

**ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Факультет фармації, психології та  
менеджменту  
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота  
магістра  
на тему

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У  
ЖІНОК»**

**Виконала:** здобувач 2 року навчання групи  
ПЗ-2406  
другого (магістерського) рівня освіти  
спеціальності 053 «Психологія»  
Нос Євгенія

**Науковий керівник:** асист. Сидоренко  
Ольга

**Рецензент:** доктор психологічних наук,  
професор завідувач кафедри психології  
ТОВ «Зігмунд Фройд Університет Україна»  
Іван Клименко

**Київ – 2026**

## ЗМІСТ

|                                                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                  | <b>3</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК.....</b>                  | <b>7</b>  |
| 1.1. Теоретичний аналіз проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці.....                  | 7         |
| 1.2. Психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок.....                       | 15        |
| 1.3. Аналіз емпіричного досвіду застосування різних методів допомоги жінкам з надмірною вагою..... | 23        |
| <b>Висновки до розділу 1.....</b>                                                                  | <b>30</b> |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК.....</b>                 | <b>32</b> |
| 2.1. Методи та організація емпіричного дослідження.....                                            | 32        |
| 2.2. Результати емпіричного дослідження.....                                                       | 39        |
| <b>Висновки до розділу 2.....</b>                                                                  | <b>46</b> |
| <b>РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПОДОЛАННІ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК.....</b>    | <b>48</b> |
| 3.1. Психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану..... | 48        |
| 3.2. Структура та зміст програми психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою.....             | 60        |
| <b>Висновки до розділу 3.....</b>                                                                  | <b>71</b> |
| <b>ВИСНОВКИ.....</b>                                                                               | <b>72</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>                                                             | <b>75</b> |
| <b>ДОДАТКИ.....</b>                                                                                | <b>84</b> |

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Проблема надмірної ваги та ожиріння у XXI ст. набула статусу глобальної пандемії. Вона становить серйозну загрозу для здоров'я та якості життя мільйонів людей, навіть в країнах з низьким рівнем життя. За оцінками експертів, близько 1,7 млрд. жителів нашої планети мають надмірну вагу, а близько 300 млн. потерпають від ожиріння. Серед працездатного населення України ожиріння виявляють в 26% випадків, а надмірну масу тіла має більше 40% всього населення країни.

Особливо гостро ця проблема постає перед жіночою частиною населення. Статистичні дані свідчать, що поширеність ожиріння вища серед жінок, ніж серед чоловіків. Приблизно половина жінок репродуктивного віку мають надмірну вагу або ожиріння, причому жінки віком 25-34 років демонструють вищий ризик значного збільшення ваги. Важливою особливістю жіночого ожиріння є його зв'язок з вагітністю та післяпологовим періодом. Бо надмірне збільшення ваги під час вагітності і подальше збереження ваги після пологів є суттєвими чинниками, що сприяють довгостроковому розвитку ожиріння у жінок.

Надмірна ж вага не лише підвищує ризик розвитку численних соматичних захворювань, зокрема серцево-судинних патологій, цукрового діабету 2-го типу, порушень опорно-рухового апарату та деяких видів онкологічних захворювань. Вона негативно впливає на репродуктивне здоров'я та психоемоційний стан жінки.

Тривалий час домінував підхід, що розглядав набір ваги переважно крізь призму фізіології – як наслідок енергетичного дисбалансу між спожитими та витраченими калоріями. Однак численні наукові дослідження і клінічна практика останніх десятиліть переконливо доводять, що в основі порушень харчової поведінки часто лежать глибокі психологічні чинники. Для багатьох жінок їжа перетворюється з джерела енергії та поживних речовин на універсальний засіб для регуляції емоційного стану. Процес споживання їжі

починає виконувати компенсаторну функцію, стаючи способом боротьби зі стресом, тривогою, депресивними станами, почуттям самотності, нудьгою чи внутрішньою порожнечою. В такому разі, без виявлення та корекції глибинних психологічних причин, будь-які спроби схуднення за допомогою дієт та фізичних навантажень дають лише тимчасовий результат, призводячи до неминучих зривів та подальшого погіршення ситуації.

З огляду на це, вивчення психологічних чинників, що детермінують набір надмірної ваги у жінок, є надзвичайно актуальним завданням сучасної психологічної науки і практики. Розуміння цих механізмів є ключовим для розробки комплексних, дієвих програм профілактики та психокорекції. При цьому дані програми дозволяють нормалізувати вагу. Вони націлені на гармонізацію особистості жінки, підвищення її стресостійкості та формування здорових, усвідомлених стосунків із їжею та власним тілом.

*Об'єкт дослідження* – харчова поведінка та психоемоційний стан жінок із різною масою тіла.

*Предмет дослідження* – зв'язок між психологічними чинниками та схильністю до набору надмірної ваги у жінок.

*Мета дослідження* – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок.

*Завдання дослідження:*

1. Провести теоретичний аналіз проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці.
2. Визначити психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок.
3. Проаналізувати емпіричний досвід застосування різних методів допомоги жінкам з надмірною вагою.
4. Провести емпіричне дослідження чинників набору надмірної ваги у жінок.
5. Дослідити психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану.

6. Розробити програму психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою.

*Методи дослідження.* Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс методів:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури для визначення стану розробленості проблеми;
- емпіричні: психодіагностичний метод із використанням стандартизованих методик: «Голландський опитувальник харчової поведінки» (DEBQ), «Тест харчових установок» (EAT-26), «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна), «Шкала самооцінки» (М. Розенберга);
- методи математичної статистики: розрахунок середніх значень, порівняльний аналіз із використанням t-критерію Стюдента для незалежних вибірок, визначення рівня статистичної значущості (p-value). Обробка даних здійснювалася за допомогою комп'ютерного програмного забезпечення.

*Теоретичне значення дослідження* полягає у систематизації сучасних наукових підходів до проблеми надмірної ваги, що дозволило вийти за межі суто медичної моделі та розглядати харчову поведінку як складну біопсихосоціальну систему. Розширено наукові уявлення про вплив гендерно-специфічних факторів (соціальних стандартів краси, рольового навантаження) на формування негативного образу тіла у жінок.

*Практичне значення одержаних результатів* визначається тим, що розроблено та обґрунтовано «Програму психологічної допомоги у подоланні набору надмірної ваги у жінок». Програма розрахована на 24 тижні та має модульну структуру, що дозволяє психологам-практикам використовувати її як цілісно, так і окремими блоками. Результати емпіричного дослідження можуть бути використані при розробці просвітницьких заходів щодо профілактики розладів харчової поведінки.

*Наукова новизна одержаних результатів* полягає у розширенні та поглибленні уявлень про психологічні механізми набору надмірної ваги у жінок. Зокрема:

- встановлено, що обмежувальна поведінка у жінок із надмірною вагою не є ефективним інструментом регуляції, а виступає фактором ризику зривів, посилюючи психологічну напругу;
- дістало подальшого розвитку розуміння причинно-наслідкового зв'язку, де їжа виступає дезадаптивним механізмом копінгу (подолання) для регуляції емоційного дистресу, спричиненого неприйняттям власного тіла та соціальним тиском;
- розроблено комплексну інтегративну програму психологічної допомоги, яка поєднує методи когнітивно-поведінкової терапії (для роботи з думками), діалектичної поведінкової терапії (для регуляції емоцій), арт-терапії (для роботи з образом тіла) та психосинтезу (для глибинної роботи на розтотожнення з деструктивними бажаннями і тренування волі), адаптовану саме для корекції психологічних чинників ожиріння.

*Апробація результатів дослідження.* Основні положення та результати дослідження були представлені та обговорені на I Міжнародній науково-практичній конференції «Innovation and Development in World Science» (3-5 листопада 2025 р., м. Цюрих, Швейцарія). Опубліковано тези доповіді на тему: «Психологічні чинники набору надмірної ваги у жінок».

*Структура роботи.* Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК

#### 1.1. Теоретичний аналіз проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці

Надмірна вага та ожиріння становлять значну глобальну проблему охорони здоров'я, маючи серйозні медичні наслідки для фізичного стану людини. Однак, крім суто фізіологічних аспектів, ця проблема глибоко вкорінена в психологічних процесах і соціальному контексті. Психологічні фактори відіграють вирішальну роль як у виникненні, так і в прогресуванні надмірної ваги, а також у формуванні патологічних стереотипів харчової поведінки.

Для глибокого розуміння проблеми надмірної ваги в психологічній науці необхідно чітко визначити основні терміни, що використовуються в цьому контексті. В першу чергу, понять «надмірна вага» та «ожиріння».

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), надмірна маса тіла визначається за індексом маси тіла (далі – ІМТ) у діапазоні 25–29,9 кг/м<sup>2</sup>. Ожиріння діагностується при ІМТ 30 кг/м<sup>2</sup> та більше. ВООЗ також виділяє різні ступені ожиріння [68]:

- I ступінь – ІМТ 30–34,9 кг/м<sup>2</sup>;
- II ступінь – ІМТ 35–39,9 кг/м<sup>2</sup>;
- додатково виділяють «хворобливе ожиріння», при якому ІМТ досягає 40 кг/м<sup>2</sup> і більше.

Узагальнимо дану класифікацію у табл. 1.1.

І хоча медичні визначення надають об'єктивні й кількісні критерії для класифікації статусу ваги, психологічне сприйняття власної ваги й тіла може значно відрізнятися від фактичних показників. Тому психологічна діагностика і, за потреби, терапія повинні враховувати не лише показники ІМТ, а й суб'єктивне

ставлення людини до свого тіла, її внутрішні переживання. Бо саме вони часто є джерелом дистресу і патологічної поведінки.

**Таблиця 1.1**

**Класифікація надмірної ваги та ожиріння за ВООЗ [68]**

| Категорія статусу ваги | ІМТ, кг/м <sup>2</sup> |
|------------------------|------------------------|
| Нормальна маса тіла    | 18,5–24,9              |
| Надлишкова маса тіла   | 25–29,9                |
| Ожиріння I ступеню     | 30–34,9                |
| Ожиріння II ступеню    | 35–39,9                |
| Хворобливе ожиріння    | ≥ 40                   |

Важливим поняттям в межах дослідження проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці є поняття «харчової поведінки». У психологічній науці даний термін розглядається як складна міжфункціональна психологічна система, яка формується та розвивається у процесі взаємодії індивіда з культурним середовищем. Харчова поведінка зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Вона охоплює ціннісне ставлення до їжі, усталені стереотипи харчування, а також поведінку, орієнтовану на образ власного тіла, та діяльність, спрямовану на формування цього образу [30].

Харчова поведінка – це «сукупність психологічних, соціальних і біологічних реакцій, що визначають вибір, кількість та режим прийому їжі людиною» [35].

Харчова поведінка спрямована на задоволення не лише біологічних та фізіологічних потреб, а й широкого спектру психологічних та соціальних потреб. Вона може виступати засобом розрядки психоемоційної напруги, джерелом чуттєвої насолоди, інструментом комунікації, способом самоствердження, підтримки ритуалів або звичок, компенсації незадоволених потреб, нагороди чи навіть захисту. Являючи собою не просто фізіологічний акт, спрямований на подолання голоду, а глибоко вкорінену психосоціальну функцію, вона може бути використана для задоволення широкого спектру нехарчових потреб [44, с. 31]. Це робить її особливо вразливою до порушень. В даному дослідженні під поняттям харчова поведінка ми розумітимемо складну психологічну систему,

яка задовольняє не лише базові потреби в їжі, а й психологічні та соціальні запити. Таке трактування цього поняття пояснює чому люди можуть їсти, коли не відчують фізичного голоду, і чому їжа може стати засобом розрядки психоемоційної напруги або компенсації незадоволених потреб. Існує також зворотний вплив самого процесу харчування на відповідну вітальну потребу, що демонструє, як акт їжі може трансформувати початкову потребу.

Психологічні складові харчової поведінки включають мотивацію, попередній досвід, когнітивні особливості, емоції, механізми саморегуляції й операціональні характеристики. Проаналізуємо їх детальніше у табл. 1.2.

**Таблиця 1.2**

**Психологічні складові харчової поведінки [5, с. 14]**

| Складова                      | Опис                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мотивація                     | Споживання їжі під впливом мотивів, пов'язаних з бажаними змінами в самосприйманні, необхідними обмеженнями з урахуванням процесів цілепокладання особистості; усвідомлені або неусвідомлені мотиви, зовнішні стимули |
| Досвід                        | Знання про користь харчових продуктів, обізнаність про основи здорового харчування                                                                                                                                    |
| Когнітивні особливості        | Відчуття від їжі, сприймання страв, пам'ять про смак                                                                                                                                                                  |
| Емоції                        | Споживання їжі під впливом емоцій, щоб зменшити тривогу, подолати невпевненість, для уникнення страхів; емоційний фон у зв'язку з їжею                                                                                |
| Саморегуляція                 | Споживання їжі як засіб зменшення психологічного напруження; може бути усвідомленою або неусвідомленою                                                                                                                |
| Операціональні характеристики | Власне поведінковий компонент споживання їжі, включаючи особливості темпу, обставин та повторюваних патернів; навички та ритуали                                                                                      |

Харчова поведінка може бути як гармонійною (адекватною), так і девіантною (такою, що відхиляється від норми). Розлад харчової поведінки (далі – РХП) згідно із визначенням В. Огоренко і В. Кокашинського – це «стійкі порушення харчування або пов'язаної з ним поведінки, які призводять до змін споживання або поглинання їжі і суттєво погіршують фізичне здоров'я і психосоціальне функціонування людини» [29, с. 56]

У працях багатьох дослідників спостерігається виокремлення трьох основних видів харчової поведінки [7, с. 15]:

1. Екстернальний тип харчової поведінки: «проявляється підвищеною реакцією не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі, а на зовнішні стимули, такі як накритий стіл, приймаюча їжу людина, реклама харчових продуктів тощо». Зазначається, що дані прояви спостерігають, у більшості випадків, в осіб, що схильні до проблем із зайвою вагою, ожирінням.

2. Емоціогенна харчова поведінка визначається як: «гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання, «харчове пияцтво»». Тобто, при даному розладі покликом до процесу харчування виступають емоційні навантаження, такі як: тривожність, порушення настрою, пригніченість, образа, злість, самотність тощо.

3. Обмежувальний тип визначається підвищеним рівнем контролю за прийомом їжі, використання дієт, підрахунок калорій. Зазначається, що подібні обмеження часто можуть змінюватися моментами переїдання і появою надлишкової ваги. Як наслідок виникають порушення всіх систем організму людини.

Поняття харчової поведінки тісно пов'язане з поняттям «образу тіла». Він являє собою суб'єктивне сприйняття власного тіла, те, як індивід його бачить, розуміє і як до нього ставиться. Поняття «образ тіла» охоплює загальне задоволення тілом, емоційну реакцію на нього, знання та переконання щодо своєї фізичної форми, а також поведінку, пов'язану з тілом (наприклад, вибір одягу, уникнення певних ситуацій).

Спотворення образу тіла є не просто естетичною проблемою, а глибоким психологічним феноменом, який може бути коренем серйозних психічних розладів. Це відбувається тому, що суспільні стандарти краси інтерналізуються індивідом і починають сприйматися як особистісна цінність [1; 2]. Дослідження чітко розмежовують об'єктивне тіло та його суб'єктивне сприйняття – образ тіла. Головним аспектом є те, що люди з розладами харчової поведінки, наприклад, аноректики, завжди бачать у себе жир, навіть за його відсутності. В такому випадку проблема полягає не в реальній вазі, а в спотвореному внутрішньому уявленні.

Ґрунтуючись на розглянутій термінологічній базі, стає можливим глибше дослідити психологічні корені проблеми надмірної ваги. Адже розуміння цього явища не завжди було таким багатогранним, як сьогодні. На даному етапі психологічна наука розглядає набір надмірної ваги як результат взаємодії біологічних, соціальних, емоційних і когнітивних факторів. Але, саме психологічний вплив на формування надмірної ваги та ожиріння почали розглядати не так давно. Першочергово звертали увагу саме на комплексний вплив психологічних станів на здоров'я людини. І лише потім почали виокремлювати їх вплив на набір надлишкової ваги.

У давнину та середньовіччя ожиріння та надмірна вага розглядалося переважно як фізіологічний стан, пов'язаний із надмірним споживанням їжі чи порушенням обміну речовин. Психологічні аспекти рідко бралися до уваги. Адже медицина того часу не мала розвинених уявлень про зв'язок між психікою та тілом [10, с. 18]. Лише в кінці XIX – на поч. XX ст., з появою психоаналізу, З. Фрейд та його послідовники почали звертати увагу на психосоматичні зв'язки. Тобто на те, як психологічний стан може впливати на фізичне здоров'я. І хоча З. Фрейд сам не досліджував ожиріння та надмірну вагу, його ідеї про несвідомі конфлікти та емоційні стани заклали основу для подальшого вивчення психологічних причин фізичних станів.

Однією з перших, хто звернув увагу на психологічні аспекти ожиріння, була психоаналітик Х. Брух. У 1930-1940-х рр. вона провела дослідження, які показали, що у багатьох людей із надмірною вагою є емоційні та психологічні проблеми. Зокрема пов'язані з сімейними стосунками та сприйняттям себе. Дослідницею було виявлено, що ожиріння не завжди є лише результатом фізіологічних факторів, таких як переїдання чи генетика. Брух припускала, що деякі люди використовують їжу як механізм подолання стресу чи інших психологічних станів. Для цього вона використовувала термін реактивне ожиріння [21, с. 28]. Після Першої та Другої світових війн німецькі та французькі автори описували цей стан як «парадоксальне» ожиріння. Зазначаючи, що його причиною є важкий психологічний шок.

Значний внесок у вивчення психологічних і поведінкових аспектів надмірної ваги був здійснений А. Штункардом, американським психіатром і дослідником в темі ожиріння. Він також є одним із засновників концепції «розладу компульсивного переїдання». У 1995 р. А. Штункард висунув гіпотезу «синдрому нічного переїдання», пов'язуючи його з емоційним стресом і порушеннями циркадних ритмів [48, с. 61].

У середині ХХ ст. поведінкові психологи, такі як А. Елліс і Б. Ф. Скіннер, почали досліджувати зв'язок між поведінкою, емоціями та звичками харчування. Це дало поштовх до розуміння того, що надмірна вага може бути результатом не лише фізіологічних, а й поведінкових і психологічних факторів, таких як звички, стресові реакції чи емоційна залежність від їжі. Було розроблено концепцію ірраціональних переконань REBT А. Елліса. В ній стверджується, що ірраціональні переконання є центральним фактором у виникненні емоційних і поведінкових проблем. Серед таких ірраціональних переконань, пов'язаних з їжею та можливим набором надмірної ваги можна зазначити наступні: «Я мушу завжди бути ідеальним у всьому, включаючи контроль над їжею», «якщо я наберу вагу, це буде катастрофою, «якщо я не контролюю свою вагу, я нікчемна людина» тощо [62; 66]. Ці типи переконань часто досліджуються в контексті розладів харчової поведінки, оскільки вони можуть сприяти розвитку та підтримці патологічних моделей поведінки.

Когнітивно-поведінкова модель є однією з ключових у поясненні набору надмірної ваги у жінок. Вона розглядає ожиріння як результат дисфункціональних думок і поведінки, пов'язаних із їжею та образом тіла. Саме жінки частіше демонструють когнітивні спотворення [10; 12]. Серед них варто відзначити переконання «я не можу бути привабливою без ідеальної фігури», що може призводити до переїдання як форми компенсації. У 2000 р. з'явилася теорія «вичерпання его», яка особливо актуальна для жінок. Адже вони поєднують численні соціальні ролі (мати, працівниця), що виснажує ресурси самоконтролю та сприяє імпульсивному вживанню їжі.

Модель Лазаруса і Фолкман, адаптована до сучасних реалій, пояснює набір ваги у жінок через неефективні стратегії подолання стресу. Бо жінки частіше вдаються до емоційного копінгу, використовуючи їжу для зняття напруги. Це пов'язано з високим рівнем стресу від роботи, сімейних обов'язків чи соціальних очікувань. Фізіологічно стрес підвищує рівень кортизолу, який стимулює апетит і накопичення жиру в абдомінальній зоні. Саме ця зона часто викликає незадоволення у жінок через естетичні стандарти [20, с. 93]. Дана теорія підкреслює гендерну специфіку. Адже жінки частіше повідомляють про емоційне переїдання, ніж чоловіки.

Психобіологічна модель розглядає надмірну вагу у жінок як прояв залежності від їжі, спираючись на нейропсихологічні дані [8]. Високоперероблена їжа активує дофамінові центри винагороди, що може бути особливо значущим для жінок, які частіше шукають у їжі емоційний комфорт. Жінки демонструють вищу чутливість до смакових стимулів і частіше повідомляють про тягу до солодкого чи жирного. Вона пояснюється як біологічними (гормональні коливання під час менструального циклу), так і психологічними факторами. І хоч ця модель не універсальна, але її актуальність для жінок підтверджується гендерними відмінностями у сприйнятті їжі.

Соціально-когнітивна теорія Бандури акцентує на впливі соціального оточення на жінок. Соціокультурний тиск, пов'язаний із «ідеалом худорлявості», може парадоксально сприяти набору ваги через низьку самоефективність. Жінки, які не вірять у свою здатність схуднути, припиняють спроби контролювати харчування [27, с. 206].

Сучасні інтерпретації психоаналітичного підходу пов'язують набір ваги у жінок із невирішеними внутрішніми конфліктами. Їжа може виступати компенсацією емоційної порожнечі чи способом захисту від зовнішнього тиску. Тому виявлено, що жінки, які пережили травми (наприклад, насильство), частіше мають надмірну вагу через підсвідоме використання їжі та ваги як «щита».

Екологічна модель розглядає набір ваги у жінок як результат взаємодії різних рівнів впливу. На мікрорівні – це сімейні традиції (наприклад, «годування

любов'ю» від матерів). На мезорівні – доступність нездорової їжі на роботі, на макрорівні – культурні норми, що прославляють худорлявість, але одночасно нормалізують переїдання в певних контекстах (святкування, стресові періоди). Ця модель підкреслює системний вплив на жінок [44, с. 54].

Узагальнимо досліджені теорії у табл. 1.3.

**Таблиця 1.3**

***Теорії проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці [44; 49; 62]***

| Період                                           | Ключові ідеї та концепції                                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Психоаналіз<br>Кінець XIX – поч. XX ст.          | Психосоматичні зв'язки, вплив несвідомих конфліктів та емоцій на фізичне здоров'я     |
| Ранні психоаналітичні погляди<br>1930–1940-і рр. | «Реактивне ожиріння» - їжа як механізм подолання стресу та емоційних проблем          |
| Поведінкова психологія<br>Сер. XX ст.            | Зв'язок між поведінкою, емоціями та звичками харчування. Ірраціональні переконання    |
| Дослідження А. Штункарда<br>1995 р.              | «Синдром нічного переїдання» та «розлад компульсивного переїдання»                    |
| Когнітивно-поведінкова модель                    | Дисфункціональні думки та поведінка. Теорія «вичерпання его»                          |
| Модель Лазаруса і Фолкман                        | Неефективні стратегії подолання стресу. Підвищення рівня кортизолу                    |
| Психобіологічна модель                           | Розгляд надмірної ваги як залежності від їжі, що активує дофамінові центри винагороди |
| Соціально-когнітивна теорія                      | Вплив соціального оточення та рівня самоефективності                                  |
| Сучасний психоаналітичний підхід                 | Невирішені внутрішні конфлікти; їжа як компенсація емоційної порожнечі                |
| Екологічна модель                                | Взаємодія різних рівнів впливу: мікро- (сім'я), мезо- (робота), макро- (культура)     |

На основі проведеного теоретичного аналізу можна зробити висновок, що проблема набору надмірної ваги є складним, багатогранним феноменом, який виходить далеко за межі медичних критеріїв ІМТ. Ключовими для її розуміння в психологічній науці є поняття харчової поведінки та образу тіла, суб'єктивне сприйняття якого часто стає джерелом дистресу. Історична еволюція поглядів демонструє перехід від суто фізіологічного трактування до визнання глибокого психологічного підґрунтя, що включає несвідомі конфлікти, ірраціональні переконання, стратегії подолання стресу та соціальний тиск. Сучасні теорії, багато з яких акцентують увагу на гендерних особливостях, підтверджують, що

набір ваги є результатом складної взаємодії біологічних, емоційних, когнітивних та соціальних факторів, що вимагає інтегративного підходу до діагностики та терапії.

## **1.2. Психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок**

Проблема надмірної ваги характеризується двонаправленим впливом: психологічні фактори не лише сприяють набору зайвих кілограмів, але й саме ожиріння, у свою чергу, може викликати вторинні психологічні порушення, створюючи таким чином замкнене коло [51, с. 3].

Психологічні чинники відіграють ключову роль у виникненні та підтримці надмірної ваги у жінок, що зумовлено як індивідуальними особливостями психіки, так і гендерно-специфічними соціальними та біологічними аспектами. Виходячи з зазначеного в попередньому підрозділі та базуючись на теоретичних підходах до проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці, можна об'єднати психологічні чинники на: емоційне переїдання, стрес, низьку самооцінку, соціальний тиск і залежність від їжі, психосоматичні фактори, з урахуванням їхньої специфіки для жіночої популяції (рис. 1.1). Розглянемо ці показники детальніше.

1. Емоційне переїдання. Багато жінок звертаються до їжі як до джерела втіхи та способу впоратися з емоційним дискомфортом, викликаним стресом, тривогою чи депресією. Надлишок їжі призводить до переїдання та подальшого набору ваги. Компульсивне переїдання відрізняється від фізіологічного голоду тим, що людина вживає їжу не для насичення, а з метою усунення емоційного дефіциту та підняття настрою [42, с. 107].

Емоційний голод має характерні особливості: він виникає раптово і вимагає негайного задоволення. При цьому викликає потяг до конкретних

продуктів (зазвичай висококалорійних) [65]. Емоційний голод не зникає навіть після насичення і часто супроводжується почуттям провини після їжі.

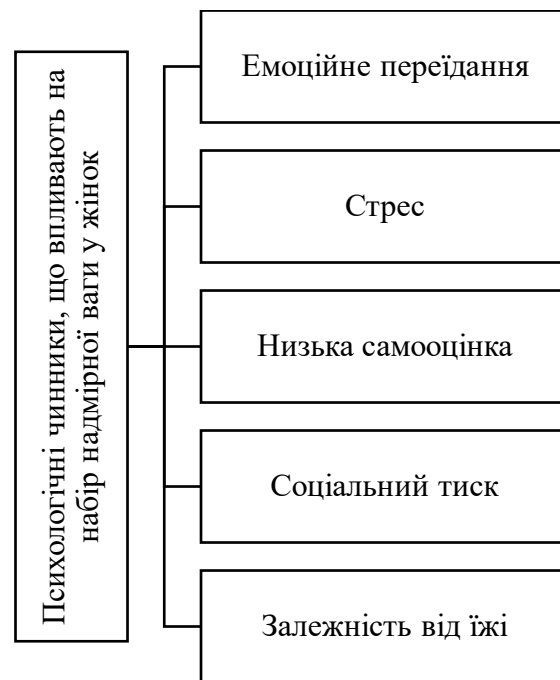


Рисунок 1.1 Основні психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок [3; 60; 65]

Емоційне переїдання є класичним прикладом дезадаптивної стратегії подолання [4; 7]. Тимчасове полегшення, яке приносить їжа, є короткочасним, а почуття провини та сорому, що виникає після переїдання, може стати новим емоційним тригером. Це створює самопідтримуючий цикл, що відображений на рис. 1.2.

Цей цикл пояснює, чому емоційне переїдання є таким складним для подолання і чому воно є значним психологічним рушієм набору ваги. Особливо для жінок, чия самооцінка часто тісно пов'язана із зовнішністю та харчовими звичками. Розрив цього циклу вимагає адресної роботи з емоційними тригерами та розвитку здоровіших механізмів подолання.



Рисунок 1.2 Цикл емоційного переїдання [15; 21]

2. Хронічний стрес є одним із найзначніших психологічних чинників, що сприяють збільшенню ваги у жінок. Під впливом стресу організм виробляє підвищену кількість гормону кортизолу. Цей гормон, відомий як «гормон стресу», сприяє накопиченню жирових відкладень, особливо в області живота [9; 29]. Такий механізм є еволюційною відповіддю організму, що формувалася в умовах загрози виживання, коли організм накопичував енергію. Хронічний стрес також може спричиняти зміни в метаболізмі, що значно ускладнює процес зниження ваги.

Збільшення вісцерального (абдомінального) жиру є метаболічно активним. Воно може додатково посилювати гормональні дисбаланси, запальні процеси та інсулінорезистентність [16, с. 80]. Таке посилення робить втрату ваги надзвичайно складною й підвищує ризик серйозних ускладнень для здоров'я. Для жінок, які переживають унікальні гормональні коливання протягом життя (менструація, вагітність, менопауза), хронічний стрес, індукований кортизолом, може значно порушити їхню чутливу ендокринну систему. Його вплив при цьому відбуватиметься не тільки на вагу, а й на репродуктивне здоров'я. Жінки мають складний нейроендокринно-поведінковий цикл, де психологічний стрес безпосередньо призводить до специфічних, шкідливих фізіологічних змін, які підтримують набір ваги, роблячи управління стресом критично важливим компонентом контролю ваги.

Модель взаємозв'язку стресу й ожиріння відображена на рис. 1.3.

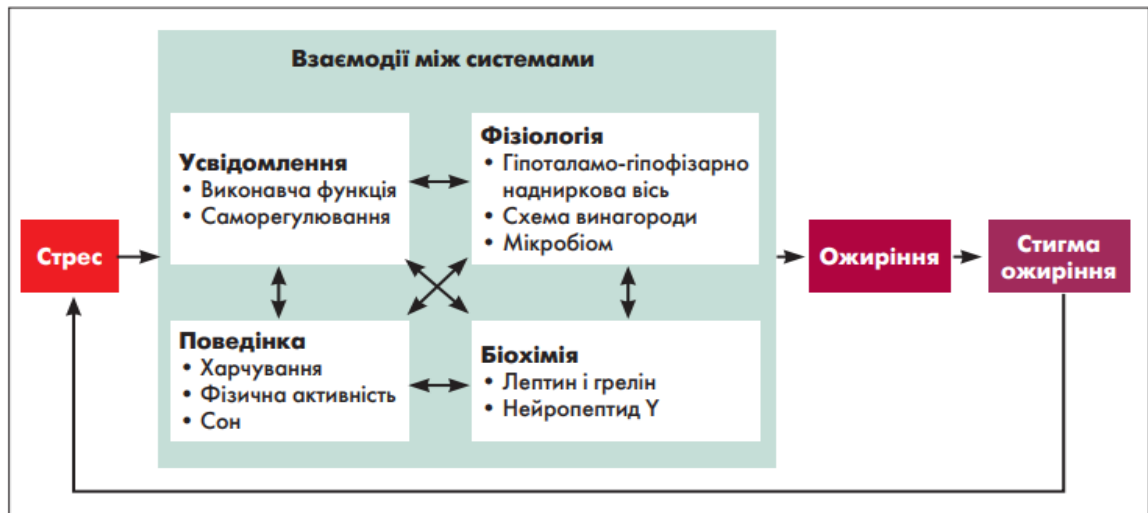


Рисунок 1.3 Стрес та ожиріння: модель взаємозв'язку [17]

Говорячи про взаємозв'язок стресу й ожиріння, не можна не згадати про посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР), який є гострою проблемою в умовах воєнного часу. Відомо, що ПТСР призводить до центрального ожиріння, змін у мозку та змін рівнів гормонів апетиту (лептину, нейропептиду Y, греліну, адипонектину, РР). Зміни в мозку, а також зміни рівнів гормонів апетиту можуть пояснювати зв'язок між ПТСР і центральним ожирінням. Центральне ожиріння призводить до підвищення кров'яного тиску, рівнів маркерів запалення і розвитку таких супутніх захворювань, як метаболічний синдром, ЦД, серцево-судинні захворювання та порушення репродуктивної функції. Факторами, що погіршують перебіг ПТСР, є дієта, сімейний анамнез, стать, раса, прийом антипсихотиків і наявність супутньої психіатричної патології (депресія та ін.) [35; 40].

Дослідження харчової поведінки людей в умовах стресу показали, що особи, які початково мають надлишкову вагу або масу тіла на верхній межі норми, зазвичай більш схильні до збільшення ваги під час стресу. Тоді як особи з нормальною або недостатньою вагою – ні. Так, 70% учасників проспективних досліджень повідомили про збільшення споживання їжі під час стресу, тоді як зниження апетиту спостерігали лише у 30% спостережуваних [47].

Під час стресу, незалежно від того, чи збільшується загальне споживання калорій, відбувається зміщення харчової поведінки в бік споживання «комфортної їжі», до якої належать солодощі, випічка, пікантні закуски. Це легко пояснюється, адже швидке всмоктування глюкози з цих продуктів супроводжується викидом ендорфінів і сприймається тілом як задоволення.

Реалізація негативного впливу стресу на організм відбувається через вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники. Ця жорстко регульована система являє собою один із механізмів реагування організму на гострий і хронічний стрес. Тривалий стрес і/або неадекватна регуляція системи стресу можуть призвести до хронічного гіперкортицизму або, у деяких випадках, притуплення реакції кортизолу на стрес, що сприяє інсулінорезистентності, прогресуванню ожиріння та ЦД 2 типу [41, с. 429].

Хронічні стресові ситуації, порушення сну та гіперстимуляція надниркових залоз або гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи призводять до підвищення рівня циркулюючого кортизолу. А це – головний чинник серед адипогенних ушкоджувальних факторів. Порушена (або згладжена) циркадна варіабельність рівня кортизолу прямо корелює з розподілом жиру у верхній частині тіла. Аномальні добові ритми кортизолу в разі нерегулярного графіка харчування підвищують ризик гіпертрофії вісцеральних адипоцитів.

У жінок із ПТСР ризик набору надмірної ваги був на 36% вищим, ніж у тих, хто не мав цього розладу. Автори пов'язують це з емоційним переїданням як механізмом копінгу та підвищенням рівня кортизолу, що сприяє накопиченню жиру. В результаті дослідження довгострокових ефектів дитячих травм у жінок було виявлено, що ПТСР, спричинений аб'юзом у дитинстві, асоціюється з ожирінням у дорослому віці. Жінки використовували їжу як спосіб «захисту» від емоційного болю, що призводило до хронічного переїдання і набору ваги [32, с. 75].

Згідно із іншим дослідженнями у жінок із ПТСР спостерігалася вища частота компульсивного переїдання, що пояснюється активацією дофамінових

шляхів у відповідь на травматичні спогади. Гендерна специфіка полягала в тому, що жінки частіше, ніж чоловіки, зверталися до їжі як до джерела емоційного комфорту. Це підтверджується нейропсихологічними даними про активацію центрів винагороди в мозку.

Підвищений рівень кортизолу при ПТСР стимулює апетит і сприяє накопиченню жиру, що є більш вираженим у жінок через естроген-залежні метаболічні особливості. Жінки більш схильні до набору ваги при ПТСР через: вищу емоційну реактивність і чутливість до стресу, соціокультурний тиск, який посилює негативний образ тіла і провокує нездорові харчові звички, біологічні фактори, такі як гормональні коливання під час менструального циклу чи менопаузи, що підсилюють ефекти ПТСР на апетит [27].

3. Низька самооцінка. Низька самооцінка є поширеною проблемою серед жінок, і їхнє самопочуття часто корелює із зовнішністю та вагою. Дослідження показали, що діти, які у віці 10 років мали занижену самооцінку, підвищене занепокоєння та невпевненість, частіше набирали зайву вагу при досягненні 30-річного віку. Тобто існує довгостроковий вплив емоційних проблем на фізичне здоров'я [43].

Незадоволеність власним тілом позитивно корелює з низькою самооцінкою, високими показниками перфекціонізму, а також схильністю до порушень харчової поведінки. Порушення сприйняття власної ваги або форм тіла, відоме як дисморфоманія або дисморфофобія, є характерним проявом розладів харчової поведінки. Надмірний вплив цих сприйняття на самооцінку лише посилюється зі зниженням ваги.

Постійний вплив та інтерналізація нереалістичних стандартів краси, що транслуються медіа та культурою, створюють середовище, де жінки схильні порівнювати себе з іншими. Особливо з друзями та однолітками в соціальних мережах. Цей вплив призводить до хронічної незадоволеності власним тілом і почуття провини або сорому, якщо вони не відповідають цим ідеалам. Незадоволеність, своєю чергою, є потужним психологічним тригером для дезадаптивних поведінкових проявів [53]. Ними є емоційне переїдання або

уникнення фізичної активності. Таким чином, низька самооцінка, спричинена невідповідністю ідеалам, призводить до поведінки, яка сприяє подальшому набору ваги, що ще більше погіршує образ тіла та самооцінку.

4. Соціальний тиск. Соціальний тиск є вагомим чинником набору ваги у жінок, що пояснюється соціально-когнітивною теорією Бандури. Жінки зазнають впливу як ідеалізованих стандартів краси, так і норм оточення. Тому набір ваги у жінок часто пов'язаний із поведінкою їхнього соціального кола: якщо подруги чи члени сім'ї мають надмірну вагу, це може сприйматися як прийнятна норма. Водночас медіа та реклама, які одночасно просувають худорлявість і доступність висококалорійної їжі, створюють суперечливі сигнали, що дезорієнтують жінок у контролі харчування.

5. Залежність від їжі. Харчова залежність – це патологічний стан, що характеризується компульсивним споживанням певних видів їжі (зазвичай високопалатабельних, тобто багатих на цукор, жири та сіль), незважаючи на негативні наслідки для здоров'я та психоемоційного стану індивіда [12]. Ця концепція базується на парадигмі залежності, проводячи паралелі з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

В основі нейробіологічних механізмів харчової залежності лежить активація системи винагороди мозку, зокрема мезолімбічного дофамінового шляху. Споживання високопалатабельної їжі викликає потужний викид дофаміну в прилеглому ядрі. Він створює інтенсивне відчуття задоволення та ейфорії. При регулярній стимуляції цієї системи відбуваються нейроадаптивні зміни, а саме [30]:

1. Зниження чутливості дофамінових D2-рецепторів. В результаті цього мозок адаптується до надмірної стимуляції, що призводить до потреби споживати все більшу кількість їжі для досягнення того ж рівня задоволення (розвиток толерантності).

2. Порушення функцій префронтальної кори, яка відповідає за виконавчі функції, такі як прийняття рішень, самоконтроль та гальмування імпульсивної

поведінки. У залежних осіб спостерігається гіпоактивність префронтальної кори, що ускладнює спротив нав'язливій тязі до їжі.

Харчова залежність проявляється через специфічні поведінкові патерни, які безпосередньо детермінують набір ваги. Ключові прояви харчової залежності відображено у табл. 1.4.

**Таблиця 1.4**

**Ключові прояви харчової залежності [12; 14]**

| Прояв                                           | Сутність                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Втрата контролю                                 | Споживання значно більшої кількості їжі, ніж планувалося                                                                                                    |
| Нав'язлива тяга (крейвінг)                      | Сильне, майже непереборне бажання спожити конкретний продукт                                                                                                |
| Продовження споживання попри негативні наслідки | Вживання шкідливої їжі навіть за наявності проблем зі здоров'ям (діабет, гіпертонія), соціальних чи психологічних проблем (почуття огиди до себе, депресія) |
| Харчування до відчуття фізичного дискомфорту    | Переїдання до болю в шлунку                                                                                                                                 |
| Таємне споживання їжі                           | Приховування факту переїдання від оточуючих через почуття сорому                                                                                            |

Відображені у табл. 1.4 поведінкові патерни ведуть до хронічного профіциту калорій. На відміну від епізодичного переїдання, при харчовій залежності цей процес стає систематичним та невідконтрольним вольовим зусиллям. Організм постійно отримує надлишок енергії, яка неминуче трансформується в жирові відкладення, що призводить до прогресивного збільшення маси тіла та розвитку ожиріння. Таким чином, харчова залежність є не просто звичкою, а розладом, що має чіткі нейробіологічні кореляти, подібні до тих, що спостерігаються при алкогольній чи наркотичній залежності.

Серед інших психологічних факторів надмірної ваги варто відмітити фрустрацію при втраті об'єкта любові. Наприклад, ожиріння у жінок, після смерті чоловіка, розлуки з сексуальним партнером або навіть після переїзду з рідного дому («пансіон ожиріння»). Відомо, що втрата близької людини може супроводжуватися пригніченістю і одночасно – підвищенням апетиту («заїсти гірку пігулку»).

Ситуації, що вимагають особливих зусиль і підвищеної напруги (наприклад, підготовка до іспитів, професійні перевантаження), пробуджують у багатьох людей підвищені оральні потреби, які призводять до посиленого споживання їжі або паління [44, с. 65].

Ожиріння може бути набуте при неправильному стилі харчової поведінки батьків. Тоді коли вони систематично на будь-яке зовнішнє вираження дитиною потреби відповідають пропозицією їжі і ставлять свій прояв любові до дитини в залежність від того, чи їсть він чи ні. Ці структури відносин ведуть до нестачі сили Я. В результаті цього фрустрації не можуть переноситися і опрацьовуватися і повинні лише стиратися за рахунок «підкріплення». У хворих з ожирінням часто спостерігається дуже тісна прихильність до матері, домінування матері в сім'ї, в якій батько грає лише підлеглу роль. При цьому мати своєю надмірною турботою затримує руховий розвиток і готовність до соціального контакту і фіксує дитину в пасивно-рецептивній позиції.

Отже, психологічні чинники є ключовими у наборі надмірної ваги жінками. Вони створюють замкнене коло, де психічний стан і вага взаємно погіршують одне одного. Основні рушії цього процесу включають: емоційне переїдання як спосіб впоратися з дискомфортом; хронічний стрес (включно з ПТСР), що через підвищення рівня кортизолу сприяє накопиченню жиру; низьку самооцінку, посилену соціальним тиском та нереалістичними ідеалами краси; харчову залежність. Визначені фактори провокують дезадаптивну поведінку, зокрема компульсивне споживання висококалорійної їжі. Воно веде до набору ваги, поглиблюючи почуття провини та невдоволення тілом, підтримуючи безперервний цикл.

### **1.3. Аналіз емпіричного досвіду застосування різних методів допомоги жінкам з надмірною вагою**

Проблема надмірної ваги у жінок має не лише фізіологічний, а й глибокий психологічний вимір, що вимагає застосування спеціалізованих методів

психологічної допомоги. Емпіричний досвід, накопичений у психологічній практиці ХХ ст., демонструє різноманітність підходів до корекції харчової поведінки і психологічного стану жінок із надмірною вагою.

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш досліджених і широко застосовуваних методів для жінок із надмірною вагою. Емпіричні дані свідчать, що КПТ ефективно впливає на зміну дисфункціональних переконань і поведінки, пов'язаних із їжею. Наприклад, 12-тижнева програма КПТ для жінок із ожирінням сприяла зниженню ваги на 5-10% у 60% учасниць. При цьому знизилася частота емоційного переїдання. Основний акцент у КПТ робиться на ідентифікацію ірраціональних думок, їх реструктуризацію, розвиток навичок самоконтролю [46].

Згідно із іншими дослідженнями КПТ демонструє високу ефективність у зменшенні як когнітивних, так і поведінкових симптомів розладів харчової поведінки, зокрема компульсивного переїдання. До 50% людей, які страждають від переїдання, досягають повної ремісії, а 68-90% зменшують кількість епізодів переїдання після проходження КПТ. Вона також ефективна у вирішенні проблем низької самооцінки та супутніх психічних захворювань, таких як депресія, які часто пов'язані з розладами харчової поведінки. Систематичні огляди підтверджують, що КПТ є ефективною при лікуванні всіх типів розладів харчової поведінки, часто перевершуючи інші види психотерапії [45; 47; 54]. Раннє зниження обмежувальної поведінки є кращим показником позитивного результату. Для жінок, які зазнають «вичерпання его» через поєднання соціальних ролей, КПТ допомагає відновити ресурси саморегуляції. Проте обмеження методу включають його меншу ефективність у випадках глибоких емоційних травм чи ПТСР, де потрібен більш глибинний підхід.

Іншим методом, що довів свою ефективність є діалектична поведінкова терапія (далі – ДПТ). Він відноситься до доказової психотерапії, будучи розробленим для лікування розладів особистості та міжособистісних конфліктів, зокрема хронічних суїцидальних настроїв. Ефективність методу також поширюється на розлади настрою, самоушкодження та зловживання

психоактивними речовинами [6]. ДПТ базується на діалектичному процесі синтезу протилежностей – прийняття та зміни.

Використання ДПТ допомагає людям: покращити емоційну і когнітивну регуляцію; навчає їх розпізнавати тригери, які призводять до реактивних станів; вчить застосовувати адаптивні навички подолання. Основні модулі навичок ДПТ включають самоусвідомлення (майндфулнес), міжособистісну ефективність, регуляцію емоцій і толерантність до дистресу. ДПТ була адаптована для лікування розладів харчової поведінки, включаючи розлад переїдання, і дані на підтримку її використання накопичуються. Вона особливо корисна для пацієнтів з труднощами регуляції емоцій. Техніки ДПТ, такі як радикальне прийняття, можуть допомогти впоратися з дискомфортом щодо образу тіла, а «протилежна дія» може спонукати до поведінки, яка суперечить негативним імпульсам. В процесі відбувається демонстрація того, що тіло не повинно обмежувати повноцінне життя [6]. Залучення членів сім'ї до терапевтичного процесу, зокрема в рамках розширеної КПТ (КПТ-Е) і ДПТ, може покращити швидкість одужання пацієнта.

Згідно з емпіричними дослідженнями ДПТ демонструє значну ефективність у лікуванні розладів харчової поведінки, що пов'язані з емоційною дисрегуляцією. Дослідження показують, що вона допомагає зменшувати імпульсивну поведінку. Виявлено, що жінки з розладом переїдання частіше відчувають помірні або важкі симптоми ПМС, і ДПТ може допомогти їм впоратися з дискомфортом, який виникає через ПМС. Він запобігає переїданню як копінг-стратегії [25].

В останні десятиліття набуло поширеності тренування усвідомленості, як метод боротьби з імпульсивним переїданням у жінок. Прикладом є програми, такі як Mindfulness-based eating awareness training, що спрямовані на розвиток уважності до фізіологічних сигналів голоду та насичення, а також на зменшення емоційного дистресу. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність даного методу. Наприклад, у вибірці 150 жінок, після 10-тижневого курсу із використанням даного методу учасниці знизили частоту компульсивного

переїдання на 40% і втратили в середньому 4% ваги. Особлива ефективність фіксувалася у жінок із високим рівнем стресу чи тривожності. В цьому випадку було розірвано зв'язок між емоційними тригерами та їжею. Перевагою методу Mindfulness-based eating awareness training є його доступність і відсутність побічних ефектів. Та варто враховувати, що довгострокові результати залежать від регулярності практики. Це ускладнює його застосування серед жінок із напруженим графіком [50].

Терапія прийняття та відповідальності (далі – ТПВ) є одним із напрямів «третьої хвилі» когнітивно-поведінкової терапії [54]. Вона зосереджена на розвитку психологічної гнучкості, яка є ключовою для адаптивного реагування на внутрішні та зовнішні виклики. Основні стратегії ТПВ відображено на рис. 1.4.



Рисунок 1.4 Стратегії ТПВ [54]

У контексті управління вагою, ТПВ допомагає покращити здатність людини справлятися з негативними психоповедінковими ефектами тяги до їжі. Метод допомагає сприймати ці психологічні переживання з перспективи та зобов'язуючись до здорової поведінки, відповідаючи ціннісно-орієнтованим цілям. Паралельно з цим відбувається запобігання негативним почуттям через «зрив» у дієті, який може спровокувати епізод переїдання. ТПВ заохочує прийняття та усвідомленість для формування здорових поведінкових патернів. Вони ж узгоджуються з особистими цінностями в лікуванні ожиріння.

Систематичні огляди та мета-аналізи показують, що ТПВ може бути ефективною у покращенні результатів зниження ваги, зокрема зменшення індексу маси тіла (ІМТ) [54]. Вона також сприяє підвищенню психологічної

гнучкості та зменшенню стигматизації, пов'язаної з вагою. Дослідження вказують на те, що ТПВ має найбільш стійкі ефекти на зниження ваги після 18 місяців порівняно з іншими майндфулнес-орієнтованими когнітивно-поведінковими терапіями [58]. Емпіричні дані свідчать про значний зв'язок між психологічною гнучкістю та зменшенням маси тіла. ТПВ визнана ефективним втручанням, що може допомогти дорослим з труднощами, пов'язаними з вагою, та надмірною масою тіла.

Поширеного застосування в межах допомоги жінкам з надмірною вагою набуло мотиваційне інтерв'ю. Воно являє собою пряме, неконфронтаційне спілкування, яке зосереджене на потребах пацієнта. Метою проведення є підвищення внутрішньої мотивації до змін.

Мотиваційне інтерв'ю є короткочасним терапевтичним втручанням, спрямованим на допомогу клієнту у вирішенні амбівалентності щодо зміни поведінки. Під час нього використовуються відкриті запитання, які запрошують людину «розповісти свою історію» власними словами, не спрямовуючи її у певному напрямку. Висловлювання пацієнта сприймаються з розумінням і повагою. Зусилля терапевта більше спрямовані на виявлення можливостей для змін, а не перешкод [11]. Ключові навички включають:

- підтвердження (визнання зусиль та сильних сторін клієнта);
- рефлексивне слухання (перефразування та уточнення почутого);
- підсумки (узагальнення ключових моментів, особливо заяв про зміни).

Завдяки застосуванню перелічених навичок передбачається визначення й мобілізація внутрішніх цінностей, цілей клієнта. Вони стимулюватимуть зміни його поведінки, з вірою в його здатність змінитися.

Серед переваг мотиваційного інтерв'ю варто відмітити його низьку вартість. В даному випадку однієї зустрічі іноді достатньо для запуску процесу змін. За потреби консультування триває 2-4 сесії. Даному методу також характерна висока сумісність з іншими терапевтичними підходами, такими як

КПТ. Комплексне застосування в такому випадку, створює особливу атмосферу довіри та співпраці.

Групові формати психологічної допомоги, такі як підтримуючі групи чи терапевтичні спільноти також показали свою ефективність у підвищенні мотивації та соціальної підтримки жінок із надмірною вагою. Емпіричні дані свідчать, що учасниці групової терапії протягом 6 місяців досягли зниження ваги на 7% і повідомляли про покращення самооцінки у 75% випадків [57, с. 1219]. Групова динаміка сприяла обміну досвідом, зниженню відчуття ізоляції й формуванню позитивного образу тіла. Перелічені фактори є важливими для жінок, які страждають від соціальної стигматизації. При цьому соціальні мережі, оточені підтримуючим середовищем, підсилювали ефект групової терапії. Проте метод менш ефективний для жінок із сильними індивідуальними психологічними бар'єрами чи сором'язливістю, які уникають групового формату.

Психоаналітичний підхід фокусується на глибинних причинах набору ваги, таких як невирішені внутрішні конфлікти чи травматичний досвід. Емпіричний досвід застосування цього методу у жінок із надмірною вагою показує його ефективність у випадках, пов'язаних із сексуальним насильством чи дитячими травмами. Згідно емпіричних даних, жінки, які пройшли психоаналітичну терапію протягом року, демонстрували зниження частоти переїдання на 30%. Вони стабільніше утримували вагу порівняно з контрольною групою [41; 42].

Завдяки психоаналітичному методу розкриваються підсвідомі мотиви, такі як використання жиру як «захисного панцира». Вони часто спостерігаються у жінок із ПТСР. Однак психоаналіз вимагає тривалого часу (1-3 роки) і високої кваліфікації терапевта, що значно обмежує його доступність.

Хоча фармакотерапія не є основним психологічним методом, її використання в комплексі з психотерапією набуло поширення для жінок із надмірною вагою. Ліраглутид (Саксенда), що схвалений для лікування ожиріння, показав свою ефективність в емпіричних дослідженнях. Виявлено, що 81%

жінок, які комбінували препарат із поведінковою терапією, утримували втрату ваги понад 5%. Препарат впливає на гормони апетиту (лептин, грелін), зменшуючи тягу до їжі, що полегшує психологічну роботу над самоконтролем. Проте побічні ефекти (нудота, порушення в ШКТ) й ризик повернення ваги після відміни препарату вказують на необхідність інтеграції з психологічними методами, а не ізольованого застосування.

Особливу увагу в емпіричних дослідженнях приділено жінкам із посттравматичним стресовим розладом, які мають вищий ризик ожиріння. У цих жінок ризик набору ваги на 36% вищий через емоційне переїдання та гормональні зміни (гіперкортизолемія) [30, с. 92]. Для даної групи КПТ і майндфулнес показали помірну ефективність у таких випадках. Але психоаналітичні техніки виявилися більш результативними для глибинної роботи з травмами. Групова терапія також сприяла соціальній реінтеграції, але потребувала адаптації до травматичного досвіду учасниць.

Можемо зробити висновок, що психологічна допомога жінкам з надмірною вагою вимагає диференційованого підходу. Це пояснюється тим, що не існує універсального методу, ефективного для всіх. Когнітивно-поведінкові терапії (КПТ, ДПТ, ТПВ) і практики усвідомленості (майндфулнес) довели свою дієвість у корекції дисфункціональних переконань, розвитку навичок емоційної регуляції й розриві зв'язку між стресом і переїданням. Водночас мотиваційне інтерв'ю слугує ефективним інструментом для підвищення внутрішньої готовності до змін. Групова терапія забезпечує ключову соціальну підтримку, а психоаналітичний підхід залишається незамінним для роботи з глибинними причинами, зокрема травматичним досвідом. Отже, вибір та успішність втручання напряду залежать від індивідуальних психологічних причин набору ваги, що підкреслює необхідність персоналізованої та часто комплексної стратегії.

## Висновки до розділу 1

Проведено теоретичний аналіз проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці. Зроблено висновок, що проблема набору надмірної ваги є складним, багатогранним феноменом, який виходить далеко за межі медичних критеріїв ІМТ. Ключовими для її розуміння в психологічній науці є поняття харчової поведінки та образу тіла, суб'єктивне сприйняття якого часто стає джерелом дистресу. Історична еволюція поглядів демонструє перехід від суто фізіологічного трактування до визнання глибокого психологічного підґрунтя, що включає несвідомі конфлікти, ірраціональні переконання, стратегії подолання стресу та соціальний тиск. Сучасні теорії, багато з яких акцентують увагу на гендерних особливостях, підтверджують, що набір ваги є результатом складної взаємодії біологічних, емоційних, когнітивних та соціальних факторів, що вимагає інтегративного підходу до діагностики та терапії.

Визначено психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок. Вони створюють замкнене коло, де психічний стан і вага взаємно погіршують одне одного. Основні рушії цього процесу включають: емоційне переїдання як спосіб впоратися з дискомфортом; хронічний стрес (включно з ПТСР), що через підвищення рівня кортизолу сприяє накопиченню жиру; низьку самооцінку, посилену соціальним тиском та нереалістичними ідеалами краси; харчову залежність. Визначені фактори провокують дезадаптивну поведінку, зокрема компульсивне споживання висококалорійної їжі. Воно веде до набору ваги, поглиблюючи почуття провини та невдоволення тілом, підтримуючи безперервний цикл.

Проаналізовано емпіричний досвід застосування різних методів допомоги жінкам з надмірною вагою. Відзначено, що психологічна допомога жінкам з надмірною вагою вимагає диференційованого підходу. Це пояснюється тим, що не існує універсального методу, ефективного для всіх. Когнітивно-поведінкові терапії (КПТ, ДПТ, ТПВ) і практики усвідомленості (майндфулнес) довели свою дієвість у корекції дисфункціональних переконань, розвитку навичок емоційної

регуляції й розриві зв'язку між стресом і переїданням. Водночас мотиваційне інтерв'ю слугує ефективним інструментом для підвищення внутрішньої готовності до змін. Групова терапія забезпечує ключову соціальну підтримку, а психоаналітичний підхід залишається незамінним для роботи з глибинними причинами, зокрема травматичним досвідом. Отже, вибір та успішність втручання напряму залежать від індивідуальних психологічних причин набору ваги, що підкреслює необхідність персоналізованої та часто комплексної стратегії.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК

#### 2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Для досягнення поставленої мети кваліфікаційної роботи мною було розроблено й реалізовано емпіричне дослідження. Воно за своїм дизайном є крос-секційним, кореляційним і порівняльним. Крос-секційний (одномоментний) характер дослідження дозволив отримати зріз даних щодо харчової поведінки, психоемоційного стану і самооцінки жінок на конкретному етапі. Такий зріз є оптимальним для виявлення актуальних зв'язків між досліджуваними феноменами. Кореляційний аспект дизайну спрямований на встановлення статистичних взаємозв'язків між психологічними характеристиками й особливостями харчової поведінки. Порівняльний компонент передбачає зіставлення вираженості цих показників у групах жінок з різною масою тіла, що дозволяє виявити специфічні психологічні маркери, асоційовані з надмірною вагою.

Організаційно дослідження реалізовано в чотири послідовні етапи. Кожен із цих етапів мав власні завдання, які логічно впливають одне з одного. Завдяки цьому було забезпечено цілісність і наукову валідність процесу.

Першим етапом був – підготовчий. Він включав теоретичне осмислення і операціоналізацію досліджуваної проблеми. На цьому етапі було сформульовано мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження. Об'єктом дослідження стали харчова поведінка та психоемоційний стан жінок із різною масою тіла. Предмет дослідження зосереджувався на зв'язку між психологічними чинниками та схильністю до набору надмірної ваги у жінок. Ключовим завданням стало ретельне обрання і обґрунтування психодіагностичних методик, які б забезпечували валідну та надійну оцінку досліджуваних конструктів (типів харчової поведінки, ризику розладів харчової поведінки, рівнів тривожності та

самооцінки). Завдяки такому підходу, інструменти були обрані не випадково, а як цілеспрямовані засоби для перевірки конкретних наукових припущень.

Другий етап – етап формування вибірки. На цьому етапі здійснювався набір респонденток для участі в дослідженні. Залучення учасниць відбувалося переважно через соціальні мережі чи особисті контакти. Загальний обсяг вибірки склав 67 осіб. Дана кількість є достатньою для проведення попереднього кореляційного й порівняльного аналізу в рамках кваліфікаційної роботи.

Емпіричний етап полягав у безпосередньому зборі даних. Опитування проводилося в онлайн-форматі за допомогою інструменту Google Forms. Такий підхід забезпечив низку методологічних переваг. Зокрема стандартизацію умов пред'явлення стимульного матеріалу. Адже усі респондентки бачили однакові питання в однаковій послідовності, що виключає вплив дослідника. Водночас, варто відзначити певні обмеження методу. Ними є потенційна вибіркова упередженість (участь беруть переважно активні інтернет-користувачі) і повна залежність від самозвіту респонденток. Учасниці отримували посилання на онлайн-анкету, яка починалася з інструкції та форми інформованої згоди. Далі респонденткам пропонувалося послідовно відповісти на питання чотирьох психодіагностичних методик та надати базові демографічні дані. Орієнтовний час заповнення анкети становив 25-30 хвилин.

Аналітичний етап став завершальним етапом дослідження. Він включав кількісну і якісну обробку отриманих даних. Дані з Google Forms були експортовані у формат електронних таблиць й оброблені за допомогою програмного забезпечення для статистичного аналізу. На цьому етапі було проведено:

- розрахунок первинних статистик;
- перевірку розподілу даних на нормальність;
- порівняльний та кореляційний аналіз відповідно до завдань дослідження.

Загальний обсяг досліджуваної вибірки склав 67 жінок віком від 18 до 45 років. Метод формування вибірки – не випадкова, стихійна вибірка. Цей метод

був обраний з огляду на його практичність і доступність для виконання в рамках кваліфікаційної роботи.

Ключовим елементом дизайну дослідження була стратифікація вибірки за індексом маси тіла (далі – ІМТ) для подальшого порівняльного аналізу. Процедура стратифікації включала наступні кроки:

- учасникам пропонувалося вказати свій зріст (у сантиметрах) та вагу (у кілограмах) у відповідних полях анкети;
- для кожної респондентки було розраховано ІМТ за стандартною формулою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

$$\text{BMI} = \frac{\text{вага (кг)}}{\text{зріст (м)}^2}$$

На основі розрахованого ІМТ уся вибірка була розподілена на групи відповідно до класифікації ВООЗ. Для цілей цього дослідження було сформовано дві ключові групи для порівняння, а саме:

1. Жінки з нормальною масою тіла ( $\text{BMI}=18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$ ).
2. Жінки з надмірною масою тіла та ожирінням ( $\text{BMI}\geq 25,0 \text{ кг/м}^2$ ).

Такий розподіл було обрано з метою подальшого проведення порівняльного аналізу психологічних показників (типів харчової поведінки, рівня тривожності, самооцінки) між жінками, чия вага знаходиться в межах норми, та жінками, які мають надлишкову вагу.

Для комплексного вивчення психологічних чинників набору надмірної ваги було сформовано комплекс з чотирьох валідних і надійних психодіагностичних методик. Вони дозволяють оцінити різні аспекти харчової поведінки і психоемоційного стану респонденток.

Першою методикою, що застосовувалася для дослідження психологічних чинників набору надмірної ваги у жінок став Голландський опитувальник харчової поведінки (Додаток А). Будучи розробленим нідерландськими психологами він є стандартизованим інструментом, що використовується для диференціації трьох основних типів харчової поведінки: обмежувального, емоційного і екстернального.

Методика складається з 33 запитань, які розділені на три підшкали. Підшкала обмежувальної поведінки (10 пунктів) вимірює схильність до свідомого обмеження прийому їжі з метою контролю ваги, навіть коли немає фізичного голоду. Підшкала емоційної поведінки (13 пунктів) виявляє прийоми їжі у відповідь на емоційні стани. Серед них виділяються смуток, тривога, нудьга чи роздратування. Підшкала екстернальної поведінки (10 пунктів) оцінює схильність їсти під впливом зовнішніх факторів. Наприклад, вигляду, запаху їжі чи виду інших людей, що їдять.

Кожне запитання оцінюється за 5-бальною шкалою (від «ніколи» до «дуже часто»). Обробка результатів полягає в розрахунку середнього бала для кожної з трьох підшкал. Завдяки цьому визначається домінантний тип харчової поведінки у респондентки. Отримані бали потім порівнюються з нормативними показниками. Для людей з нормальною вагою середнє значення для обмежувального типу становить 24 бали, для емоційного – 23 бали, а для екстернального – 27 балів.

Наступною методикою став тест харчових установок (Eating Attitude Test, EAT-26). Це широко застосовуваний у всьому світі скринінговий опитувальник, спрямований на виявлення ступеня ризику розвитку харчових розладів (додаток Б). Тест може застосовуватися у двох варіантах – дослідному та діагностичному. Для нашого дослідження особливого значення набуває діагностична шкала, яка дозволяє виділити групу з потенціальним високим ризиком порушення харчової поведінки. Згідно мануалу методики в неї включаються респонденти, у яких загальний бал дорівнює або перевищує 20.

Тест містить 26 пунктів, що оцінюють ставлення до їжі, ваги, фігури, а також поведінкові аспекти, пов'язані з харчуванням. Додатково методика включає блок поведінкових запитань, що стосуються зловживання їжею, виклику блювання, використання проносних засобів та надмірних фізичних навантажень. Всі питання тесту харчових установок, окрім 26-го, оцінюються наступним чином:

«завжди» – 3;

«як правило» – 2;

«часто» – 1;

«інколи» – 0;

«рідко» – 0;

«ніколи» – 0.

26-е тесту харчових установок питання оцінюється наступним чином:

«завжди» – 0;

«як правило» – 0;

«часто» – 0;

«інколи» – 1;

«рідко» – 2;

«ніколи» – 3.

Якщо загальний бал тесту перевищує 20, можна констатувати високу вірогідність порушення харчової поведінки.

0-15 балів – низька вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

16-30 балів – знижена вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

31-45 балів – середня вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

46-60 балів – підвищена вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

61-75 балів – висока вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

Важливо зауважити, що ЕАТ-26 має встановлені та доведені психометричні властивості. Даний факт робить його надійним вибором для досліджень. Надійність тесту підтверджується високим показником Item separation reliability, який становить 0,99. Він вказує на високий ступінь впевненості у відтворюваності результатів на інших вибірках.

При цьому високі результати за тестом ЕАТ-26 не обов'язково можуть свідчити про наявність порушення харчової поведінки. Але завжди вони

фіксують певну концентрацію на проблемах власної ваги, фігури, перебування на дієтах.

Також, мною було використано шкалу оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (Додаток В). Методика розроблена Ч. Спілбергером у 1970 р. є інформативним інструментом для самооцінки рівня тривожності. Її унікальність полягає в тому, що вона дозволяє розрізняти два види тривожності: ситуативну та особистісну. Досі вона є одним з найпоширеніших методів діагностики тривожних розладів.

Тест складається з 40 пунктів, що розділені на дві підшкали, по 20 запитань у кожній. Перша частина вимірює ситуативну тривожність. Вона є станом, що характеризується суб'єктивно переживаними відчуттями напруги, занепокоєння і тривоги у певний момент часу. Друга частина вимірює особистісну тривожність – стійку рису характеру, що відображає схильність людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі.

Респондент повинен дати одну з 4 можливих відповідей: «1 – зовсім не відповідає», «2 – дещо відповідає», «3 – відповідає частково», «4 – цілком відповідає». За кожною відповіддю нараховується певна кількість балів. Після сумування балів за всі твердження визначається рівень тривожності.

Обробка результатів для кожної підшкали проводиться окремо за спеціальними формулами, що включають підсумовування прямих та зворотних тверджень. Інтерпретація отриманих балів є трьохрівневою :

- 0-30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-45 балів – помірний рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Четвертою методикою, що була застосована в межах емпіричного дослідження – шкала самооцінки Розенберга (Додаток Г). Вона була розроблена М. Розенбергом і є однією з найпопулярніших у світі методик для вимірювання глобальної самооцінки. Самооцінка розглядається як ключовий психологічний

конструкт, що може бути пов'язаний із задоволеністю власним тілом, харчовими звичками та загальним емоційним благополуччям.

Методика складається з 10 пунктів, що містять твердження про ставлення до себе. П'ять із них сформульовані позитивно, а інші п'ять – негативно. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта («цілком згоден», «швидше згоден», «швидше не згоден», «абсолютно не згоден»). При підрахунку балів використовується система, що враховує прямі і зворотні пункти. Для прямих пунктів (1, 3, 4, 7, 10) відповіді оцінюються від 3 («цілком згоден») до 0 («абсолютно не згоден»). Для зворотних пунктів (2, 5, 6, 8, 9) використовується інвертована шкала: від 0 («цілком згоден») до 3 («абсолютно не згоден»). Загальний бал розраховується як сума балів за всіма 10 пунктами і може варіюватися від 0 до 40. Вищий загальний бал свідчить про вищий рівень самооцінки.

Шкала Розенберга вважається надійним і достовірним інструментом, що був перекладений і валідований для використання у 53 країнах, що підтверджує її крос-культурну валідність.

В якості ключових інструментів для порівняльного аналізу були використані t-критерій Стюдента і показник статистичної значущості (p-value). Перший представляє собою параметричний статистичний тест, який застосовується для порівняння середніх значень двох незалежних груп (жінок з нормальною вагою та жінок з надмірною вагою). Його використання дозволяє визначити, чи є виявлена різниця в середніх показниках між групами достатньо великою, щоб вважати її статистично значущою, а не результатом випадкових коливань вибірки. Також було використано міру ймовірності (p-value). Вона показує, наскільки ймовірно було б отримати спостережувані або більш екстремальні результати, якщо припустити, що між досліджуваними групами насправді немає жодної різниці (нульова гіпотеза). Традиційно, якщо значення p менше за 0,05 (наприклад,  $p < 0,001$ ), це вважається доказом статистичної значущості. Такий доказ дозволяє відхилити нульову гіпотезу і констатувати, що відмінності між групами є реальними.

Проведення дослідження ґрунтувалося на дотриманні ключових етичних принципів психологічних досліджень. Усім учасницям було гарантовано повну анонімність і конфіденційність наданої інформації. Перед початком опитування респондентки отримували детальну інформацію про мету дослідження, а також запевнення, що отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Участь у дослідженні була цілком добровільною, що підтверджувалося інформованою згодою. Кожна учасниця мала право відмовитися від подальшої участі на будь-якому етапі без пояснення причин.

## 2.2. Результати емпіричного дослідження

В основі проведеного емпіричного дослідження лежав розподіл респонденток на дві групи на основі показника ВМІ. Розрахунок проводився індивідуально для кожної учасниці згідно із даними самозвіту. Він дозволив застосувати порівняльний аналіз для виявлення специфічних психологічних маркерів, асоційованих із наявністю надмірної ваги. Результати дослідження вибірки за індексом маси тіла відображено у табл. 2.1.

**Таблиця 2.1**

### Результати дослідження вибірки за індексом маси тіла

| Група   | Класифікація ВООЗ                   | Діапазон ВМІ,<br>кг/м <sup>2</sup> | Кількість осіб,<br>N | Частка<br>вибірки, % |
|---------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Група 1 | Нормальна маса тіла                 | 18,5-24,9                          | 35                   | 52,2%                |
| Група 2 | Надлишкова маса тіла<br>та ожиріння | ≥25,0                              | 32                   | 47,8%                |
| Загалом |                                     |                                    | 67                   | 100,0%               |

Отже, за табл. 2.1 бачимо, що на основі аналізу ІМТ, вибірку з 67 учасниць було розділено на дві групи. Перша група включає 35 жінок (52,2%) з нормальною масою тіла (ІМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>), а друга – 32 жінки (47,8%) з надлишковою вагою та ожирінням (ІМТ ≥25,0 кг/м<sup>2</sup>).

Голландський опитувальник харчової поведінки дозволив кількісно оцінити домінантні патерни харчування у досліджуваних групах. Порівняльний аналіз виявив статистично значущі відмінності за двома з трьох ключових шкал (табл. 2.2).

**Таблиця 2.2**

**Порівняння середніх показників харчової поведінки у групах жінок з різним ІМТ**

| Шкала поведінки | Група 1   | Група 2   | t-критерій | p-value |
|-----------------|-----------|-----------|------------|---------|
| Обмежувальна    | 2,31±0,45 | 3,05±0,68 | -5,31      | <0,001  |
| Емоційна        | 1,88±0,39 | 3,12±0,71 | -7,89      | <0,001  |
| Екстернальна    | 2,65±0,51 | 2,80±0,60 | -1,15      | 0,254   |

З табл. 2.2 бачимо, що емоційна харчова поведінка, яка визначається як прийом їжі у відповідь на негативні емоційні стани (тривога, смуток, нудьга), продемонструвала найбільш виражену відмінність між групами ( $p < 0,001$ ). Середній бал у групі 2 ( $3,12 \pm 0,71$ ) значно перевищує показник групи 1 ( $1,88 \pm 0,39$ ). Таке перевищення підтверджує, що для жінок із надмірною вагою їжа функціонально закріплюється як основна стратегія подолання психологічного дистресу. Наявність сильного позитивного зв'язку між ВМІ та емоційним харчуванням вказує на те, що порушення емоційної саморегуляції є центральним механізмом, який сприяє набору ваги. Прийом їжі, викликаний емоційним станом, є швидким, хоча й тимчасовим, способом зниження внутрішньої напруги. Він призводить до формування стабільного патерну неадаптивного копіngu, який веде до хронічного надмірного споживання калорій.

Шкала обмежувальної поведінки, яка вимірює свідому схильність до контролю прийому їжі, також виявила статистично значущу відмінність ( $p < 0,001$ ). Група 2 тут також має значно вищий показник, ніж група 1. Цей факт демонструє парадокс. Незважаючи на надмірну вагу, ці жінки витрачають значно більше когнітивних зусиль на спроби контролювати своє харчування.

Але високий бал обмежувальної поведінки в групі з надмірною вагою не є індикатором успішного дієтичного контролю. Натомість він відображає хронічну фіксацію на дієтах, постійне відчуття депривації і боротьбу із харчовими обмеженнями. Вони ж часто є неефективними або занадто жорсткими. Перелічені спроби контролю підвищують психологічну напругу. Вони за класичною моделлю «Дієта-Зрив-Емоція», роблять осіб уразливими до компульсивних епізодів переїдання, спричинених емоційним харчуванням. Таким чином, обмежувальна поведінка у контексті надмірної ваги є не захисним фактором, а маркером ризику порушень.

Різниця за шкалою екстернальної поведінки (схильність їсти під впливом зовнішніх сигналів, таких як запах чи вигляд їжі) виявилася статистично незначущою ( $p=0,254$ ). Отриманий результат дозволяє припустити, що, на відміну від емоційного та обмежувального типів, чутливість до зовнішніх харчових стимулів не є основним диференційним психологічним маркером, що асоціюється саме з надмірною вагою у цій вибірці.

Наступним було проведено тест ЕАТ-26. Клінічний ризик встановлювався при загальному балі  $\geq 20$ . Отримані результати відображено у табл. 2.3.

**Таблиця 2.3**

**Порівняння середніх показників за тестом ЕАТ-26**

| Показник                                           | Група 1        | Група 2         | t-критерій | p-value |
|----------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------|---------|
| Середній загальний бал                             | 15,5 $\pm$ 5,9 | 18,1 $\pm$ 6,9  | -1,78      | 0,079   |
| Частка з високим ризиком ( $\geq 20$ балів), n (%) | 8 осіб (22,9%) | 11 осіб (34,4%) | 1,62       | 0,203   |

Табл. 2.3 відображає, що група 2 має чисельно вищий середній бал за тестом ЕАТ-26 (18,1 $\pm$ 6,9 проти 15,5 $\pm$ 5,9 у групі 1). Але ця різниця досягла лише рівня статистичної тенденції ( $p=0,079$ ). Щодо клінічного ризику (частка осіб із балом  $\geq 20$ ), то хоча група 2 мала помітно вищий відсоток жінок у зоні ризику (34,4%), порівняно з групою 1 (22,9%), ця відмінність не була статистично значущою ( $p=0,203$ ). Вважаємо, що той факт, що значний відсоток жінок із нормальною вагою також демонструє високий ризик порушень харчової

поведінки, підкреслює глибоке проникнення дієтичної культури та інтерналізації соціальних стандартів худорлявості. Для групи 1 високий ЕАТ-26 може відображати перманентну фіксацію на фігурі та їжі. Надалі це може призвести до орторексії або надмірного обмежування без фактичного набору ваги. Натомість, у групі 2, високий бал ЕАТ-26, поєднаний зі статистично значущим високим емоційним і обмежувальним харчуванням. Дані показники свідчать про наявність клінічно значущого дистресу, пов'язаного з невдалим контролем ваги. У цьому контексті, високий ЕАТ-26, ймовірно, вказує на схильність до компульсивних патернів харчування, які є безпосередньо пов'язаними з ризиком ожиріння. Отже, ЕАТ-26 фіксує не просто ризик порушень харчової поведінки. Він відображає ступінь емоційної фіксації на власній вазі, який підтримує дисфункціональний харчовий цикл.

Надалі, з метою оцінки психоемоційного стану, використовувалася шкала Спілбергера–Ханіна. Результати для кожної з груп за даною методикою відображено у табл. 2.4.

**Таблиця 2.4**

**Порівняння середніх показників за шкалою Спілбергера–Ханіна**

| Тривожність | Група 1             | Група 2            | t-критерій | p-value |
|-------------|---------------------|--------------------|------------|---------|
| Ситуативна  | 39,5±8,2 (помірний) | 46,1±9,5 (високий) | -3,18      | 0,002   |
| Особистісна | 41,2±7,5 (помірний) | 48,9±8,9 (високий) | -4,02      | <0,001  |

З табл. 2.4 можна зробити висновок, що нами була виявлена найбільш статистично значуща відмінність ( $p < 0,001$ ) за шкалою особистісної тривожності. Середній показник групи 2 (48,9±8,9) класифікується як високий рівень тривожності. Тоді як група 1 має помірний рівень (41,2±7,5). Ситуативна тривожність у групі 2 також є статистично значуще вищою (46,1±9,5,  $p = 0,002$ ) і досягає клінічно високого рівня. Вона є ознакою гострого переживання напруги і занепокоєння.

Особистісна тривожність є стійкою рисою характеру, що відображає схильність людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі. Тобто її високий рівень у жінок з надмірною вагою свідчить про їхню підвищену

психологічну вразливість. Літературні джерела підтверджують, що висока тривожність асоціюється з підвищеним ризиком надмірної ваги і ожиріння. Особливо серед молодих жінок. Це дозволяє припустити, що ця стійка тривожна схильність може бути фундаментальним психологічним фактором, який спонукає людину шукати неадаптивні стратегії емоційної регуляції. Наприклад, емоційне харчування.

Наявність високих показників ситуативної і особистісної тривожності одночасно у групі 2 підтверджує значний рівень психологічного дистресу, характерного для осіб із надмірною вагою. Ситуативна тривога, ймовірно, є реакцією на зовнішній тиск, соціальну стигматизацію і постійну внутрішню боротьбу з вагою. Вони своєю чергою, слугують безпосереднім тригером для емоційного харчування. Зв'язок між підвищеним рівнем тривожності і наявністю надмірної ваги узгоджується із загальновизнаним поглядом, що ожиріння є значним предиктором високого рівня тривоги.

Самооцінка є мірою глобального самоприйняття і була оцінена за шкалою Розенберга. Отримані результати відображено у табл. 2.5.

**Таблиця 2.5**

**Порівняння середніх показників за шкалою Розенберга**

| Показник                     | Група 1  | Група 2  | t-критерій | p-value |
|------------------------------|----------|----------|------------|---------|
| Загальний бал самооцінки     | 28,5±3,1 | 25,9±4,5 | 2,75       | 0,008   |
| Частка з низькою самооцінкою | 11,4%    | 37,5%    | 7,15       | 0,007   |

Табл. 2.5 відображає статистично значуще зниження глобальної самооцінки у групі 2 порівняно з групою 1 ( $p=0,008$ ). Крім того, частка жінок, які демонструють низький рівень самооцінки, майже втричі вища у групі 2 (37,5% проти 11,4%). Даний результат підтверджує значне погіршення самоприйняття, асоційоване з надмірною вагою. І хоча деякі дослідження не завжди фіксують прямий значущий зв'язок між ВМІ та самооцінкою, у досліджуваній вибірці, де спостерігається висока коморбідність тривожності і дисфункціонального харчування, знижена самооцінка є чітким маркером психологічного неблагополуччя.

Але знижена самооцінка в групі 2 є не просто наслідком незадоволеності тілом. Вона являє собою важливий компонент, який підтримує цикл дисфункції. Відчуття власної неповноцінності або безпорадності, яке виникає внаслідок низької самооцінки, посилює загальну особистісну тривожність. Посилена тривожність, своєю чергою, вимагає негайної емоційної розрядки, для якої жінки обирають емоційне харчування. Таким чином, низька самооцінка може виступати медіатором, через який стійка тривожна риса трансформується у поведінковий патерн, який призводить до набору ваги.

Отже, жінки з  $\text{BMI} \geq 25,0$  не просто мають більшу вагу. Вони демонструють унікальний і стійкий профіль психологічної вразливості. Адже отримані результати вказують на причинно-наслідковий ланцюг, де ключовим елементом є стійка особистісна тривожність. Її високий рівень, як риса, створює схильність до підвищеної реактивності на стрес і підтримує низьку глобальну самооцінку. Знижене самоприйняття посилює гострий психологічний дистрес (ситуативну тривожність). В умовах цього внутрішнього конфлікту і емоційного напруження жінки групи 2 активно вдаються до свідомих спроб обмеження їжі (обмежувальна поведінка). Оскільки вони прагнуть відповідати соціальним нормам і знизити свою вагу. Цей високий, але неефективний контроль, у поєднанні з нездатністю адаптивно справлятися зі стресом, призводить до зривів. Зриви функціонально обслуговуються емоційним харчуванням. Так як, воно забезпечує миттєве, хоча й деструктивне, зниження тривоги й напруги. Таким чином, тривожність виступає як первинний активатор. Тоді як емоційне харчування є поведінковою відповіддю, що призводить до надмірного споживання калорій, і, відповідно, до підтримання або зростання ВМІ.

Висока обмежувальна поведінка у групі 2, підтверджена значущою різницею ( $p < 0,001$ ), є критичним клінічним показником. У цьому контексті вона є не спробою регуляції. Вона є проявом неадаптивної когнітивної фіксації на дієтах, яка є однією з головних складових ризику ПХП (підтверджено високим ЕАТ-26). Чим жорсткіше обмеження, тим вищим є фізіологічний і психологічний ризик зриву. Зрив же спричиняє почуття провини, посилює тривожність і знижує

самооцінку. При цьому знову активуючи механізм емоційного харчування. Воно ж вказує на підвищену ймовірність клінічно значущих розладів.

## Висновки до розділу 2

Для вивчення психологічних чинників набору ваги було проведено кореляційне дослідження на вибірці з 67 жінок віком 18-45 років. Застосування комплексу валідних психодіагностичних методик дозволило здійснити комплексну оцінку харчової поведінки та психоемоційного стану респонденток. Розподіл вибірки на дві групи за показником індексу маси тіла (нормальна вага та надмірна вага/ожиріння) забезпечив можливість порівняльного аналізу для виявлення специфічних психологічних маркерів, асоційованих із зайвою вагою.

Емпірично встановлено, що жінки з надмірною вагою мають достовірно вищі показники емоційного і обмежувального типів харчової поведінки порівняно з жінками з нормальною вагою. Емоційне харчування виступає як основна дезадаптивна копінг-стратегія для регуляції негативних емоцій. Тоді як високий рівень обмежувальної поведінки свідчить не про ефективний контроль, а про хаотичні спроби дотримуватися дієт, що парадоксально підвищує ризик зривів. Статистично значущих відмінностей за екстернальним типом харчової поведінки виявлено не було.

Наявність надмірної ваги тісно пов'язана з підвищеним рівнем тривожності. Учасниці з групи 2 продемонстрували клінічно високі показники як особистісної (стійка риса характеру), так і ситуативної (реакція на поточні обставини) тривожності ( $p < 0,001$  та  $p = 0,002$  відповідно). Висока особистісна тривожність виступає фундаментальним фактором вразливості, який робить цих жінок чутливими до стресу та схильними до використання їжі як заспокійливого засобу.

Результати дослідження підтвердили, що надмірна вага асоціюється зі статистично значущим зниженням рівня глобальної самооцінки. Частка жінок із низькою самооцінкою у групі з надмірною вагою є втричі вищою, ніж у групі норми. Низька самооцінка у даному контексті виступає не лише наслідком незадоволення тілом, а й медіатором, що посилює тривожність та замикає коло емоційного переїдання. Аналіз за методикою ЕАТ-26 виявив тенденцію до

підвищеного ризику розладів харчової поведінки у жінок із надмірною вагою (34,4% проти 22,9% у групі норми). Хоча різниця не досягла повної статистичної значущості, клінічна картина вказує на виражену фіксацію на вазі та наявність компульсивних патернів у цій групі.

Узагальнення отриманих даних дозволяє описати психологічний механізм, що підтримує надмірну вагу. Він являє собою замкнене коло: висока особистісна тривожність та низька самооцінка створюють хронічне емоційне напруження. Далі жінка намагається застосувати жорсткий контроль (обмежувальна поведінка). Але під тиском стресу відбувається зрив, який регулюється через емоційне харчування. В результаті це призводить до переїдання, набору ваги та подальшого посилення почуття провини і тривоги.

## РОЗДІЛ 3

### ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПОДОЛАННІ НАБОРУ НАДМІРНОЇ ВАГИ У ЖІНОК

#### 3.1. Психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану

У сучасній клінічній психології та психосоматичній медицині регуляція харчової поведінки розглядається не як ізольований біхевіоральний акт. Вона являє собою складний, багатофакторний процес, який інтегрує фізіологічні сигнали гомеостазу, когнітивні оцінки та емоційні реакції.

Тісний взаємозв'язок між емоційним станом і харчовою поведінкою зумовлює необхідність застосування комплексного психологічного інструментарію. Адже спроби регулювати вагу виключно дієтичними обмеженнями (зовнішній контроль) без опрацювання глибинних емоційних причин часто призводять до зривів, ефекту «маятника» та поглиблення розладів. Таке поглиблення може викликати компульсивне переїдання, булімію тощо.

На рис.3.1 узагальнимо основні психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану. Далі розглянемо їх детальніше.

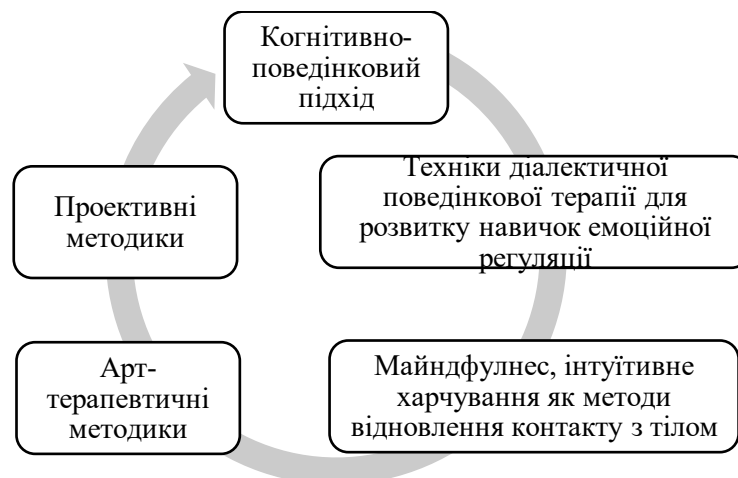


Рисунок 3.1 Основні психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану

Когнітивно-поведінкова терапія, зокрема її посилена версія для розладів харчової поведінки (CBT-E – cognitive behavioral therapy enhanced), розроблена К. Ферберном, на сьогодні є найбільш емпірично обґрунтованим методом лікування булімії, компульсивного переїдання та анорексії. В основі підходу лежить когнітивна модель. Вона пояснює, що порушення харчової поведінки підтримуються специфічною системою дисфункціональних переконань. Центральним елементом цієї системи є надцінна ідея ваги і фігури. Тобто самооцінка особистості майже повністю залежить від цифри на вагах та параметрів тіла. При цьому особа ігнорує інші сфери життя (роботу, стосунки, хобі).

Згідно з когнітивно-поведінковою моделлю, існує замкнене коло, яке підтримує розлад. Деструктивні думки викликають негативні емоції, які, своєю чергою, провокують компенсаторну або обмежувальну поведінку. Відобразимо дану модель у табл. 3.1.

**Таблиця 3.1**

**Когнітивно-поведінкова модель підтримки порушень харчової поведінки**

| Елемент           | Характеристика                                                                 | Приклад прояву при РХП                                                                                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тригер (ситуація) | Зовнішня або внутрішня подія, що запускає реакцію                              | Перегляд фотографій моделей у соцмережах; конфлікт на роботі; відчуття ситості після обіду тощо                   |
| Когніції (думки)  | Автоматичні думки та глибинні переконання, часто викривлені                    | «Я з'їла забагато, я слабка», «Якщо я наберу вагу, мене ніхто не любитиме», «Я мушу бути ідеальною».              |
| Емоції            | Суб'єктивні переживання, які виникають у відповідь на думки                    | Тривога, сором, провина, відраза до себе, страх втрати контролю                                                   |
| Поведінка         | Дії, спрямовані на зниження інтенсивності негативних емоцій (копінг-стратегії) | Жорстке обмеження в їжі, викликання блювання, виснажливі тренування або напад переїдання (для «заїдання» тривоги) |
| Наслідок          | Короткострокове полегшення й довгострокове закріплення проблеми                | Тимчасове зниження тривоги після блювання, але посилення фізіологічного голоду, що веде до нового зриву           |

Протокол посиленої КПТ, розроблений К. Ферберном, передбачає чітку структуру втручання, яка розгортається у часі й поділяється на чотири послідовні

етапи. Така етапність дозволяє терапевту систематично працювати з механізмами підтримки розладу, рухаючись від поведінкової стабілізації до когнітивних змін.

Перший етап триває, як правило, перші чотири тижні терапії (8 сесій). Його ключовою метою є встановлення терапевтичного альянсу і формування спільного розуміння проблеми. На цьому етапі створюється персоналізована схема (формулювання випадку). Вона наочно демонструє клієнту, що саме підтримує його розлад у поточному часі. Критично важливою складовою є психоедукація. Фахівець надає інформацію про фізіологічні наслідки нерегулярного харчування, механізми коливання ваги, неефективність очищувальної поведінки. Головним практичним завданням першого етапу є запровадження патерну «регулярного харчування». Він передбачає вживання їжі кожні 3-4 години (сніданок, обід, вечеря та перекуси) без пропусків. Також вводиться процедура щотижневого зважування в кабінеті психолога для десенсибілізації страху перед цифрами на вагах.

Другий етап є перехідним і зазвичай займає одну-дві сесії. Він триває протягом 5-6 тижнів. Функція даного етапу полягає у детальному аналізі досягнутих змін і оцінці ефективності впроваджених процедур. Терапевт та клієнт спільно переглядають формулювання випадку, щоб визначити, які механізми розладу вже ослабли, а які залишаються активними. На цьому етапі ідентифікуються бар'єри, які заважають повноцінному дотриманню рекомендацій. Також приймається рішення щодо планування наступного, найбільш інтенсивного етапу роботи.

Третій етап є найтривалішим. Зазвичай він триває з 7-го по 16-й тиждень. Він присвячений безпосередній корекції ключових механізмів, які підтримують розлад. Для цього робота фокусується на трьох основних напрямках. По-перше, здійснюється когнітивна реструктуризація «надцінної ідеї» ваги та фігури. В межах даного процесу клієнт вчиться розширювати сфери самооцінки, зміщуючи фокус з зовнішності на інші аспекти життя. По-друге, проводиться робота з жорсткими дієтичними правилами та обмеженнями. Поступово

вводяться в раціон унікасні продукти через поведінкові експерименти. По-третє, опрацьовуються емоційні тригери переїдання. Клієнт опановує навички вирішення проблем, емоційної регуляції без використання їжі.

Четвертий етап охоплює останні сесії (17-20 тижні). Під час нього реалізується фокус на майбутньому. Основною метою етапу є закріплення досягнутих результатів і забезпечення плавності завершення терапевтичних стосунків. На цьому етапі розробляється детальний план профілактики рецидивів. Клієнт вчиться розрізняти поняття «зрив» (одиничний випадок) та «рецидив» (повернення до хвороби). Також він складає список ранніх ознак погіршення стану, алгоритм дій для їхнього подолання. Важливим аспектом є формування реалістичних очікувань. Завдяки цьому клієнт стає «власним терапевтом» після завершення курсу лікування.

Специфічною характеристикою когнітивної сфери клієнтів з розладами харчової поведінки є наявність стійких помилок мислення (когнітивних викривлень). Вони спотворюють сприйняття реальності, підтримують патологічний цикл розладу. Типові когнітивні викривлення при РХП відображено на рис. 3.2.



Рисунок 3.2 Типові когнітивні викривлення при РХП

Одним із найпоширеніших викривлень є дихотомічне мислення, відоме також як принцип «все або нічого». Воно характеризується сприйняттям ситуацій виключно у полярних категоріях без врахування проміжних варіантів. У контексті харчової поведінки це часто проявляється у переконанні: «Я з'їла

одну цукерку – діста порушена. Отже, день зіпсовано, і можна з'їсти весь торт». Стратегія корекції в даному випадку полягає у пошуку «сірих зон» та компромісів. Терапевт ставить питання, що допомагають клієнту усвідомити: одна помилка не нівелює всіх попередніх зусиль.

Часто зустрічається катастрофізація, яка полягає у схильності передбачати найгірший, часто нереалістичний сценарій розвитку подій. Клієнт може бути переконаний, що споживання «забороненого» продукту призведе до миттєвого та незворотного набору значної ваги, соціального осуду. Робота з цим викривленням базується на оцінці реальної ймовірності таких наслідків, апеляції до здорового глузду і досвіду інших людей.

Особливу роль у підтримці дисморфофобії відіграє емоційне обґрунтування. Сутність цього феномену полягає у переконанні клієнта, що його суб'єктивні емоції є беззаперечним доказом об'єктивної реальності. В цьому випадку терапевтична інтервенція спрямована на розмежування фактів і почуттів, допомагаючи клієнту зрозуміти, що відчуття не завжди відображають реальний стан речей.

Надмірне узагальнення проявляється у формуванні глобальних негативних висновків щодо власної особистості на основі одиничного факту невдачі. Наприклад, ситуація, коли одяг став тісним, може інтерпретуватися як доказ повної нездатності контролювати своє життя. Корекція цього когнітивного викривлення здійснюється шляхом пошуку контр-прикладів та ситуацій, де клієнт демонстрував успішність та самоконтроль. Їх знаходження дозволяє поставити під сумнів глобальність зробленого висновку.

Специфічним для РХП є і магічне мислення. Воно базується на вірі у надприродний, фізіологічно необґрунтований вплив певних дій або продуктів на вагу. Найефективнішим методом спростування таких переконань є проведення поведінкових експериментів. Клієнту пропонується перевірити гіпотезу на практиці. Проведення перевірки дозволяє отримати новий досвід, який суперечить дисфункціональному переконанню.

Окрім роботи з думками, КПТ активно використовує поведінкові інтервенції для зміни звичок. Ними є харчова і дзеркальна експозиція, альтернативна поведінка. Розглянемо їх особливості у табл. 3.2.

**Таблиця 3.2**

**Ключові поведінкові техніки регуляції харчової поведінки**

| Техніка                 | Сутність                                                                                         | Мета                                                                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Харчова експозиція      | Поступове введення в раціон «заборонених» продуктів у безпечній обстановці                       | Зниження тривоги перед їжею, руйнування міфу про те, що певні продукти є небезпечними або призводять до миттєвого набору ваги |
| Альтернативна поведінка | Складання списку приємних або відволікаючих дій, які можна виконати замість переїдання           | Розрив автоматичного зв'язку «Тригер і їжа». Розвиток навичок емоційної регуляції без використання їжі                        |
| Дзеркальна експозиція   | Робота перед дзеркалом, яка полягає у безоціночному описі свого тіла (опис фактів, а не критика) | Зниження дисморфофобії, формування цілісного, реалістичного образу тіла, зниження рівня тілесної тривоги                      |

Діалектична поведінкова терапія була розроблена М. Лінехан. Вона базується на біосоціальній теорії, згідно з якою порушення харчової поведінки розглядаються як дисфункціональні спроби регулювати нестерпні емоційні стани. Особи з РХП часто мають дефіцит навичок адаптивної регуляції емоцій. Тому їжа стає єдиним доступним інструментом для швидкого зниження напруги.

У контексті корекції харчової поведінки ключовими є два модулі діалектичної поведінкової терапії: навички переносимості дистресу і емоційної регуляції.

1. Навички переносимості дистресу – група технік спрямована на виживання у кризових ситуаціях (наприклад, під час гострого нападу бажання переїсти) без погіршення ситуації. Мета полягає не в тому, щоб змінити емоцію. Вона полягає в тому, щоб перетерпіти її пік, не вдаючись до деструктивної харчової поведінки.

Для цього може бути використана техніка TIPP. Вона являє собою спеціалізований комплекс дій фізіологічної регуляції, які використовуються в рамках діалектичної поведінкової терапії як засіб «швидкої допомоги» при

нестерпних емоційних станах. Аббревіатура позначає чотири ключові компоненти втручання, які дозволяють швидко знизити рівень психофізіологічного збудження шляхом безпосереднього впливу на парасимпатичну нервову систему, оминаючи когнітивну оцінку ситуації.

Перший компонент (температура) базується на зміні температури тіла, а саме – використанні холодних подразників. Процедура передбачає занурення обличчя в чашу з дуже холодною водою або прикладання пакету з льодом до періорбітальної зони і скронь на 15-30 секунд із затримкою дихання. Механізм дії цього прийому полягає у миттєвому рефлексорному уповільненні серцебиття і перенаправленні кровотоку від периферії до життєво важливих органів (серця та мозку). Завдяки цьому забезпечується фізіологічне «охолодження» емоційної системи. Паралельно з цим ефективно знижується інтенсивність компульсивного потягу до їжі.

Наступна складова – інтенсивні вправи. Вона передбачає виконання короткотривалих, але інтенсивних фізичних навантажень протягом 20-30 хв. Такими навантаженнями можуть бути швидкий біг, присідання або стрибки. Фізіологічний сенс цієї дії полягає у необхідності утилізації надлишку гормонів стресу – кортизолу та адреналіну, що накопичилися в організмі під час емоційного сплеску. Крім того, інтенсивне навантаження сприяє зміні емоційного фону за рахунок стимуляції виділення ендорфінів. Внаслідок їх виділення природним чином покращується настрій і знижується тривожність.

Третім елементом є розмірене дихання, сутність якого полягає в свідомому уповільненні дихального циклу до 5-6 разів на хвилину. Для досягнення ефекту рекомендується дотримуватися схеми, де видих є значно довшим за вдих. Наприклад, глибокий вдих на 4 рахунки та подовжений видих на 6–8 рахунків. Такий патерн дихання забезпечує стимуляцію блукаючого нерва, що подає мозку сигнал про безпеку, активує парасимпатичну нервову систему, сприяє загальному м'язовому розслабленню.

Завершальним компонентом комплексу є парна м'язова релаксація. Вона поєднує роботу з м'язовим тонусом та диханням. Техніка вимагає синхронізації

фаз напруження та розслаблення. Тому на вдиху клієнт максимально сильно напружує певну групу м'язів. На видиху – різко розслаблює її, супроводжуючи дію ментальною командою «розслабся». Завдяки цьому знімається залишкова м'язова напруга, яка часто супроводжує стани тривоги та гніву. Цим завершується цикл фізіологічної регуляції.

Техніка «STOP» є іншим важливим інструментом діалектичної поведінкової терапії. Дана техніка спрямована на запобігання імпульсивним діям і переривання автоматичних поведінкових ланцюжків, таких як неусвідомлений потяг до їжі у відповідь на стресові чинники. Аббревіатура кодує алгоритм дій, що дозволяє створити необхідний часовий проміжок між стимулом (тригером) і реакцією. В результаті повертаючи клієнту здатність до свідомого вибору.

Перший крок алгоритму вимагає від клієнта миттєвого припинення будь-якої активності в момент виникнення імпульсу. Тобто, він є необхідністю буквально «завмерти» на місці, не дозволяючи емоціям керувати тілом. Необхідно утриматися від будь-яких рухів як на фізичному, так і на ментальному рівнях. Наступний етап – «Зроби крок назад». Він передбачає фізичне дистанціювання від ситуації або джерела спокуси (наприклад, вихід із кухні). При цьому дія супроводжується глибоким вдихом, який дозволяє «перевести подих» та знизити інтенсивність емоційного захоплення. Завдяки цьому створюється простір для оцінки ситуації.

Наступним етапом техніки є спостереження. Воно полягає у проведенні моніторингу внутрішнього стану і зовнішніх обставин. Клієнт має оцінити власні думки, почуття в моменті, а також ідентифікувати тригери, які спровокували виникнення імпульсу. Завершальним кроком є перехід до усвідомленої дії. Він передбачає прийняття виваженого рішення замість автоматичної реакції. На цьому етапі клієнт ставить собі запитання щодо того, яка саме поведінка сприятиме досягненню його довгострокових цілей (наприклад, збереження здоров'я), на противагу отриманню ілюзорного короткострокового полегшення через переїдання.

2. Навички емоційної регуляції спрямовані на розуміння природи емоцій та їх зміну в довгостроковій перспективі.

Багато клієнтів з РХП стикаються з проблемою ідентифікації та маркування емоцій. Часто це пов'язано з алекситимією – станом, за якого людина нездатна розпізнавати та називати власні емоційні переживання. Внаслідок цього виникає плутанина, коли складні почуття помилково сприймаються як фізіологічне відчуття голоду.

Сутність методу роботи з цією проблемою полягає у навчанні клієнта розкласти емоційний епізод на окремі компоненти. Цей аналіз будується за ланцюжком. Спочатку визначається подія-тригер, потім – інтерпретація цієї події, що викликає певні тілесні відчуття. Далі клієнт вчиться відстежувати спонукання до дії, саму дію (наприклад, епізод переїдання) і, зрештою, аналізувати її наслідки. Такий підхід має важливе значення для терапії. Усвідомлення того, що відчуття, схоже на «порожнечу в шлунку», насправді є проявом самотності або тривоги, дає можливість змінити реакцію. Клієнт отримує можливість обрати адекватний спосіб задоволення істинної потреби. Наприклад, через спілкування або техніки самозаспокоєння – замість використання їжі як інструменту регуляції емоцій.

Також в межах навичок емоційної регуляції можна застосовувати техніку «Протилежна дія». Вона базується на тому, що кожна емоція має асоційовану з нею поведінкову тенденцію. Якщо ця дія не відповідає фактам або є деструктивною, техніка пропонує діяти діаметрально протилежно. Особливості застосування даної техніки відобразимо у табл. 3.3.

**Таблиця 3.3**

**Застосування техніки «Протилежна дія» при РХП**

| Емоція           | Типова спонукальна дія                                      | Протилежна дія                                                                    |
|------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Сором            | Бажання сховатися, ізолюватися, «заїсти» почуття наодинці   | Відкритися, поговорити з кимось, вийти в люди, не приховувати факт прийому їжі    |
| Депресія або сум | Пасивність, лежання в ліжку, апатія, відмова від активності | Активізація поведінки: прогулянка, спорт, заняття хобі, навіть якщо немає бажання |

Продовження табл. 3.3

|                |                                                                                             |                                                                                                                                       |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тривога, страх | Уникнення лякаючої ситуації або об'єкта                                                     | Експозиція (наближення до об'єкта страху). Свідоме включення «страшного» продукту в раціон, утримання в ситуації до зниження тривоги. |
| Гнів           | Бажання атакувати або, у випадку автоагресії при РХП, покарати себе голодом чи переїданням. | М'якість, доброта до себе, релаксація, дистанціювання від джерела гніву до моменту заспокоєння.                                       |

Інша техніка, «ABC PLEASE» – спрямована на зниження вразливості до емоційного розуму. Сама назва є мнемонічним правилом, створеним для легшого запам'ятовування комплексу дій, які підвищують загальну емоційну стійкість організму. У цій методиці особливий акцент робиться на другій частині аббревіатури – PLEASE. Вона стосується безпосередньої турботи про фізичне тіло як фундаменту психічної рівноваги.

Перші компоненти системи стосуються підтримки фізіологічного здоров'я та хімічного балансу. Пункт PL (treat physical illness) закликає вчасно лікувати фізичні хвороби. Адже біль і погане самопочуття значно знижують поріг емоційної чутливості, роблячи людину вразливішою. Наступний крок, E (balanced eating), передбачає збалансоване харчування. Уникнення крайнощів на кшталт голодування чи переїдання допомагає стабілізувати рівень глюкози в крові та запобігти емоційним гойдалкам. Також критично важливим є пункт A (avoid mood-altering drugs), який наголошує на уникненні психоактивних речовин. Адже алкоголь та наркотики лише посилюють емоційну дисрегуляцію. Завершальні елементи техніки фокусуються на режимі відновлення та активності. Компонент S (sleep) підкреслює необхідність здорового сну. Його дефіцит критично знижує здатність префронтальної кори мозку гальмувати імпульси лімбічної системи, що відповідає за емоції. Фінальний пункт, E (exercise), заохочує до регулярних фізичних вправ, які завдяки біохімічним процесам діють на організм як потужний природний антидепресант.

Отже, використання технік діалектичної поведінкової терапії дозволяє клієнту сформувати «паузу» між емоційним імпульсом і харчовою реакцією.

Завдяки навичкам переносимості дистресу пацієнт отримує інструменти для подолання гострих нападів переїдання. Паралельно з цим, навички емоційної регуляції та протилежної дії забезпечують довгострокову стабілізацію психологічного стану, усуваючи першопричину розладу – емоційну дисрегуляцію.

Наступним підходом регуляції харчової поведінки та емоційного стану є підхід усвідомленості (Mindfulness). Він спрямований на повернення уваги до поточного моменту та тілесних відчуттів. У контексті харчової поведінки це трансформується в концепцію інтуїтивного харчування, розроблену Е. Тріболі та Е. Реш. Основні техніки підходу регуляції харчової поведінки відображено у табл. 3.4.

**Таблиця 3.4**

**Основні техніки підходу регуляції харчової поведінки**

| Техніка                | Сутність                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Сканування тіла        | Техніка дозволяє відновити контакт з інтероцептивними сигналами організму, розрізняти фізіологічний голод (відчуття в шлунку, слабкість) та емоційний голод (бажання конкретного смаку, раптовість виникнення)                                      |
| «Серфінг потягу»       | Метод полягає у спостереженні за бажанням переїсти як за хвилею: воно наростає, досягає піку і спадає. Завдання особистості – не боротися з бажанням, а «просерфити» його, спостерігаючи за ним без засудження та автоматичної дії (споживання їжі) |
| Усвідомлене споживання | Практика повільного вживання їжі без відволікаючих факторів (гаджети, телевізор) з концентрацією на смаку, текстурі та ароматі. Це сприяє швидшому настанню сенсорної ситості                                                                       |

З табл. 3.4 бачимо, що техніки спрямовані на подолання автоматизму в харчуванні та розвиток навички спостерігача.

Арт-терапія дозволяє працювати з витісненими емоціями та образом тіла на символічному рівні, що особливо актуально для клієнтів з алекситимією. Для цього можуть застосовуватись:

- робота з глиною та пластичними матеріалами. Вона дозволяє трансформувати агресію та напругу, які часто лежать в основі компульсивного переїдання, у творчий продукт. Також використовується для корекції викривленого сприйняття власного тіла;

- малюнок «Мої стосунки з їжею», що являє собою проєктивну методику. Вона допомагає екстерналізувати проблему (відділити себе від симптому) і знайти ресурси для її вирішення;
- метафоричні асоціативні карти (МАК), що використовуються для обходу психологічних захистів та пошуку вторинних вигод від зайвої ваги або переїдання.

Важливим доповненням до арсеналу методів регуляції харчової поведінки є психосинтез, заснований Р. Ассаджіолі. Даний підхід розглядає особистість не лише як набір поведінкових реакцій, а як складну систему, що прагне цілісності. У роботі з розладами харчової поведінки психосинтез дозволяє вийти за межі боротьби з симптомом і працювати з глибинними конфліктами між різними частинами «Я».

Головною метою психосинтезу в контексті РХП є розвиток «центру», а саме стабільного, спостерігаючого «Я», яке здатне керувати імпульсами, а не підкорятися їм. Ассаджіолі пропонує техніки, спрямовані на розтотожнення з деструктивними бажаннями і тренування волі. Розглянемо основні техніки психосинтезу, що застосовуються для корекції харчової поведінки, у табл. 3.5.

**Таблиця 3.5**

**Техніки Психосинтезу Р. Ассаджіолі в регуляції харчової поведінки**

| Техніка                   | Сутність та механізм дії                                                                                                                                                                                                                    | Мета застосування                                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Розтотожнення             | Базова вправа, що полягає у повторенні формул: «У мене є тіло, але я не є моє тіло», «У мене є емоції, але я не є мої емоції». Її виконання дозволяє створити дистанцію між «Я» (спостерігачем) і об'єктами спостереження (тілом, голодом). | Зниження інтенсивності дисморфобії, паніки перед емоціями. Клієнт вчиться керувати станами, замість того щоб бути поглинутим ними                               |
| Робота з субособистостями | Ідентифікація та діалог з різними частинами психіки, які мають конфліктуючі бажання. Наприклад, діалог між «Критиком» (що вимагає голодувати) та «Гурманом» (що хоче задоволення).                                                          | Інтеграція внутрішнього конфлікту. Замість придушення «ненажерливої» частини, клієнт вчиться домовлятися з нею, знаходячи екологічні способи задоволення потреб |

Продовження табл. 3.5

|                 |                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тренування волі | Розвиток «Вмілої волі» - це не насилля над собою, а здатність свідомо обирати дії згідно з цінностями. Включає етапи: мета, обдумування, ствердження, планування, виконання | Перехід від імпульсивного переїдання до усвідомленого вибору. Розвиток здатності діяти всупереч автоматизмам |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Застосування перелічених у табл. 3.5 технік допомагає клієнту зрозуміти, що харчовий розлад – це часто спосіб однієї з субособистостей (наприклад, «Внутрішньої дитини») отримати любов або захист. Психосинтез дозволяє знайти інші шляхи для реалізації цих потреб без шкоди для фізичного здоров'я.

Аналіз психологічних методів регуляції харчової поведінки дозволяє стверджувати, що найбільш ефективним є інтегративний підхід. Він має поєднувати когнітивну роботу з переконаннями (КПТ), розвиток навичок емоційної регуляції та стресостійкості за рахунок застосування технік діалектичної поведінкової терапії, а також відновлення чутливості до тілесних сигналів через практики усвідомленості. Глибинна робота з вольовою сферою та структурою особистості доповнюється методами психосинтезу. Важливим аспектом є зміщення фокусу з контролю ваги на турботу про себе та емоційну стабільність.

### **3.2. Структура та зміст програми психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою**

Розроблена програма психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою базується на інтегративному підході, який поєднав доказові методи когнітивно-поведінкової терапії для модифікації мислення та поведінки, елементи діалектичної поведінкової терапії для корекції емоційної дисрегуляції та арт-терапевтичні техніки для глибинної роботи з образом тіла та несвідомими конфліктами.

Побудова програми спиралася на біопсихосоціальну модель здоров'я, яка постулює, що надмірна вага є результатом складної взаємодії генетичної схильності, метаболічних процесів і психологічного функціонування. Ключовою гіпотезою програми є твердження, що порушення харчової поведінки у жінок часто виступає як дисфункціональний механізм адаптації до емоційного дистресу, травматичного досвіду або міжособистісних конфліктів.

В основі програми лежать такі принципи:

1. Мультиmodalність, що передбачає одночасний вплив на когнітивну сферу (думки, переконання), емоційну сферу (почуття, афекти), поведінкову сферу (звички, ритуали), тілесну сферу (образ тіла, інтероцепція) та вольову сферу (здатність до свідомого вибору).
2. Поетапність. Згідно із цим принципом структура програми передбачає логічний перехід від стабілізації стану і психоедукації до глибинної переробки травматичного досвіду, формування нових навичок.
3. Персоналізація у груповому контексті. Попри груповий формат роботи, програма передбачає врахування індивідуальних діагностичних профілів учасниць.
4. Екологічність та безпека, що передбачає створення простору, вільного від стигматизації ваги, яка часто є фактором, що підтримує соціальну ізоляцію та депресію у жінок з ожирінням.

Програму рекомендовано реалізовувати у форматі закритої психотерапевтичної групи. Груповий формат є пріоритетним для даної категорії клієнток. Адже він дозволяє подолати почуття сорому та ізоляції через феномен універсальності переживань, забезпечує взаємну підтримку, валідацію досвіду.

Організаційні параметри розробленої програми передбачають загальну тривалість інтервенції 24 тижні (6 місяців) із частотою проведення зустрічей один раз на тиждень (тривалість сесії – 3 години). Робота здійснюється у групах чисельністю 8–12 осіб, що є оптимальним для забезпечення ефективної групової динаміки та збереження індивідуального підходу до кожної учасниці. Реалізація

програми може відбуватися в очному або змішаному форматі із залученням цифрових платформ для підтримки у міжсесійний період згідно із сучасними протоколами когнітивно-поведінкової терапії.

Структура програми є модульною, що дозволяє послідовно опрацьовувати різні рівні проблеми (див. табл. 3.6).

**Таблиця 3.6**

**Основні модулі програми психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою**

| Модуль                                                                     | Сесії | Тема та цілі                                                                                                 | Методи і техніки                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Модуль І.<br>Психоедукація,<br>мотивація та<br>стабілізація<br>(тижні 1–3) | 1     | Знайомство та правила. Створення безпечного простору, зняття провини, візуалізація історії ваги.             | - Вправа «Криголам»<br>- Техніка «Лінія життя ваги» (зв'язок подій і ваги)                                      |
|                                                                            | 2     | Фізіологія та психологія голоду. Розрізнення фізичних та емоційних потреб, лікбез щодо гормонів та дофаміну. | - Диференціація голоду (шлунковий vs «головний»)<br>- Аналіз маркерів насичення                                 |
|                                                                            | 3     | Мотивація та цілі. Робота з амбівалентністю, перехід від результату до процесу.                              | - Техніка «Декартів квадрат»<br>- SMART-цілі (орієнтир на процес)                                               |
| Модуль ІІ.<br>КПТ та психосинтез харчової поведінки (Тижні 4–9)            | 4–5   | Самомоніторинг. Виявлення тригерів та автоматичних ланцюжків поведінки.                                      | - Щоденник харчування (емоції/контекст)<br>- Аналіз АВС (тригер – поведінка – наслідок)                         |
|                                                                            | 6–7   | Когнітивна реструктуризація та робота з частинами Я                                                          | - Ідентифікація автоматичних думок<br>- Техніка «Робота з субособистостями» (діалог «Критика» і «Гурмана»)      |
|                                                                            | 8–9   | Поведінкові експерименти. Відновлення чутливості рецепторів та сигналів тіла.                                | - «Mindful Eating»<br>- Техніки сповільнення темпу їжі                                                          |
| Модуль ІІІ.<br>Емоційна регуляція, центр свідомості (Тижні 10–15)          | 10–11 | Толерантність до дистресу. Зниження фізіологічного збудження без їжі.                                        | - Радикальне прийняття<br>- Вправа на розтотожнення («Я не є мої емоції»)<br>- Техніка TIPP<br>- Техніка «СТОП» |
|                                                                            | 12–13 | Емоційна грамотність. Подолання алекситимії, розрізнення емоцій та голоду.                                   | - Робота з «Колесом емоцій»<br>- Вправа «Емоційний серфінг»                                                     |
|                                                                            | 14–15 | Самозаспокоєння. Створення альтернативних джерел задоволення.                                                | - «Меню ресурсів» (сенсорні методи)<br>- Гра «Голодні ігри» (моделювання вибору)                                |

Продовження табл. 3.6

|                                                                  |          |                                                                                       |                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Модуль IV.<br>Образ тіла та<br>арт-терапія<br>(Тиждні 16–20)     | 16       | Тілесні кордони. Корекція суб'єктивного сприйняття розмірів тіла.                     | - Техніка «Контур тіла»<br>- Аналіз зон відчуження                                                                                      |
|                                                                  | Сесія 17 | Трансформація установок. Зміна ставлення до тіла з критичного на дружнє.              | - Ліпка з глини<br>- Вправа «Діалог з тілом» (лист вдячності)                                                                           |
|                                                                  | 18       | Емоційний автопортрет. Відображення емоцій, що «застрягли» в тілі.                    | - Малювання емоційних станів через образ тіла<br>- Робота з «психосоматичним панциром»                                                  |
|                                                                  | 19–20    | Жіночність та сексуальність. Відновлення контакту з жіночою силою, робота зі соромом. | - Танцювально-рухові техніки (заземлення)<br>- Створення «Ляльки-мотанки»                                                               |
| Модуль V.<br>Соціальна<br>адаптація та<br>воля<br>(Тиждні 21–24) | 21–22    | Комунікація і тренування волі. Протистояння соціальному тиску                         | - Тренінг асертивності (вміння казати «ні»)<br>- Техніка «Акт волі» (етапи вольової дії за Ассаджіолі)<br>- Рольові ігри (свята, гості) |
|                                                                  | 23       | Профілактика рецидивів. Підготовка до можливих зривів та стратегії виходу з них.      | - Розрізнення зриву та рецидиву<br>- Створення «Валізки інструментів»                                                                   |
|                                                                  | 24       | Завершення. Оцінка результатів та інтеграція досвіду.                                 | -Ритуал прощання                                                                                                                        |

Нижче наведено детальний опис кожного модуля з інтеграцією теоретичного обґрунтування та практичних технік.

Перший модуль розрахований на перші три тижні роботи, закладає фундамент для всієї програми. Його основна мета полягає у демістифікації проблеми зайвої ваги, знятті деструктивного почуття провини в учасниць та формуванні надійного терапевтичного альянсу.

Перша сесія модуля присвячена знайомству та встановленню правил безпеки. Важливим етапом є затвердження групових норм, таких як конфіденційність, безоціночність суджень та право на «стоп», що створює довірливу атмосферу. Після вправи «Криголам» застосовується діагностична техніка «Лінія життя ваги». Учасниці графічно зображують динаміку своєї ваги протягом життя, співвідносячи піки набору або втрати кілограмів із важливими життєвими подіями (стресами, вагітністю, втратами). Такий підхід дозволяє

наочно продемонструвати психосоматичний зв'язок і змістити фокус уваги клієнток із самозвинувачень у «слабкій волі» на розуміння глибинних причин проблеми.

Друга сесія фокусується на фізіології і психології голоду. Вона включає психоедукаційний блок із лекцією про нейробіологічні основи харчової поведінки. На ній розглядаються механізми лептинової та інсулінової резистентності, а також роль дофамінової системи винагороди у формуванні харчової залежності. Практична частина спрямована на відпрацювання навички диференціації голоду. Учасниці навчаються розрізняти фізіологічний («шлунковий») та емоційний («головний») голод. Це здійснюється шляхом аналізу ключових маркерів: раптовості виникнення, специфічності бажань та фізичних відчуттів після прийому їжі.

Третя сесія базується на принципах мотиваційного інтерв'ювання та цілепокладання. Основна робота ведеться з амбівалентністю учасниць – внутрішнім конфліктом між бажанням схуднути та бажанням зберегти комфорт, який надає їжа. За допомогою техніки «Декартів квадрат» проводиться аналіз вигід та втрат від зміни поведінки. Ключовим моментом є переформулювання цілей: зміщення акценту з результату («схуднути на 20 кг») на процес («навчитися долати тривогу без їжі»). Для уникнення розчарування також встановлюються реалістичні очікування щодо темпів зниження ваги в межах 0,5-1 кг на тиждень.

Другий модуль програми, що охоплює період з 4-го по 9-й тиждень, базується на спеціалізованих протоколах КПТ та поглиблюється методами психосинтезу. Його головна мета полягає у виявленні та модифікації дисфункціональних думок і поведінкових патернів, які підтримують проблему зайвої ваги. Учасниці переходять від пасивного розуміння проблеми до активних дій зі зміни свого мислення.

Сесії 4 та 5 зосереджені на навичках самомоніторингу, аналізі поведінкових ланцюгів. Центральним інструментом стає ведення щоденника

харчування нового типу. На відміну від звичного підрахунку калорій, цей щоденник фіксує:

- контекст споживання їжі (де і з ким відбувалася трапеза);
- думки, що передували їжі;
- емоційний стан;
- суб'єктивний рівень голоду й насичення за 10-бальною шкалою.

Паралельно застосовується методика АВС. Вона дозволяє виявити індивідуальні тригери переїдання, а також опрацювати вплив екстернальних факторів. Ними є доступність їжі, візуальні стимули чи соціальний тиск.

На сесіях 6 та 7 відбувається процес когнітивної реструктуризації. Робота спрямована на ідентифікацію автоматичних думок та розпізнавання типових когнітивних викривлень, характерних для осіб із зайвою вагою. До них належать дихотомічне мислення за принципом «все або нічого», катастрофізація та емоційне обґрунтування. За допомогою техніки диспутування учасниці навчаються критично оцінювати ці автоматичні судження, ставити їх під сумнів та формувати натомість адаптивні, раціональні відповіді.

Окрім класичного диспутування думок, впроваджується техніка «Робота з субособистостями» за Р. Ассаджіолі. Учасниці вчаться ідентифікувати внутрішні «голоси», які керують їхньою харчовою поведінкою. Найчастіше виділяють субособистість «Внутрішнього критика» (який карає та змушує голодувати) і «Саботажника» або «Втішителя» (який підштовхує до переїдання для зняття напруги). Мета техніки – не придушити ці частини, а вступити з ними в діалог, зрозуміти їхні істинні потреби (наприклад, потреба в безпеці чи любові) та знайти екологічні способи їх задоволення без використання їжі.

Завершують модуль сесії 8 та 9, присвячені поведінковим експериментам та практиці усвідомленого харчування. Ключовою є техніка «Mindful Eating», під час якої виконується вправа з повільним, медитативним поїданням невеликого шматочка їжі (наприклад, родзинки або шоколаду). Ця практика дозволяє відновити чутливість смакових рецепторів та навчитися отримувати задоволення від значно менших порцій. Додатково впроваджуються техніки управління

швидкістю їжі, які допомагають сповільнити процес споживання та своєчасно розпізнавати фізіологічні сигнали насичення.

Третій модуль програми, що реалізується з 10-го по 15-й тиждень, спрямований на вирішення проблеми емоційного переїдання, яке є поширеним механізмом зривів. Враховуючи, що їжа часто використовується як спосіб подолання стресу, цей етап інтегрує техніки діалектичної поведінкової терапії. Головним завданням є підвищення толерантності до дистресу – здатності витримувати негативні емоції, не вдаючись до деструктивних способів їх погашення (заїдання).

Сесії 10 та 11 присвячені освоєнню навичок кризового виживання. Робота починається з концепції «Радикального прийняття». В межах даної техніки учасниці вчаться приймати реальність свого тіла та поточного емоційного стану без осуду, розглядаючи це як необхідну базу для подальших змін. Для опанування гострих станів впроваджується техніка TIPP, яка дозволить миттєво знизити рівень збудження при сильному пориві до їжі. Додатково відпрацьовується алгоритм «СТОП», що допомагає створити часовий проміжок між стимулом (стресом) та реакцією (їжею).

Також рекомендована базова вправа психосинтезу на розтотожнення. Учасниці практикують медитативну формулу: «У мене є тіло, але я не є моє тіло; у мене є емоції, але я не є мої емоції; у мене є бажання, але я не є мої бажання». Ця техніка дозволяє створити дистанцію між «Я» (центром чистої свідомості) і хвилиною емоційного голоду. Жінка вчиться спостерігати за імпульсом з позиції стороннього спостерігача, не зливаючись з ним, що повертає здатність до самоконтролю.

На сесіях 12 та 13 увага зміщується на розвиток емоційної грамотності. Оскільки багато жінок з ожирінням страждають на алекситимію (, часто плутаючи тривогу з фізичним голодом, використовується методика «Колесо емоцій» Плутчика (рис. 3.3).

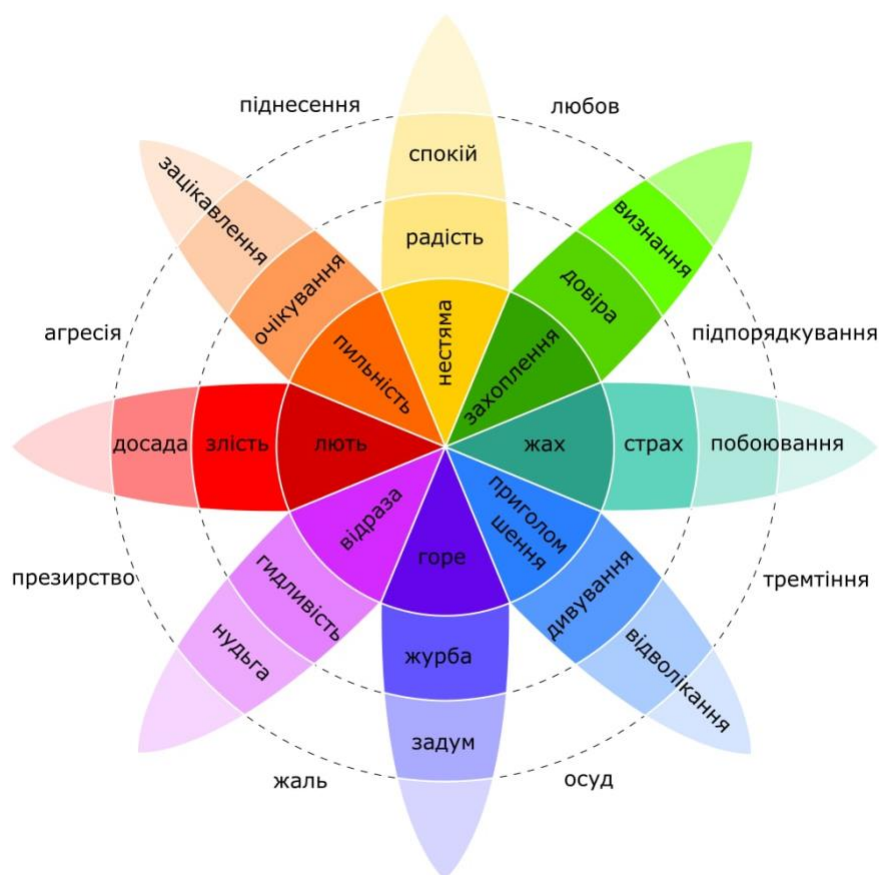


Рисунок 3.3 «Колесо емоцій» Плутчика

Цей інструмент допомагає розширити емоційний словник і точніше ідентифікувати свої потреби. Ключовою навичкою цього етапу є вправа «Емоційний серфінг». Під час її виконання учасниці навчаються спостерігати за бажанням заїсти стрес як за хвилиною.

Завершують модуль сесії 14 та 15. Вони фокусуються на навичках самозаспокоєння без використання їжі. Учасниці розробляють індивідуальне «Меню ресурсів». Ним є список активностей, що приносять задоволення та діють через сенсорні канали (ароматерапія, тактильні відчуття, музика), замінюючи смакову стимуляцію. Для закріплення матеріалу проводиться психологічна гра «Голодні ігри». Вона являє собою ігрове моделювання реальних життєвих ситуацій, де учасниці у безпечному середовищі тренуються робити свідомий вибір між автоматичним задоволенням емоційної потреби їжею та використанням нових адаптивних стратегій.

Четвертий модуль програми охоплює період з 16-го по 20-й тиждень. Він являє собою унікальну особливість даного курсу. Під час проходження даного модуля учасниці отримують можливість вийти за межі вербальної комунікації та працювати з глибинними, довербальними рівнями психіки, де часто закодовані давні травми, пов'язані з тілесністю. Оскільки відношення до власного тіла у жінок із зайвою вагою часто спотворене негативним досвідом, арт-терапевтичні методи створюють безпечний простір для вираження того, що важко описати словами.

Робота розпочинається на 16-й сесії з діагностики тілесних кордонів за допомогою техніки «Контур тіла». Процедура передбачає обведення учасниці на великому аркуші паперу в реальному розмірі, після чого вона заповнює цей силует малюнками, символами або кольорами, що відображають її відчуття різних зон. Аналіз отриманого зображення дозволяє співставити реальні контури з суб'єктивним уявленням жінки про себе (часто спостерігається переоцінка розмірів). Це також допомагає виявити «зони відчуження». Під нею розуміється частина тіла, яка ігнорується, викликає відразу або в якій накопичується хронічна напруга.

Наступна, 17-та сесія, присвячена трансформації негативних установок через роботу з пластичними матеріалами, наприклад, глиною. Учасниці ліплять фігуру свого тіла, використовуючи властивість матеріалу змінювати форму. Це дозволяє метафорично трансформувати відчуття важкості та застиглості в динаміку. Завдяки цьому здійснюється інтеграція тих частин образу «Я», які раніше відторгалися. Додатково виконується вправа «Діалог з тілом», де учасниці пишуть листа своєму тілу від імені люблячого друга, а не суворого критика. Це допомагає змінити фокус сприйняття з естетичної функції («як я виглядаю») на інструментальну («що моє тіло дозволяє мені робити»). В результаті формується вдячність організму за його функціональність.

Наступна, 18-та сесія фокусується на створенні «Емоційного автопортрета». Мета цієї техніки – зобразити себе не через фізичні риси, а через емоційні стани. Її застосування допомагає учасницям усвідомити концепцію

«психосоматичного панцира». Тобто, зрозуміти, як невиражені емоції, такі як придушена агресія, смуток чи страх, «осідають» у тілі, формуючи м'язові затиски та зайву вагу як захисний бар'єр від зовнішнього світу.

Завершальний етап модуля (сесії 19–20) спрямований на інтеграцію жіночності та сексуальності. Для цього використовуються танцювально-рухові техніки для відновлення контакту з центром ваги та заземленням, досліджуючи вплив ваги на пластику рухів. Окремо опрацьовується тема сексуальності, яка часто блокується через сором. Важливим елементом є створення «Ляльки-мотанки» – традиційного українського оберега. Ця техніка дозволяє звернутися до архетипічного образу жінки, з'єднатися з ресурсами роду та відчувати жіночу силу, яка існує незалежно від фізичних параметрів та цифри на вагах.

Фінальний етап програми, що триває з 21-го по 24-й тиждень, спрямований на інтеграцію набутих навичок у реальне життя та підготовку учасниць до самостійного функціонування поза межами терапевтичної групи і тренуванню волі. Головним викликом тут стає збереження нових патернів поведінки в умовах звичного соціального оточення, яке часто чинить опір змінам.

Сесії 21 та 22 присвячені розвитку комунікативної компетентності та тренінгу асертивності. Учасниці відпрацьовують навички встановлення жорстких психологічних кордонів. Також вони вчаться твердо, але ввічливо відмовляти у відповідь на так званий «харчовий тероризм» (нав'язливі пропозиції їжі з боку родичів чи друзів). За допомогою рольових ігор моделюються типові провокативні ситуації: святкові застілля, корпоративи, відпустки «all inclusive». Це дозволяє заздалегідь підготувати скрипти поведінки, знизити тривожність перед майбутніми соціальними подіями.

Важливим елементом стає робота з концепцією «Вмілої волі» за Ассаджіолі. На відміну від «сильної волі» (яка часто асоціюється з насиллям над собою та дієтами), «вміла воля» передбачає мудре управління ресурсами. Учасниці проходять через стадії «Акту волі»:

- 1) усвідомлення мети (навіщо мені здоров'я?);
- 2) обдумування (зважування альтернатив);

- 3) ствердження (рішення діяти);
- 4) планування;
- 5) виконання.

Це допомагає перейти від імпульсивних дій до свідомого життєтворчості.

Критично важливою є 23-тя сесія. Вона фокусується на профілактиці рецидивів. На цьому етапі розробляється індивідуальний «План безпеки». Він являє собою покроковий алгоритм дій на випадок кризових ситуацій. Психолог проводить чітке розмежування між поняттями «зрив» та «рецидив». Розуміння цієї різниці запобігає зниженню мотивації після першого ж порушення режиму. Для закріплення результатів кожна учасниця формує свою символічну «валізку інструментів». Для цього вона обирає набір перевірених технік дихання, карток-нагадувань та списків ресурсів, які залишаються з нею після закінчення курсу.

Завершує програму 24-та сесія, присвячена підбиттю підсумків. Важливою частиною є обмін зворотним зв'язком, де учасниці обговорюють свої досягнення, зміни у самопочутті та озвучують плани на майбутнє, завершуючи груповий процес емоційно значущим ритуалом прощання.

Розроблена програма психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою являє собою науково обґрунтовану, структуровану систему впливу, виходячи за межі симптоматичного лікування ожиріння. Інтеграція когнітивно-поведінкових, діалектичних, арт-терапевтичних методів і глибинних технік психосинтезу дозволяє охопити всі ланки патогенезу порушень харчової поведінки: від автоматичних думок та дисфункціональних звичок до глибинних емоційних дефіцитів та викривленого образу тіла. Реалізація такої програми сприятиме не лише зниженню ваги, але й, що більш важливо, формуванню нового, гармонійного способу життя, вільного від харчової залежності та самознищення.

### **Висновки до розділу 3**

Досліджено психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану. Аналіз психологічних методів регуляції харчової поведінки дозволяє стверджувати, що найбільш ефективним є інтегративний підхід. Він має поєднувати когнітивну роботу з переконаннями (КПТ), розвиток навичок емоційної регуляції та стресостійкості за рахунок застосування технік діалектичної поведінкової терапії, а також відновлення чутливості до тілесних сигналів через практики усвідомленості. Важливим аспектом є зміщення фокусу з контролю ваги на турботу про себе та емоційну стабільність.

Розроблена програма психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою являє собою науково обґрунтовану, структуровану систему впливу, виходячи за межі симптоматичного лікування ожиріння. Інтеграція когнітивно-поведінкових, діалектичних, арт-терапевтичних методів і глибинних технік психосинтезу дозволяє охопити всі ланки патогенезу порушень харчової поведінки: від автоматичних думок та дисфункціональних звичок до глибинних емоційних дефіцитів та викривленого образу тіла. Реалізація такої програми сприятиме не лише зниженню ваги, але й, що більш важливо, формуванню нового, гармонійного способу життя, вільного від харчової залежності та самознищення.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний аналіз проблеми набору надмірної ваги в психологічній науці. Зроблено висновок, що проблема набору надмірної ваги є складним, багатогранним феноменом, який виходить далеко за межі медичних критеріїв ІМТ. Ключовими для її розуміння в психологічній науці є поняття харчової поведінки та образу тіла, суб'єктивне сприйняття якого часто стає джерелом дистресу. Історична еволюція поглядів демонструє перехід від суто фізіологічного трактування до визнання глибокого психологічного підґрунтя, що включає несвідомі конфлікти, ірраціональні переконання, стратегії подолання стресу та соціальний тиск. Сучасні теорії, багато з яких акцентують увагу на гендерних особливостях, підтверджують, що набір ваги є результатом складної взаємодії біологічних, емоційних, когнітивних та соціальних факторів, що вимагає інтегративного підходу до діагностики та терапії.

2. Визначено психологічні чинники, що впливають на набір надмірної ваги у жінок. Вони створюють замкнене коло, де психічний стан і вага взаємно погіршують одне одного. Основні рушії цього процесу включають: емоційне переїдання як спосіб впоратися з дискомфортом; хронічний стрес (включно з ПТСР), що через підвищення рівня кортизолу сприяє накопиченню жиру; низьку самооцінку, посилену соціальним тиском та нереалістичними ідеалами краси; харчову залежність. Визначені фактори провокують дезадаптивну поведінку, зокрема компульсивне споживання висококалорійної їжі. Воно веде до набору ваги, поглиблюючи почуття провини та невдоволення тілом, підтримуючи безперервний цикл.

3. Проаналізовано емпіричний досвід застосування різних методів допомоги жінкам з надмірною вагою. Відзначено, що психологічна допомога жінкам з надмірною вагою вимагає диференційованого підходу. Це пояснюється тим, що не існує універсального методу, ефективного для всіх. Когнітивно-поведінкові терапії (КПТ, ДПТ, ТПВ) і практики усвідомленості (майндфулнес) довели свою дієвість у корекції дисфункціональних переконань, розвитку

навичок емоційної регуляції й розриві зв'язку між стресом і переїданням. Водночас мотиваційне інтерв'ю слугує ефективним інструментом для підвищення внутрішньої готовності до змін. Групова терапія забезпечує ключову соціальну підтримку, а психоаналітичний підхід залишається незамінним для роботи з глибинними причинами, зокрема травматичним досвідом. Отже, вибір та успішність втручання напряду залежать від індивідуальних психологічних причин набору ваги, що підкреслює необхідність персоналізованої та часто комплексної стратегії.

4. Проведено емпіричне дослідження чинників набору надмірної ваги у жінок. Проведене емпіричне дослідження на вибірці з 67 жінок дозволило виявити специфічний психологічний профіль осіб із надмірною вагою ( $\text{BMI} \geq 25,0$ ). Він характеризується достовірно вищими показниками емоційної і обмежувальної харчової поведінки на тлі високої особистісної, ситуативної тривожності, а також статистично значущого зниження самооцінки. Встановлено, що ключовим механізмом набору та утримання зайвої ваги є дезадаптивний причинно-наслідковий ланцюг. У ньому стійка тривожність і низьке самоприйняття генерують психологічний дистрес. При цьому надмірні, проте неефективні спроби свідомого контролю харчування (обмежувальна поведінка) підвищують вразливість до зривів, закріплюючи емоційне переїдання як основну стратегію регуляції внутрішньої напруги. При цьому відсутність значущих відмінностей за екстернальною поведінкою та наявність лише статистичної тенденції до підвищення ризику РХП за тестом ЕАТ-26 підтверджують, що провідним фактором патогенезу ожиріння у досліджуваній групі є саме порушення емоційної саморегуляції, а не реакція на зовнішні стимули чи клінічно оформлені розлади харчової поведінки.

5. Досліджено психологічні методи, прийоми та техніки регуляції харчової поведінки та емоційного стану. Аналіз психологічних методів регуляції харчової поведінки дозволяє стверджувати, що найбільш ефективним є інтегративний підхід. Він має поєднувати когнітивну роботу з переконаннями (КПТ), розвиток навичок емоційної регуляції та стресостійкості за рахунок застосування технік

діалектичної поведінкової терапії, а також відновлення чутливості до тілесних сигналів через практики усвідомленості. Важливим аспектом є зміщення фокусу з контролю ваги на турботу про себе та емоційну стабільність.

6. Розроблена програма психологічної допомоги жінкам із надмірною вагою являє собою науково обґрунтовану, структуровану систему впливу, виходячи за межі симптоматичного лікування ожиріння. Інтеграція когнітивно-поведінкових, діалектичних, арт-терапевтичних методів і глибинних технік психосинтезу дозволяє охопити всі ланки патогенезу порушень харчової поведінки: від автоматичних думок та дисфункціональних звичок до глибинних емоційних дефіцитів та викривленого образу тіла. Реалізація такої програми сприятиме не лише зниженню ваги, але й, що більш важливо, формуванню нового, гармонійного способу життя, вільного від харчової залежності та самознищення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. Харків: ХНПУ, 2017. Вип.55. С. 9–19.
2. Абсалямова Л. Психологічна корекція образу тіла як складник гармонізації харчової поведінки особистості. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Психологія*. 2021. Т. 32(71), № 3. С. 1-9.
3. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12.
4. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць*. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2017. Вип. 1. Т. 1. С. 8–13.
5. Аграс В.С., Эпл Р.Ф. Перемогти розлад харчової поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія при нервовій булімії та психогенному переїданні, покроковий посібник з самодопомоги. Київ: «Диалектика», 2021. 128 с.
6. Андрушко Я. Теорія та практика діалектико-поведінкової терапії. Insight: the psychological dimensions of society. 2022. 11-23. 10.32999/2663-970X/2022-8-2.
7. Арсенюк А. В., Найчук В. В. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у жінок. *Психологічні засади збереження ментального здоров'я учасників освітнього процесу : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Вінниця, 8-9 жовт. 2024 р.* С. 13-18.
8. Базій К. Д., Філатова І. А. Зайва вага у нашому повсякденному житті. *Фізичне виховання та спорт в закладах освіти*. 2023. URL: <https://repository.hneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/29505/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%>

[D1%97%20%D0%A5%D0%9D%D0%95%D0%A3%20%D1%96%D0%BC.%20%D0%A1.%20%D0%9A%D1%83%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D1%86%D1%8F%2027.04.2023.pdf#page=15](#)

9. Ворошилiна А. В. Особливостi ставлення до тiла у особистостi з рiзним типом харчової поведiнки. *Харкiвський осiннiй марафон психотехнологiй (каталог психотехнологiй; тези доповiдей)*: збiрник матерiалiв IV мiжрегiональної наук.-практ. конф., м. Харкiв, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ iменi Г.С. Сковороди. Харкiв: Дiса плюс, 2020. С.66-68.
10. Ганзуля А., Абсалямова Л. Психологiя харчової поведiнки жiнок в умовах сучасного свiту. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. 2022. С. 18–20.
11. Горiшна Н.М. Мотивацiйне iнтерв'ю як метод допомоги особам з ризикованою поведiнкою. II Всеукраїнська науково-практична конференцiя «Суспiльство i особистiсть у сучасному комунiкацiйному дискурси». 2020. С. 24-28
12. Гошовська, Д. Гошовський О. Девiантна специфiка самосвiдомостi людини з харчовою залежнiстю: теоретичний ракурс проблеми. *Psychological Prospects Journal* , 2022. № 40 , С. 24-37
13. Дяченко В.А., Мунасіпова-Мотяш І. А., Дубiнiна Д. Е. Взаємозв'язок психологiчної безпеки та задоволеностi образом тiла у жiнок. *Збiрник наукових праць Інституту психологiї iменi Г.С. Костюка НАНП України*, 2019. Том VII. Екологiчна психологiя. Вип. 47. С. 140-152.
14. Івашура А. А. Стала харчова поведiнка. *Вiсник Нацiонального технічного унiверситету "ХП". Новi рiшення в сучасних технологiях*. Харкiв : НТУ "ХП", 2021. № 4 (10). С. 88-93.
15. Ільницька Т. Розлади харчової поведiнки: мiфи та факти. *Медичний журнал «Нейроньюс»*. 2018. № 4 С. 6–15
16. Калюжна Є.М., Савченко Н.В. Дослiдження психологiчних особливостей тiлесностi молодих жiнок у контекстi феноменологiї. *Психологiчний журнал*. 2021. № 7. Вип. 5. С.75-84.

- 17.Капталан Н. М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки: дис. ... д-ра філос. за спец. 053 Психологія / Н. М. Капталан. – Одеський національний університет імені І.І.Мечникова. Одеса, 2022. 186 с.
- 18.Кеш Т.Ф. Незадоволеність образом тіла. Робочий зошит пров. з англ. Ю.В. Максименко. Київ: Діалектика, 2022. 288 с.
- 19.Кириленко М.І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. 2019. № 5. С. 46.
- 20.Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт*. 2020. Вип.2. С.91-98.
- 21.Козак Г. А., Магдисюк Л. І. Психологія тілесності: теорія і практика : навч.-метод. посіб. Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк : Вежа-Друк. 2025. 304 с.
- 22.Кудла Т. В., Антонова З. О., Ханецька Н. В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. *Габітус. Науковий журнал*, 2021. Вип.27 (1). С. 127-130.
- 23.Кучеренко, Є. В. Психосинтез у розвитку сучасної особистості : специфіка методу та актуальні завдання. *Гуманітарний корпус : збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 13. С. 66-71.
- 24.Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного ун-ту імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України*. Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України, 2009. Вип. 6, Т. 6. С. 85–94.
- 25.Національна асоціація лікарів та психологів. Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. <https://ed-ua.com/for-patients/>

- 26.Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки*. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136–140
- 27.Никоненко О., Іском, А. Психологічні чинники розладів харчової поведінки у жінок. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 4(72), С. 202–211. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-72-202-211>
- 28.Огоренко В.В. Кокашинський, В.О. Вікові особливості образу власного тіла та направленості харчової поведінки пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *The 5th International scientific and practical conference “Current challenges of science and education” (January 15-17, 2024) Berlin, Germany*. MDPC Publishing, 2024. Р. 99-102. ISBN 978-3-954753-05-5
- 29.Огоренко В.В. Кокашинський, В.О. Клінічні особливості порушень харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах. *Український вісник психоневрології = Ukrainian Bulletin of psychoneurology*, 2024. №32 Р. 56-59. ISSN 2079-0325
- 30.Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія : навчально-методичний посібник / Абатуров О. Є. та ін.; за ред. О. Є. Абатурова та Л. М. Юр'євої. Львів : Марченко Т. В., 2021. 268 с.
- 31.Петрухіна І.М. Вплив образу тіла на самооцінку жінок молодого і середнього віку. *Студентський форум: електрон. наук. журн.* 2019. Вип. 15. URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/66/50427> (дата звернення 14.09.2025).
- 32.Рудич М. В., Літвінова О. В. Проблема психологічної допомоги особистості з розладами харчової поведінки. *Молодий вчений*, 2022. 174 с.
- 33.Самойленко І. В. Війна з їжею. Київ, 2020. 208 с.
- 34.Серга Т.О., Білоусенко М.В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. *Перспективи та інновації науки*. Вип. 2(7) 2022. С. 968-979.
- 35.Сингаївська І. В., Бондаренко А. М. Розлади харчової поведінки під час подій воєнного характеру. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні,*

- суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей IV Міжнародної конференції (7 грудня 2022 р., м. Київ). Київ: Університет "КРОК". 2022. <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1323>
36. Тест відношення до їжі EAT 26. URL: <https://www.b17.ru/tests/eat26/> (дата звернення 21.12. 2022).
  37. Травенко О.С. Психологічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Вип. 14. С.205-214
  38. Фадєєва М. І., Савельєва Л. В. Корекція порушень харчової поведінки у пацієнтів з ожирінням. *Ендокринологія: Новини. Думки. Навчання*. 2018. № 2 (23). С. 51-59
  39. Чаркіна О.А. Психосинтез в Україні: сучасний стан і перспективи розвитку. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2016. Вип. 52. С. 215-226.
  40. Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. *Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології: матеріали V Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. С. 274
  41. Шебанова В.І., Онуфрієва Л.А. Самоставлення та самоприйняття у жінок із зайвою вагою. *Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої*. Вип. 46. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2019. С. 420-440.
  42. Шебанова В.І., Яблонська Т., Онуфрієва Л. Ефективність програми нормалізації харчової поведінки та корекції ваги на «Я-образ» у жінок із надлишковою масою тіла. *Наука і освіта*, 2018. Вип. 7 8/CLXXII-CLXXIII. С. 105-112.

- 43.Шепель В. В., Тіхоміров А. І. Роль психосоматики в корекції маси тіла жінок. актуальні проблеми фізичного виховання, спорту та фізкультурно–спортивної реабілітації. 2024. 140.  
<https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/2522/1/%D0%9C%D0%A7-2024.%20%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8%20%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B2%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf#page=140>
- 44.Шопша О. Л. Нагорна Д. І. Психологічні особливості порушень харчової поведінки. *The 9th International scientific and practical conference Actual trends of modern scientific research*. Germany. 2021. 623 p.
- 45.Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Anxiety Disord*. 2020. № 1191. P. 291–329. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0\_17.
- 46.Ashton G. Eating Disorder Statistics. Anad.org; National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. 2023. <https://anad.org/eating-disorder-statistic/>
- 47.Berman MI, Park J, Kragenbrink ME, Hegel MT. Accept yourself! A pilot randomized controlled trial of a self-acceptance-based treatment for large-bodied women with depression. *Behav Ther*. 2022. 10.1016/j.beth.2022.03.002
- 48.Bulik C.M., Blake L., Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am*. 2019. Vol. 42(1) P. 59–73.
- 49.Castellini G, Cassioli E, Rossi E, et al. (2022). Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches to eating disorders. *Eating and Weight Disorders* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35179727/>
- 50.Chew HSJ, Chng S, Rajasegaran NN, Choy KH, Chong YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight*

- Disord.* 2023 Feb 10;28(1):6. doi: 10.1007/s40519-023-01535-6. PMID: 36763199; PMCID: PMC9918584.
51. Christensen KA, Haynos AF. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *J Eat Disord*, № 8. P. 1–10.
  52. Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., et al. The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: A meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2021. № 51(1). P. 21-29.
  53. Heerman W.J., Jackson N., Hargreaves M., Mulvaney S.A., Schlundt D., Wallston K.A., Rothman R.L. Clusters of healthy and unhealthy Eating Behaviors are associated with Body Mass Index. *Nutr Educ Behav*, 2017, Vol. 49(5), P. 415-421.
  54. Iturbe I, Echeburúa E, Maiz E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: a systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2022;29(3):837–856. doi: 10.1002/cpp.2695.
  55. Kiro L., Zak M., Chernyshov O., Sverdlova M. Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості. *Ендокринологія*. 2021, № 26(2), С. 119-127. <https://doi.org/10.31793/1680-1466.2021.26-2.119>
  56. Laviano A., Lazzaro L. Di, Koverech A. Changes in eating behavior, taste and food preferences and the effects of gastrointestinal hormones, *Clinical Nutrition Experimental*, 2018, Vol.20, P. 65–70.
  57. Levin ME, Petersen JM, Durward C, Bingeman B, Davis E, Nelson C, Cromwell S. A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Transl Behav Med.* 2020;11(6):1216–1225. doi: 10.1093/tbm/ibaa123.
  58. Mancini M, Mignogna S, Stanghellini G. Dear body... an explorative study on anomalous bodily experiences in persons with feeding and eating disorders. *Psychopathology*. 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34350886/>

59. Martinez-Avila WD, Sanchez-Delgado G, Acosta FM, et al. Eating behavior, physical activity and exercise training: a randomized controlled trial in young healthy adults. *Nutrients*. 2020. Vol.12 (12), P. 36-85.
60. Mason T.B., Wonderlich S.A., Crosby R.D. Associations among eating disorder behaviors and eating disorder quality of life in adult women with anorexia nervosa, *Psychiatry Res.*, 2018, Vol. 267, pp. 108–111.
61. Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G., & Sundgot-Borgen, J. Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *International Journal of Eating Disorders*. 2020. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7187559/>
62. Morris Jane, Nahman Caz. New to Eating Disorders. Copublisher: Royal College of Psychiatrists; 2020. 108 p.
63. Pears S, Sutton S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2021. № 15(1). P. 159–184. doi: 10.1080/17437199.2020.1727759.
64. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, Wan Y, Li C, Yu D. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.* 2022 № 27(2). C. 415-428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z.
65. Pentikäinen S., Arvola A., Karhunen L., Pennanen K. Easy-going, rational, susceptible and struggling eaters: A segmentation study based on eating behaviour tendencies, *Appetite*, 2018, Vol.120, P. 212–221.
66. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Comput Biol Med.* 2021. № 136:P. 104754. doi: 10.1016/j.combiomed.2021.104754.

67. Taquet M., Geddes, J., Luciano, S., Harrison P. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 2021. 1-3.
68. World Health Organization. Obesity and overweight. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Голландський опитувальник харчової поведінки

*Інструкція.* Щоб отримати правильний результат, пройдіть тест швидко, не задумуючись.

На кожне питання відповідайте

□ "Ніколи" □ "Дуже рідко" □ "Іноді" □ "Часто" □ "Дуже часто".

1. Якщо ваша вага починає рости, чи їсте ви менше звичайного?
2. Чи намагаєтеся ви їсти менше, ніж вам хотілося б, під час сніданку, обіду, вечері?
3. Чи часто ви відмовляєтеся від їжі і напоїв через те, що турбуєтеся про вашу вагу?
4. Чи контролюєте ви кількість з'їденого?
5. Чи обираєте ви їжу навмисно, щоб схуднути?
6. Якщо ви переїли, чи будете ви на наступний день їсти менше?
7. Чи намагаєтеся ви їсти менше, аби не погладшати?
8. Чи часто ви намагаєтеся не їсти між прийомами їжі, оскільки стежите за своєю вагою?

9. Чи часто ви намагаєтеся не їсти вечорами, тому що стежите за своєю вагою?
10. Чи думаєте ви про те, скільки ви важите, перед тим, як що-небудь з'їсти?
11. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?
12. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нічого робити?
13. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені або збентежені?
14. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?
15. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підвів?
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли порушуються ваші плани?
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви передчуваєте якусь неприємність?
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані або напружені?
19. Чи виникає у вас бажання їсти, коли «все не так», «все валиться з рук»?
20. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані?
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, зруйновані всі ваші надії?
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?
23. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стомлені, стривожені?
24. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, якщо їжа смачна?
25. Чи їсте ви більше звичайного, коли їжа особливо добре виглядає і пахне?
26. Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, з'являється у вас бажання їсти?
27. Якщо у вас є щось смачненьке, ви з'їсте це негайно?
28. Якщо ви проходите повз булочну, вам хочеться купити щось смачне?
29. Якщо ви проходите повз кафе, вам хочеться купити щось смачне?
30. Коли ви бачите, як їдять інші, чи з'являється у вас бажання їсти?
31. Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось дуже смачне?
32. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, в компанії (коли бачите, як їдять інші)?
33. Коли ви готуєте їжу, чи часто пробуєте її?

Підрахуйте бали:

- за кожне «ніколи» - 1,
- за «дуже рідко» - 2,

- за «іноді» - 3,
- за «часто» - 4,
- «дуже часто» - 5

(з 31 питанням - все навпаки).

Ключ до тесту:

1-10 — Відповіді на перші десять запитань визначають обмежувальну харчову поведінку. Середній результат становить 2,4. Якщо у вас вийшла цифра набагато менша — це означає, що ви погано контролюєте, що і в якій кількості їсте. Якщо набагато більша — ви занадто суворі до себе і, можливо, схильні до анорексії.

11-23 — визначають емоціогенну лінію поведінки: схильні ви заїдати свої емоції чи ні. Чим нижчою вийде цифра, тим краще (середній результат 1,8). Якщо ж вона дуже висока, подумайте, що робити, аби не накидатися на солодке від смутку і нудьги.

24-31 — ці запитання складають шкалу екстернальної харчової поведінки. Вона визначає, чи легко ви піддаєтесь спокусі з'їсти щось смачне. Середній бал за цією шкалою - 2,7. Якщо ви заробили набагато більше балів, значить, вам властиво переїдати за компанію, в ресторанах і кафе, де страви апетитно виглядають, і навіть на дієті ви не зможете відмовити собі у пахучій свіжоспеченій булочці. Уважно стежте за собою в таких ситуаціях.

## Додаток Б

## Тест харчових установок (ЕАТ-26)

Пропонуємо Вам опитувальник, який спрямований на вивчення деяких особливостей харчової поведінки. Всі ваші відповіді залишаються в таємниці. Будь ласка, виберіть відповідь на кожне з таких тверджень.

|    | Твердження                                                                          | Завжди | Зазвичай | Часто | Іноді | Рідко | Ніколи |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|-------|-------|-------|--------|
| 1  | Я дуже боюся набрати зайву вагу.                                                    |        |          |       |       |       |        |
| 2  | Я уникаю їжі, коли я голодна.                                                       |        |          |       |       |       |        |
| 3  | Мені здається, що я стурбована думками про їжу.                                     |        |          |       |       |       |        |
| 4  | Я об'їдаюся і відчуваю, що не можу зупинитися вчасно.                               |        |          |       |       |       |        |
| 5  | Я нарізаю мою їжу на маленькі шматочки.                                             |        |          |       |       |       |        |
| 6  | Я цікавлюся вмістом калорій у споживаній мною їжі.                                  |        |          |       |       |       |        |
| 7  | Я намагаюся не вживати їжу з високим вмістом вуглеводів (хліб, рис, картопля тощо). |        |          |       |       |       |        |
| 8  | Я відчуваю, що інші хотіли б, щоби я їла більше.                                    |        |          |       |       |       |        |
| 9  | Я викликаю блювання після їди.                                                      |        |          |       |       |       |        |
| 10 | Я відчуваю провину після їди.                                                       |        |          |       |       |       |        |
| 11 | Я стурбована прагненням бути худю.                                                  |        |          |       |       |       |        |
| 12 | Я думаю про спалювання калорій, коли займаюся спортом.                              |        |          |       |       |       |        |
| 13 | Навколишні люди вважають, що я надто худа.                                          |        |          |       |       |       |        |
| 14 | Я стурбована думками про повноту мого тіла.                                         |        |          |       |       |       |        |
| 15 | Я довше, ніж інші, їм свою порцію.                                                  |        |          |       |       |       |        |
| 16 | Я уникаю їсти їжу, що містить цукор.                                                |        |          |       |       |       |        |
| 17 | Я їм тільки низькокалорійні продукти                                                |        |          |       |       |       |        |
| 18 | Я відчуваю, що їжа контролює моє життя                                              |        |          |       |       |       |        |
| 19 | За допомогою їжі демонструю вміння контролювати себе.                               |        |          |       |       |       |        |
| 20 | Я відчуваю, що оточуючі змушують мене їсти.                                         |        |          |       |       |       |        |

|    |                                                          |  |  |  |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 21 | Я надто багато часу приділяю їжі або думаю про неї.      |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Я почуваюся некомфортно після того, як співаємо солодке. |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Я захоплена різними дієтами                              |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Я люблю, коли мій шлунок порожній.                       |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Я відчуваю позиви до блювання після їжі.                 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Я насолоджуюся, пробуючи нову дорогу їжу.                |  |  |  |  |  |  |

#### Ключ до тесту

1 – Завжди

2 – Зазвичай

3 – Часто

4 – Іноді

5 – Рідко

6 – Ніколи

#### Інтерпретація даних анкетування

0-15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

16-30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.

31-45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

46-60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

**Додаток В****Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна**

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

**А. Шкала самооцінки реактивної тривожності****Інструкція**

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

| № з/п | Твердження                       | Варіанти відповідей |             |       |              |
|-------|----------------------------------|---------------------|-------------|-------|--------------|
|       |                                  | Ні, це не так       | Мабуть, так | Вірно | Цілком вірно |
| 1.    | Я спокійний                      | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 2.    | Мені ніщо не загрожує            | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 3.    | Я знаходжуся в стані напруги     | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 4.    | Я відчуваю жаль                  | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 5.    | Я почуваю себе вільно            | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 6.    | Я засмучений                     | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 7.    | Мене хвилюють можливі невдачі    | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 8.    | Я відчуваю себе відпочилим       | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 9.    | Я собою не вдоволений            | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 10.   | Я відчуваю внутрішнє задоволення | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 11.   | Я впевнений у собі               | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 12.   | Я нервую                         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 13.   | Я не знаходжу собі місця         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 14.   | Я напружений                     | 1                   | 2           | 3     | 4            |

|     |                                       |   |   |   |   |
|-----|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 15. | Я не почуваю скутості, напруженості   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Я задоволений                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Я занепокоєний                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Я занадто збуджений і мені не по собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Мені радісно                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Мені приємно                          | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

### Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

| № з/п | Твердження                                                | Варіанти відповідей |             |       |              |
|-------|-----------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------|--------------|
|       |                                                           | Ні, це не так       | Мабуть, так | Вірно | Цілком вірно |
| 21.   | Я відчуваю задоволення                                    | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 22.   | Я дуже швидко втомлююся                                   | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 23.   | Я легко можу заплакати                                    | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 24.   | Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші              | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 25.   | Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 26.   | Звичайно я відчуваю себе бадьорим                         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 27.   | Я спокійний, холонокровний і зібраний                     | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 28.   | Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене           | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 29.   | Я занадто переживаю через дрібниці                        | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 30.   | Я цілком щасливий                                         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 31.   | Я приймаю все занадто близько до серця                    | 1                   | 2           | 3     | 4            |

|     |                                                                                 |   |   |   |   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 32. | Мені не вистачає впевненості в собі                                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Звичайно я почуваю себе в безпеці                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | У мене буває хандра                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Я задоволений                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Я врівноважена людина                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи        | 1 | 2 | 3 | 4 |

### Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$  – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$  – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

### Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

### Шкала самооцінки Розенберга

*Інструкції.* Визначте, наскільки ви згодні чи не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте навпаки відповідну цифру.

4 – цілком згоден 3 – швидше згоден 2 – швидше не згоден 1 - абсолютно не згоден

Тестовий матеріал

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні не менш ніж інші.
2. Я завжди схильний почуватися невдахою.
3. Мені здається, у мене є низка хороших якостей.
4. Я здатний щось робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особливо нема чим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. Загалом я задоволений собою.
8. Мені хотілося б більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою марність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому поганий.

Ключ та обробка результатів тесту.

За кожен відповідь нарахуйте собі бали відповідно до ключа.

прямі питання: 1,3,4,6 зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 - бали у яких нараховуються навпаки: 4=1, 3=2, 2=3, 1=4.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація.

10 - 18 балів - вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні у всьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самоприниження, яке не дозволяє вам ставити цілі та досягати успіху. У кожній події ви шукаєте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою та самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, невдачі підживлюють низьку самооцінку та скидають вас у прірву, ваша думка про себе вагається то в один, то в інший бік.

23 – 34 бали – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої переваги та недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що не передбачили, не помітили, «соломку не підступили». зреагувати та відкоригувати там, де є можливість.

35 - 40 балів – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе й надалі: розвиваєтесь, удосконалюєтесь у професії, духовному та інтелектуальному плані, у сфері відносин, вмієте викладати уроки з помилок та важких ситуацій. Це норма, якої варто прагнути.