дихальних і тілесних практик, медитацій з доведеною ефективністю, вправ на інвентаризацію та переосмислення власних цілей і цінностей, підвищення усвідомленості і створення альтернативних способів задоволення емоційних потреб. Частина вправ були добре дослідженими, загально відомими і часто вживаними, з чіткими правилами виконання, частина вправ подані в нашій авторській обробці з обґрунтуванням мети і особливостей виконання. Разом вправи та становлять унікальний комплекс для корекції інтенсивності проявів компульсивного переїдання.
4. Було емпірично доведено ефективність розробленої програми групового психологічного тренінгу зі зниження інтенсивності проявів компульсивного переїдання. Для цього двічі провели опитування за трьома методиками в експериментальній групі з 18 осіб та в контрольній групі з 18 осіб – до тренінгу і після. Між

тестуваннями був витриманий рекомендований інтервал мінімум в 3 тижні і більше. Учасниці тренінгу змогли знизити свої показники за шкалою компульсивного переїдання (зміни статистично значущі, з середнім або великим розміром ефекту залежно від обраної класифікації), знизити показники суб'єктивно сприйнятого стресу (зміни не статистично значущі, але на то є свої причини, пов'язані як з розміром вибірки, так і з нововиявленими особливостями обраної методики). Учасниці змогли розвинути нові копінг стратегії – їхня схильність застосовувати інструментальну та емоційну соціальну підтримку, а також почуття гумору зросла після тренінгу. Всі зміни в контрольній групі, окрім однієї були статистично незначущими. Але контрольна група доведено збільшила застосування емоційно-фокусованої копінг-стратегії «Обмеження», що також могло статися під впливом проведення дослідження, адже респондентки неодноразово зазначали, що опитувальник змусив їх замислитися над харчовою поведінкою і змінити її.

Таким чином, можемо стверджувати, що наш тренінг є ефективним, а дослідження має теоретичне і практичне значення, потенціал для покращення програми тренінгу та апробації на більших вибірках. Результати дослідження можуть бути використані у практичній роботі клінічного психолога.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
3. Arikian, A., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Berg, K. C., Chartier, L., Durkin, N., & Crow, S. J. (2012). Establishing thresholds for unusually large binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(2), 222–226.
<https://doi.org/10.1002/eat.20930>
4. Aoun, A., Garcia, F. D., Mounzer, C., Hlais, S., Grigioni, S., Honein, K., & Déchelotte, P. (2013). War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: A study in Lebanese university students. *General Hospital Psychiatry*, *35*(4), 393–397. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.02.007>
5. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*(7), 724–731.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
6. Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The psychology of human destiny*. Grove Press.
7. Bizjak, M. Č., & Adamič, K. (2023). Binge eating in a Slovenian population-based sample of adults. *Slovenian Journal of Public Health*, *62*(1), 39-47. DOI: 10.2478/sjph-2023-0006
8. Boyd, M. R., Lewis, C. C., Scott, K., Krendl, A., & Lyon, A. R. (2017). The creation and validation of the Measure of Effective Attributes of Trainers (MEAT). *Implementation Science*, *12*(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0603-y>
9. Bogusz, K., Kopera, M., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kucharska, K., Walenda, A., & Wojnar, M. (2021). Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *116*(1), 18–31.
<https://doi.org/10.1111/add.15155>
10. Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van der Kaap-Deeder, J., & Verstuyf, J. (2014).
11. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, *44*(12), 1210–1218.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00280-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00280-7)
12. Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2017). Conceptualising binge eating: A review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, *34*(3), 168–198.
<https://doi.org/10.1017/beh.2017.12>

13. Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2019). Processes and pathways to binge eating: Development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of Eating Disorders*, 7, Article 18. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>
14. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
15. Chen, H., & Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 375–385. <https://doi.org/10.1002/erv.837>
16. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.)
17. Cohen, J. I. (2000). Stress and mental health: A biobehavioral perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(2), 185–202.
18. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Версія українською мовою для користування у вебінтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Керівництво, версія 1.0.
19. Coles, N. A., Larsen, J. T., & Lench, H. C. (2019). A meta-analysis of the facial feedback literature: Effects of facial feedback on emotional experience are small and variable. *Psychological Bulletin*, 145(6), 610–651. <https://doi.org/10.1037/bul0000194>
20. Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., la Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., et al. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of “comfort food.” *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), 11696–11701. <https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100>
21. Deloitte Access Economics. (2020, June). *The social and economic cost of eating disorders in the United States of America: A report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. Retrieved from <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
22. Dombrovski, V., & Yudenko, V. (2024). *Mental health and barriers to seeking psychological help in Ukraine: Analytical report*. American University Kyiv, Institute of Behavioral Studies.
23. Elmacioğlu, F., Emiroğlu, E., Ülker, M. T., Özyılmaz Kircali, B., & Oruç, S. (2020). Evaluation of nutritional behavior related to Covid-19. *Public Health Nutrition*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004140>
24. Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(00\)00035-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(00)00035-4)

25. Fatima, T., Beigh, M., & Hussain, S. Z. (2018). Binge eating disorder: Causes, consequences and management. *International Journal of Unani and Integrative Medicine*, 2(2), 20–23.
26. Forney, K. J., Holland, L. A., Joiner, T. E., & Keel, P. K. (2014). Determining empirical thresholds for “definitely large” amounts of food for defining binge-eating episodes. *Eating Disorders*, 23(1), 15–30.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2014.931763>
27. Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2), 156–168. <https://doi.org/10.1177/2515245919847202>
28. Gaffey, A. E., & Harris, R. A. (2023). The Perceived Stress Scale as a measure of stress: A systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 85(6), 555–568.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001239>
29. Galante, J., Galante, I., Bekkers, M. J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1101–1114.
<https://doi.org/10.1037/a0037249>
30. Gibbons, J. D., & Chakraborti, S. (2011). *Nonparametric Statistical Inference* (5th ed.). CRC Press.
31. Goracci, A., Casamassima, F., Iovieno, N., di Volo, S., Benbow, J., Bolognesi, S., & Fagiolini, A. (2015). Binge eating disorder: From clinical research to clinical practice. *Journal of Addiction Medicine*, 9(1), 20–24.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000085>
32. Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55.
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
33. Gradus Research. (2024). *Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: Хвиля 3. Аналітичний звіт*. Retrieved from <https://gradus.app/uk>
34. Greeno, C. G., Wing, R. R., & Marcus, M. D. (1999). How many donuts is a “binge”? Women with BED eat more but do not have more restrictive standards than weight-matched non-BED women. *Addictive Behaviors*, 24, 299–303.
35. Hay, C. M., Sills, J. L., Shoemake, J. M., Ballmann, C. G., Stephens, R., & Washmuth, N. B. (2024). F@#\$ pain! A mini-review of the hypoalgesic effects of swearing. *Frontiers in Psychology*, 15, 1416041.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1416041>
36. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

37. Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, *110*(1), 86.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
38. Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in female inpatients with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(7), 913–918. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.913>
39. Izard, C. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
40. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *34*(6), 525–531. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000750
41. Kovalenko, Y. V. (2019). Adaptation and validation of the Ukrainian dispositional ‘COPE’ questionnaire. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*, *2*(18). <https://doi.org/10.32342/2522-4115-2019-2-18-9>
42. Kowalewska, E., Bzowska, M., Engel, J., & Lew-Starowicz, M. (2024). Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *24*(1), Article 556. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05943-5>
43. La Macchia, S. T., Louis, W. R., Hornsey, M. J., & Leonardelli, G. J. (2016). In small we trust: Lay theories about small and large groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *42*(10), 1321–1334. <https://doi.org/10.1177/0146167216657360>
44. Lapworth, P., & Sills, C. (2011). Making contracts. *Y An introduction to transactional analysis* (pp. xx–xx). SAGE Publications Ltd.
45. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
46. Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press.
47. Mohajan, D., & Mohajan, H. K. (2023). Binge-eating: A life-threatening eating disorder. *Innovation in Science and Technology*, *2*(4), 62–67.
<https://doi.org/10.56397/IST.2023.07.06>
48. Mohamed, S. A. (2019). The effects of positioning and pursed-lip breathing exercise on dyspnea and anxiety status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Education and Practice*, *9*(6), 34–42.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p34>
49. Montgomery, D. C. (2012). *Design and analysis of experiments* (8th ed.). Wiley.
50. Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: Definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(1), 17–30.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.008>
51. Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 21.
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
52. Olsen, E. M., Koch, S. V., Skovgaard, A. M., & Strandberg-Larsen, K. (2021). Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a

- community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 492-505. DOI: 10.1002/eat.23458
53. Parkin, L., Morgan, R., Rosselli, A., Howard, M. A., Sheppard, A., Evans, D., & Critchley, H. D. (2017). Exploring the relationship between mindfulness and cardiac perception. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, Article 452. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00452>
 54. Pastore, M., Indrio, F., Bali, D., Vural, M., Giardino, I., & Pettoello-Mantovani, M. (2023). Alarming increase of eating disorders in children and adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 263, Article 113733. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113733>
 55. Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
 56. Pearlman, B. (2019). *From red vegetables to sexuality: Resymbolizing the meaning of concrete thought in eating disorders*. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1392–1402. <https://doi.org/10.1002/jclp.22788>
 57. Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.2.193>
 58. Ratković, D., Knežević, V., Dickov, A., Fedrigolli, E., & Čomić, M. (2023). Comparison of binge-eating disorder and food addiction. *Review of the International Journal of Medical Research*, 51(4), 3000605231171016. <https://doi.org/10.1177/03000605231171016>
 59. Safer, D. L., Adler, S., & Masson, P. C. (2018). *The DBT solution for emotional eating: A proven program to break the cycle of bingeing and out-of-control eating*. The Guilford Press.
 60. Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012). The science of training and development in organizations: What matters in practice. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(2), 74–101. <https://doi.org/10.1177/1529100612436661>
 61. Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 597–599. <https://digitalcommons.wayne.edu/jmasm/vol8/iss2/26/>
 62. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
 63. Sharma, V. K., Barde, P. B., Kathrotia, R., Sharma, G., Chitturi, V., Parmar, N., Dhruva, G., Kavathia, G., & Rajendran, R. (2024). Effects of an 8-week intervention of anulom vilom pranayama combined with heartfulness meditation on psychological stress, autonomic function, inflammatory biomarkers, and oxidative stress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, 35(4–5), 305–314. <https://doi.org/10.1515/jbcpp-2024-0001>

64. Stephens, R., Robertson, O., & Drury, H. (2020). Swearing as a response to pain: Assessing hypoalgesic effects of novel "swear" words. *Frontiers in Psychology, 11*, 722. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00722>
65. Stephens, R., & Umland, C. (2011). Swearing as a response to pain: Effect of daily swearing frequency. *The Journal of Pain, 12*(12), 1274–1281. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.09.004>
66. Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychosomatic Medicine, 33*, 284–295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
67. Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition, 23*(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
68. Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry, 84*(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
69. Weinberg, R. S., & Gould, D. (2015). *Foundations of Sport and Exercise Psychology* (6th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
70. Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 99*, 66–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>
71. Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 674–686. <https://doi.org/10.1002/eat.20728>
72. Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica, 38*(3), 255–267. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4214609/#R48>
73. Yilmaz Balban, M., Neri, E., Kogon, M. M., Weed, L., Nouriani, B., Jo, B., Holl, G., Zeitzer, J. M., Spiegel, D., & Huberman, A. D. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports Medicine, 4*(1), 100895. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>
74. Yiu, A., Christensen, K., Arlt, J. M., & Chen, E. Y. (2018).
75. Абсалямова, Л. М., & Ганзуля, А. О. (2022). Вплив соціально-психологічних факторів на харчову поведінку особистості в умовах сучасного світу. У *Харківський осінній марафон психотехнологій: Збірник наукових праць за матеріалами VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 123–134). Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7499956>
76. Абсалямова, Л. М. (2019). Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція [Докторська дисертація]. Retrieved from http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/disertaciya_absalyamova_1576661218.pdf

77. Боснюк, В. Ф. (2020). *Математичні методи в психології: Курс лекцій*. Харків: НУЦЗУ.
78. Вишко, Т. (2023). *Дихай і живи. Як опанувати себе в кризових ситуаціях*. Vivat.
79. Вознесенська, Т. Г. (2004). Розлади харчової поведінки при ожирінні і їх корекція. *Ожиріння і метаболізм*, 1(2), 2–6.
<https://doi.org/10.14341/2071-8713-4893>
80. Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2019). *Теорія та практика психологічних тренінгів*. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М.
81. Карпенко, Є. (2015). *Основи психотренінгу: навчальний посібник (78 с.)*. Дрогобич: Просвіт.
82. Овчаренко, О. Ю. (2023). *Психологія стресу та стресових розладів: Навчальний посібник*. Київ: Університет «Україна». ISBN 978-966-388-665-7.
83. Ортинська, К. В. (2019). Компульсивне переїдання як розлад харчової поведінки. У *Літні наукові дискусії – 2019: XXXII Міжнародна науково-практична інтернет-конференція* (Ч. 3, с. 53–61). Вінниця: el-conf.com.ua
84. Предко, В. В., & Сомова, О. О. (2022). Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегії збереження життєстійкості українців. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*, 33(72), 89–98.
<https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16>
85. Ремесник, Н. Ю. (2023). Особливості психологічної корекції самоприйняття людей з надмірною вагою [Докторська дисертація]. Retrieved from https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739290/1/Дисертація_!%20Ремесник.pdf
86. Шебанова, В. І. (2017). Харчова поведінка у континуумі «норма–патологія». *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*, 6(1), 133–138.
87. Юр'єва, Л. М., Огоренко, В. В., Шорніков, А. В., & Кокашинський, В. О. (2022). Валідація української версії шкали компульсивного переїдання. *Український вісник психоневрології*, 30(2), 111–118. Retrieved from <https://repo.dma.dp.ua/7816/>
88. Юр'єва, Л., Огоренко, В., Шорніков, А., & Кокашинський, В. (2022). Зв'язок компульсивного переїдання, тривоги та депресії у студентів-медиків під час військового конфлікту. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 7(1), e0701355. Retrieved from <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/355>

Додаток А

Таблиця-перелік копінг-стратегій за методикою COPE-60

№	Субшкали опитувальника «COPE»	Номера питань шкали
1.	«Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток» («Positive reinterpretation and growth»)	1, 29, 38, 59
2.	«Ментальне відволікання» – уникнення проблеми» («Mental disengagement»)	2, 16, 31, 43
3.	«Фокусування на емоціях та емоційна розрядка» («Focus on and venting of emotions»)	3, 17, 28, 46
4.	«Пошук інструментальної соціальної підтримки» («Use of instrumental social support»)	4, 14, 30, 45
5.	«Активне подолання» («Active coping»)	5, 25, 47, 58
6.	«Заперечення» («Denial»)	6, 27, 40, 57
7.	«Релігійний копінг» («Religious coping»)	7, 18, 48, 60
8.	«Почуття гумору» («Humor»)	8, 20, 36, 50
9.	«Поведінкове відволікання» («Behavioral disengagement»)	9, 24, 37, 51
10	«Обмеження» («Restraint»)	10, 22, 41, 49
11	«Пошук емоційної соціальної підтримки» («Use of emotional social support»)	11, 23, 34, 52
12	«Вживання алкоголю та наркотиків» («Substance use»)	12, 26, 35, 53
13	«Прийняття» («Acceptance»)	13, 21, 44, 54
14	«Придушення конкурентних дій» («Suppression of competing activities»)	15, 33, 42, 55
15	«Планування» («Planning»)	19, 32, 39, 56

Додаток Б

Запитання української версії шкали **Binge Eating Scale**

Варіанти відповіді: a=0 балів, b=1 бал, c=2 бали, d=3 бали

№	Варіанти відповідей
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не переживаю через свою вагу чи розмір тіла, коли я з іншими людьми b. Я хвилююся через те, як я буду виглядати перед іншими, але зазвичай це не змушує мене відчувати себе розчарованим c. Я хвилююся через свій зовнішній вигляд і вагу, що змушує мене розчаруватися в собі. d. Я дуже переживаю через свою вагу, і часто відчуваю сильний сором і огиду до себе. Через це я намагаюся уникати соціальних контактів з іншими людьми.
2	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не відчуваю труднощів, щоб їсти повільно, відповідно до чинних правил. b. Хоч, здається, що я «заковтую» їжу, я не відчуваю насичення від її надмірної кількості. c. Іноді я схильний їсти швидко, через що потім відчуваю себе дискомфортно ситим d. Я маю звичку ковтати їжу, не пережовуючи її. Коли це трапляється, я зазвичай відчуваю дискомфорт через те, що я з'їв занадто багато.
3	<ul style="list-style-type: none"> a. Я відчуваю, що можу контролювати свій апетит, коли я хочу b. Я відчуваю, що я втрачаю контроль над своїм харчуванням частіше, ніж звичайна людина. c. Я відчуваю себе абсолютно безсилим щодо контролю над своїм апетитом. d. Оскільки я відчував себе таким безсилим контролювати своє харчування, я став зневіреним, аби спробувати це контролювати.
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не маю звички їсти, коли мені нудно b. Іноді я їм, коли мені нудно, але здебільшого я можу щось робити і відволіктися від їжі. c. Я маю звичку їсти, коли мені нудно, але іноді я можу використовувати інші види діяльності, щоб відволіктися від їжі. d. Я маю сильну звичку їсти, коли мені нудно. Здається, ніщо не може допомогти мені позбутися цієї звички.

5	<ul style="list-style-type: none"> a. Зазвичай я їм, коли фізично голодний b. Іноді я з'їдаю щось імпульсивно, навіть якщо я насправді не голодний. c. Я маю звичку їсти їжу, яка мені не дуже подобається, щоб втамувати голод, навіть якщо вона мені фізично не потрібна. d. Незважаючи на те, що я фізично не голодний, я відчуваю голод, який, здається, задовольняється лише тоді, коли я їм їжу, яка наповнює мій рот, як-от бутерброд. Іноді, коли я їм їжу, щоб втамувати голод, я її відригую або випльовую, щоб не набрати вагу.
6	<ul style="list-style-type: none"> a. Після переїдання я не відчуваю провини чи ненависті до себе b. Після переїдання іноді я відчуваю провину або ненависть до себе. c. Здебільшого я відчуваю сильну провину або ненависть до себе після переїдання
7	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не втрачаю повного контролю над своїм харчуванням під час дієти, навіть після періодів переїдання. b. Іноді, коли я їм «заборонену їжу» на дієті, я відчуваю, ніби я «не впорався» і з'їдаю ще більше. c. Часто, коли я переїдаю на дієті, я маю звичку говорити собі: «Я зараз не впорався, чому б не піти до кінця». Коли це відбувається, я їм ще більше d. Я маю звичку регулярно починати для себе суворі дієти, але порушую їх, переїдаючи. Моє життя здається або «бенкетом», або «голодуванням».
8	<ul style="list-style-type: none"> a. Я не часто їм так багато їжі, що після цього відчуваю дискомфорт. b. Зазвичай приблизно раз на місяць я їм велику кількість їжі, що врешті-решт я відчуваю, що переїв. c. У мене є регулярні періоди або час протягом місяця, коли я з'їдаю велику кількість їжі, чи то під час основного приймання їжі, чи коли перекушую. d. Я їм так багато їжі, що регулярно відчуваю себе досить незручно після їжі, а іноді відчуваю невелику нудоту.
9	<ul style="list-style-type: none"> a. Мій рівень споживання калорій, як правило, не піднімається дуже високо і не падає дуже низько. b. Іноді після переїдання я намагаюся скоротити споживання калорій майже до нуля (або майже нічого не їсти), щоб компенсувати надлишок калорій, які я отримав. c. Я маю звичку переїдати на ніч. Здається, що мій режим — це не відчуття голоду вранці, а переїдання вночі. d. У мої дорослі роки у мене були тижневі періоди, коли я практично

	голодував. Це відбувається за періодами, коли я переїдаю. Здається, я живу життям або «бенкет або голодування».
10	<ul style="list-style-type: none"> a. Зазвичай я можу перестати їсти, коли хочу. Я знаю, коли «досить». b. Іноді у мене виникає бажання їсти, яке я не можу контролювати. c. Часто у мене виникає сильне бажання їсти, яке я не можу контролювати, але іноді я можу контролювати своє бажання їсти. d. Я відчуваю, що не в змозі контролювати бажання їсти. Я боюся, що не зможу перестати їсти за власним бажанням.
11	<ul style="list-style-type: none"> a. У мене немає проблеми з тим, аби припинити їсти, коли я відчуваю ситість. b. Зазвичай я можу припинити їсти, коли відчуваю ситість, але іноді переїдаю, через що відчуваю дискомфорт. c. У мене проблема з тим, щоб зупинитися, коли я почав їсти, і зазвичай я відчуваю дискомфорт після їжі (мій шлунок переповнений). d. Оскільки у мене є проблема з тим, що я не можу припинити їсти, коли я хочу, іноді мені доводиться спричинювати блювання, щоб полегшити відчуття «переповненості».
12	<ul style="list-style-type: none"> a. Здається, що я з'їдаю стільки ж їжі, коли я з іншими людьми (сім'я, світські зустрічі), як і коли я один. b. Іноді, коли я перебуваю з іншими людьми, я їм не стільки, скільки хочу, тому що стежу за своїм харчуванням. c. Часто я їм лише невелику кількість, коли поруч є інші люди, тому що мені так соромно за своє харчування. d. Мені так соромно через переїдання, що я вибираю час для переїдання, коли знаю, що ніхто мене не побачить. Я почуваюся «прихованим їдцем».
13	<ul style="list-style-type: none"> a. Я харчуюся три рази на день, лише зрідка перекушуючи між прийманнями їжі. b. Я їм тричі на день, але зазвичай перекушую між прийманнями їжі. c. Коли я надто багато перекушую, я маю звичку пропускати звичайні приймання їжі. d. Бувають регулярні періоди, коли я, здається, постійно їм, без запланованих приймань їжі.
14	<ul style="list-style-type: none"> a. Я мало думаю про те, щоб контролювати свої небажані потяги до їжі. b. Періодично я відчуваю, що мої думки зайняті тим, щоб контролювати свій апетит. c. Я відчуваю, що часто витрачаю багато часу на роздуми про те, скільки їжі я з'їв або про те, щоб більше не їсти.

	<p>d. Мені здається, що більшість годин мого неспання зайняті думками про те, їсти чи не їсти. Я відчуваю, що постійно намагаюся не їсти.</p>
15	<p>a. Я мало думаю про їжу</p> <p>b. У мене є сильна тяга до їжі, але вона триває недовго.</p> <p>c. У мене бувають дні, коли я не можу думати ні про що інше, крім їжі.</p> <p>d. Більшість моїх днів, здається, зайняті думками про їжу. Я відчуваю, що живу, щоб їсти</p>
16	<p>a. Зазвичай я знаю, чи голодний я фізично. Я вживаю потрібну порцію їжі, щоб втамувати голод.</p> <p>b. Іноді я відчуваю непевність у тому, чи я фізично голодний чи ні. У такі моменти мені важко зрозуміти, скільки їжі я маю вживати, аби втамувати голод.</p> <p>c. Хоча я можу знати кількість калорій, яку я повинен споживати, я поняття не маю, що для мене є «нормальною» кількістю їжі</p>

Додаток В

Ілюстрація техніки виконання дихальної вправи «Пранаяма анулома-вілома» з науково доведеною ефективністю

Положення пальців



Зміна положення руки відносно обличчя при вдиху однією ніздрею і видиху іншою

