

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Особливості особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Грушева Тетяна Василівна

**Керівник:** Ломакін Г.І., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Шейко А.О., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки;

Алієва Т.А., к. психол.н., доцент кафедри

сексології, психотерапії та медичної

психології

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РИС ТА КОГНІТИВНИХ СПОТВОРЕНЬ У ЛЮДЕЙ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ</b>	<b>8</b>
1.1. Надмірна вага як психосоціальна та медико-психологічна проблема	8
1.2. Психологічні особливості людей з надмірною вагою	11
1.3. Особистісні риси як чинник формування надмірної ваги	17
1.4. Когнітивні спотворення та їх роль у підтриманні проблеми надмірної ваги	23
<b>Висновки до розділу 1</b>	<b>29</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	<b>32</b>
2.1. Організаційні особливості емпіричного дослідження	32
2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження	35
2.3. Описова характеристика показників особистісних рис у досліджуваних групах	37
2.4. Аналіз когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою	40
2.5. Порівняльний аналіз показників у групах	43
2.6. Взаємозв'язок особистісних рис із когнітивними спотвореннями	47
2.7. Практичні рекомендації	51
<b>Висновки до розділу 2</b>	<b>61</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>64</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>68</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>73</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Проблема надмірної ваги й ожиріння у сучасному світі набуває масштабів значущого медико-психологічного та соціального виклику, що впливає не лише на соматичне здоров'я людини, але й на її психічний стан, якість життя та соціальне функціонування. Надмірна вага асоціюється з підвищеним ризиком хронічних захворювань, зниженням фізичної активності та працездатності, однак не менш важливими є її психологічні наслідки: тривожність, депресивні прояви, емоційна нестабільність, зниження самооцінки, негативний образ тіла, соціальна ізоляція та внутрішня стигматизація. В умовах соціального тиску щодо зовнішності й поширення культури худорлявості надмірна вага нерідко стає фактором хронічного стресу, що підтримує коло самозвинувачення, сорому та дезадаптивної поведінкової саморегуляції.

Особливої уваги набуває психологічний аспект проблеми, оскільки надмірна вага у багатьох випадках підтримується не лише харчовими звичками чи біологічними чинниками, а й специфічними особистісними рисами та когнітивними механізмами. Серед таких механізмів важливу роль відіграють когнітивні спотворення, які у межах когнітивно-поведінкового підходу розглядаються як систематичні помилки мислення (катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, «читання думок»), що провокують негативні емоційні стани та підтримують неадаптивні поведінкові реакції, зокрема харчові зриви та емоційне переїдання. Вивчення зв'язків між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями у людей з надмірною вагою має суттєве значення для обґрунтування ефективних напрямів психологічного консультування, психотерапії та профілактики.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Проблема надмірної ваги досліджується у межах міждисциплінарного підходу, що поєднує медичні, психологічні та соціальні концепції. У медико-біологічному напрямі

надмірна вага описується як результат порушення енергетичного балансу за участі генетичних, гормональних і метаболічних чинників. У психології особлива увага приділяється поведінковим механізмам (формування харчових звичок, вплив зовнішніх стимулів, стиль харчової поведінки), а також емоційним чинникам (стрес, тривожність, депресивність), що можуть підтримувати переїдання як спосіб регуляції психоемоційного стану.

У межах когнітивно-поведінкової концепції (А. Бек) ключовими механізмами психологічних труднощів розглядаються дисфункційні переконання й когнітивні спотворення, які визначають негативну інтерпретацію подій, себе та власної поведінки. Роль когнітивних механізмів у формуванні емоційних порушень та поведінкових дисфункцій також узгоджується з підходом Р. Лазаруса, який підкреслював значення когнітивної оцінки стресових ситуацій у формуванні емоційної реакції й копінг-стратегій. Важливу роль у вивченні особистісних чинників відіграють теорії темпераменту та особистості, зокрема модель Г. Айзенка, яка дозволяє оцінювати ключові параметри емоційної реактивності (нейротизм), соціальної активності (екстраверсія) та поведінкової регуляції/імпульсивності (психотизм). У сучасних дослідженнях також підкреслюється значущість образу тіла, внутрішньої стигматизації та самооцінки як психологічних факторів підтримання надмірної ваги та порушень харчової поведінки.

Таким чином, наукова проблема має достатню теоретичну основу, однак потребує подальшої емпіричної конкретизації – зокрема в частині взаємозв'язків між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями у людей з надмірною вагою, що й визначає логіку даного дослідження.

Метою дослідження є визначення особливостей особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою, а також встановлення їх взаємозв'язку з показниками самооцінки, образу тіла та харчової поведінки у порівнянні з особами з нормальною масою тіла.

Відповідно до мети були визначені такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння надмірної ваги як психосоціальної та медико-психологічної проблеми.
2. Розкрити психологічні особливості осіб з надмірною вагою та роль особистісних чинників у формуванні харчової поведінки.
3. Охарактеризувати когнітивні спотворення в межах когнітивно-поведінкового підходу та їх роль у підтриманні проблеми надмірної ваги.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження із формуванням двох порівняльних груп (норма / надмірна вага).
5. Визначити особистісний профіль досліджуваних за опитувальником Г. Айзенка (EPQ) та описати відмінності між групами.
6. Дослідити рівень когнітивних спотворень за шкалою CDS та встановити відмінності між групами.
7. Проаналізувати взаємозв'язки між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями.
8. Розробити практичні рекомендації щодо психологічного супроводу, психоосвіти та профілактики.

**Об'єкт дослідження** – психологічні особливості осіб із надмірною вагою.

**Предмет дослідження** – взаємозв'язок особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою.

**Гіпотеза дослідження.** Передбачається, що люди з надмірною вагою характеризуються специфічним особистісним профілем, який включає підвищений нейротизм і тенденцію до імпульсивності, а також вищим рівнем когнітивних спотворень (катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, «читання думок») у порівнянні з особами з нормальною масою тіла. Очікується, що нейротизм і психотизм будуть позитивно пов'язані з частотою когнітивних спотворень та можуть виступати психологічними чинниками ризику формування порушень харчової поведінки, негативного образу тіла та зниження самооцінки.

У процесі дослідження застосовано **комплекс методів.**

**Теоретичні методи:** аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми надмірної ваги, харчової поведінки, особистісних рис і когнітивних механізмів.

**Емпіричні методи:** розрахунок індексу маси тіла (ІМТ, BMI); опитувальник особистості Г. Айзенка (EPQ); Cognitive Distortions Scale (CDS); Body Shape Questionnaire (BSQ); шкала самооцінки М. Розенберга; Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).

**Математико-статистичні методи:** описова статистика (середнє арифметичне, стандартне відхилення); t-критерій Стюдента для незалежних вибірок; кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона.

**Наукова новизна дослідження** полягає у тому, що: уточнено психологічні особливості осіб із надмірною вагою через аналіз взаємозв'язків між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями; емпірично визначено характерні типи когнітивних спотворень, які найбільш виражені у людей з надмірною вагою; встановлено кореляційні залежності між показниками нейротизму, психотизму та частотою когнітивних спотворень, що дозволяє розглядати їх як потенційні психологічні фактори ризику порушень харчової саморегуляції.

**Практичне значення роботи** полягає у можливості використання результатів у психологічному консультуванні та психотерапії осіб із надмірною вагою, зокрема для: розробки індивідуальних програм психологічної підтримки й корекції харчової поведінки; формування психоосвітніх модулів щодо когнітивних пасток, самооцінки та образу тіла; профілактики харчових зривів та розвитку навичок саморегуляції; удосконалення психологічних інтервенцій у рамках КПТ, спрямованих на корекцію дисфункційних переконань і зниження самостигматизації.

**Апробація результатів.** Основні результати дослідження представлені на студентських наукових конференціях.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст

роботи включає теоретичний аналіз проблеми, опис організації та методики емпіричного дослідження, аналіз результатів і практичні рекомендації.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РИС ТА КОГНІТИВНИХ СПОТВОРЕНЬ У ЛЮДЕЙ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ

#### 1.1. Надмірна вага як психосоціальна та медико-психологічна проблема

Надмірна вага та ожиріння в сучасному науковому дискурсі розглядаються як комплексна медико-психологічна й соціальна проблема, що виходить далеко за межі суто соматичного порушення. Зростання поширеності надмірної маси тіла у різних вікових групах зумовлює необхідність міждисциплінарного аналізу цього феномену, оскільки він пов'язаний не лише з підвищеним ризиком хронічних захворювань, але й із суттєвими змінами у психоемоційній сфері особистості, соціальному функціонуванні та якості життя. Згідно з позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я, ожиріння є однією з провідних глобальних загроз для здоров'я населення, а його причини та наслідки формуються під впливом біологічних, поведінкових і психосоціальних чинників [12].

У медичній практиці надмірна вага та ожиріння традиційно визначаються через показники індексу маси тіла, однак психологічний підхід акцентує увагу на тому, що маса тіла є не лише антропометричним параметром, а й соціально-психологічним маркером, який впливає на формування Я-концепції, самооцінки та образу тіла. У цьому контексті надмірна вага може виступати не тільки результатом порушень енергетичного балансу, але й відображенням специфічних когнітивних установок, емоційних механізмів саморегуляції та поведінкових стратегій подолання стресу. Як підкреслює А. Бек, надмірна вага нерідко підтримується системою дисфункційних переконань і автоматичних думок, що сприяють формуванню хибних інтерпретацій власних можливостей, зовнішнього вигляду та соціальної оцінки (А. Бек). У межах когнітивно-поведінкової парадигми підкреслюється, що саме когнітивні спотворення (катастрофізація, дихотомічне мислення, узагальнення, персоналізація)

можуть підтримувати замкнене коло невдоволення тілом, емоційної напруги та переїдання як способу емоційного зняття напруги [7].

Формування надмірної ваги детермінується багаторівневою системою причин, у якій важливе місце займають біологічні чинники. До них належать генетична схильність, особливості обміну речовин, гормональні дисбаланси, порушення нейроендокринної регуляції апетиту та насичення. Біологічний компонент створює певний базис ризику, проте сам по собі рідко пояснює стійкі прояви ожиріння без урахування поведінкових та психологічних механізмів. У сучасних підходах підкреслюється взаємодія біологічних факторів із середовищними умовами, стилем життя, культурними нормами харчування та індивідуально-особистісними характеристиками [24].

Поведінкові чинники є одним із найважливіших механізмів закріплення надмірної ваги, зокрема через формування дисфункційних моделей харчування. Часте вживання висококалорійної їжі, нерегулярні прийоми їжі, нічне переїдання, знижена фізична активність, вплив маркетингового середовища та харчових стимулів (доступність їжі, реклама, сформовані харчові звички) сприяють поступовому накопиченню надмірної маси тіла. У цьому контексті харчова поведінка виступає важливим регулятором адаптації людини до стресу та емоційних перевантажень. Саме тому у психології харчової поведінки надмірна вага часто пов'язується із стратегіями емоційного переїдання, коли їжа використовується як засіб швидкого зменшення психоемоційної напруги, компенсації дефіциту підтримки або зниження рівня внутрішньої тривоги [9].

Психологічні чинники надмірної ваги охоплюють широкий спектр процесів: від емоційної нестабільності та труднощів саморегуляції до внутрішньої стигматизації, незадоволеності тілом та зниження самооцінки. Психодинамічні та гуманістичні підходи розглядають переїдання як символічну форму компенсації емоційного дефіциту, потреби у безпеці чи прийнятті, тоді як когнітивно-поведінкові моделі наголошують на провідній ролі когнітивних схем і спотворених переконань. Зокрема, Р. Лазарус

зазначає, що переживання стресу та обрані способи подолання залежать від когнітивної оцінки подій і ресурсів особистості (Р. Лазарус), а в умовах хронічного емоційного напруження формуються дезадаптивні копінг-стратегії, серед яких харчова поведінка може стати домінуючим способом психологічної компенсації [7].

Важливе місце у психологічному аналізі проблеми надмірної ваги займає феномен соціальної стигматизації. У сучасному суспільстві надмірна вага часто асоціюється з негативними стереотипами — лінощами, відсутністю сили волі, низькою привабливістю, що спричиняє дискримінаційні установки і формує хронічний психологічний тиск. Соціальне порівняння, культурний культ худорлявості та жорсткі стандарти зовнішності можуть провокувати розвиток стійкого сорому за власне тіло, почуття провини та відчуження. На цьому тлі формуються внутрішні негативні переконання щодо себе, які знижують мотивацію до зміни способу життя, сприяють уникненню соціальної активності та підтримують депресивно-тривожні прояви. У такій ситуації надмірна вага стає не лише фізичним, а й психологічним тягарем, який включає переживання меншовартості, соціальної тривоги та страху оцінювання [11].

Надмірна вага також має виражений вплив на психічний стан та якість життя людини. Насамперед, вона асоціюється з підвищенням ризику емоційних розладів – тривоги, депресії, емоційного виснаження, зниження життєвої активності. У межах клінічної психології підкреслюється двосторонній характер зв'язку: надмірна вага може спричинити розвиток психоемоційних порушень, і водночас емоційні розлади можуть бути психологічним ґрунтом для формування ожиріння через порушення харчової поведінки та зниження саморегуляції. Крім того, значну роль відіграє образ тіла як складова Я-концепції. Незадоволеність тілом впливає на самооцінку та загальний рівень психологічного благополуччя, формує стійку самокритику та підтримує когнітивні спотворення щодо власної цінності, привабливості та соціальної значущості. У результаті зростає ризик

формування замкненого кола: негативне самосприйняття – емоційна напруга – переїдання – збільшення ваги – посилення негативних переконань. [24]

Таким чином, надмірна вага та ожиріння є багатофакторними явищами, що потребують комплексного медико-психологічного та психосоціального осмислення. Біологічні передумови взаємодіють із поведінковими звичками та психологічними механізмами саморегуляції, тоді як соціальне середовище й культурні стандарти зовнішності підсилюють стигматизацію та сприяють формуванню деструктивних когнітивних установок. У зв'язку з цим обґрунтованим є дослідження особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою як важливих психологічних чинників, що можуть пояснювати стійкість проблеми та визначати напрями ефективної психологічної допомоги.

## **1.2. Психологічні особливості людей з надмірною вагою**

Психологічні особливості людей з надмірною вагою формуються внаслідок складної взаємодії біологічних, особистісних, поведінкових і соціокультурних чинників. Надмірна маса тіла є не лише фізіологічною характеристикою, але й потужним психосоціальним маркером, який впливає на самосприйняття, емоційну сферу та стиль взаємодії з оточенням. У сучасній психології надмірна вага розглядається як стан, що може супроводжуватися широким спектром психологічних наслідків – від ситуативного дискомфорту до стійких емоційних порушень, зокрема тривожно-депресивної симптоматики. Важливо підкреслити, що психологічні прояви в цій групі мають неоднорідний характер: у частини осіб вони можуть бути мінімальними, однак у значної кількості людей надмірна вага поєднується зі зниженням психоемоційної стійкості, порушеннями саморегуляції та внутрішнім конфліктом, пов'язаним із образом тіла й соціальною оцінкою [31].

Одним із провідних психологічних аспектів надмірної ваги виступають зміни в емоційній сфері, які формують специфічний фон психоемоційного функціонування особистості та підвищують уразливість до стресових впливів. У значної частини осіб із надмірною масою тіла спостерігаються підвищена тривожність, внутрішня напруженість, дратівливість, емоційна лабільність, що може мати як психофізіологічне, так і соціально-психологічне підґрунтя. З одного боку, надмірна вага нерідко супроводжується соматичним дискомфортом, порушенням сну, зниженням витривалості, що підсилює базовий рівень виснаження й дистресу. З іншого боку, не менш вагомими виступають зовнішні соціальні фактори, зокрема стигматизація, дискримінаційні установки, порівняння себе з нормативними зразками та переживання власної невідповідності домінантним культурним стандартам [14].

З позицій теорії стресу й копінгу Р. Лазаруса, надмірна вага може функціонувати як хронічний стресор, оскільки постійно включається у процес когнітивної оцінки (*primary appraisal*) і переоцінки власних можливостей (*secondary appraisal*) щодо відповідності соціальним очікуванням, здатності контролювати ситуацію та прогнозувати її наслідки. У даному випадку стресогенність визначається не лише самим фактом надмірної ваги, а тим смисловим значенням, яке вона набуває для особистості: як маркер «неуспішності», «недостатньої сили волі», «непривабливості», «соціальної неприйнятності». Саме тому формується стійка настороженість до оцінювання, підвищена соціальна чутливість, а також соціальна тривога, яка проявляється уникненням ситуацій публічності, відмовою від активностей, пов'язаних із тілесною демонстративністю (спорт, пляжний відпочинок, фотозйомка), обмеженням соціальних контактів та зниженням соціальної впевненості. На цьому тлі часто актуалізуються тенденції до самозвинувачення, сорому та провини, які підкріплюють негативний емоційний стан і сприяють формуванню замкненого кола психологічної дезадаптації [18].

Поряд із тривожністю у людей із надмірною вагою доволі поширеною є депресивна симптоматика, що виявляється зниженим настроєм, втратою мотивації, переживанням безнадійності, зниженням життєвого тону, відчуттям емоційного спустошення та знецінення власних досягнень. Депресивний спектр переживань може посилюватися через феномен внутрішньої стигматизації (*internalized stigma*), коли людина інтеріоризує соціально негативні повідомлення про надмірну вагу і починає сприймати себе крізь призму знецінення. Унаслідок цього формується стабільна негативна Я-концепція, знижується самооцінка, з'являється відчуття «дефектності», що впливає на рівень суб'єктивного благополуччя і здатність підтримувати активну життєву позицію [26].

Важливим чинником емоційного виснаження виступає також хронічна фрустрація, пов'язана з повторюваними спробами контролю ваги (дієти, обмеження, спортивні навантаження), які часто не забезпечують швидкого або стійкого результату. У цьому випадку формуються переживання втрати контролю, розчарування у власних можливостях, зниження віри в ефективність зусиль та мотиваційне «вигорання». Саме така ситуація створює підґрунтя для переходу від раціональних стратегій саморегуляції до неадаптивних копінг-стратегій, серед яких провідне місце займає харчова поведінка як спосіб емоційного самозаспокоєння.

У даному контексті особливо значущою є емоційна нестабільність як індивідуально-психологічна характеристика, що підвищує вразливість до стресу і збільшує ризик формування порушень харчової поведінки. Дослідження в межах психології особистості засвідчують, що підвищений нейротизм, внутрішня напруженість, імпульсивність у поєднанні з труднощами емоційної регуляції корелюють із тенденцією до емоційного переїдання. Їжа в такому разі виконує не стільки фізіологічну, скільки психологічну функцію – стає швидким засобом редукції афекту, способом переключення уваги та компенсаторним механізмом подолання негативних переживань. Таким чином, емоційне переїдання може розглядатися як

варіант копінг-поведінки, що забезпечує короткочасне полегшення, але в довготривалій перспективі підтримує проблему надмірної ваги й посилює психологічний дистрес [31].

Згідно з когнітивною концепцією А. Бека, тривожно-депресивні переживання підтримуються стійкими дисфункційними когнітивними схемами та негативними переконаннями, які активізуються в умовах соціального тиску, незадоволеності собою й повторюваного досвіду «невдач» у самоконтролі. У осіб із надмірною вагою такі когнітивні схеми часто концентруються навколо тем «цінності», «прийнятності», «привабливості», «контролю», що зумовлює постійну генерацію негативних автоматичних думок: «я недостатньо хороша», «мене не поважають через зовнішність», «я не зможу змінитися», «я слабка», «мені соромно показуватися людям». Вказані когнітивні патерни підтримують когнітивні спотворення (катастрофізація, узагальнення, персоналізація, дихотомічне мислення), що посилюють емоційний дискомфорт і знижують здатність до конструктивного самоприйняття [16].

Отже, емоційна сфера осіб із надмірною вагою характеризується підвищеною чутливістю до стресу, тривожно-депресивними тенденціями та нестабільністю переживань, які значною мірою детермінуються поєднанням соціальної стигми, негативної самооцінки, дисфункційних когніцій і використанням їжі як способу психологічного копіngu. Така система факторів формує самопідтримувальне коло: стрес – негативні думки та емоції – емоційне переїдання – посилення надмірної ваги – зростання стигми й дистресу, що потребує комплексного психологічного супроводу з акцентом на розвиток навичок емоційної регуляції, корекцію когнітивних спотворень та підвищення рівня самоцінності [12].

Важливим психологічним блоком у структурі проблеми надмірної ваги виступають самооцінка, образ тіла та похідні від них переживання сорому й провини. Самооцінка в осіб з надмірною вагою часто є нестійкою, значною мірою залежною від зовнішньої оцінки та соціального порівняння. Водночас

образ тіла набуває центрального значення в самосвідомості, що може призводити до надмірної фіксації на зовнішності. Образ тіла розуміється як система уявлень, оцінок і переживань щодо власного фізичного «Я», яка формується під впливом індивідуального досвіду, сімейних установок та культурних норм. При надмірній вазі нерідко домінує негативна оцінка власного тіла, підвищена тривожність щодо зовнішності, незадоволеність параметрами фігури, що супроводжується самокритикою та переживанням власної «невідповідності» [40].

Сором у цьому випадку виступає не ситуативною реакцією, а глибоким емоційним переживанням, що пов'язане з приписуванням собі негативної соціальної ідентичності. Відомо, що в культурі, де естетичні стандарти худорлявості набули нормативного характеру, надмірна вага часто сприймається як «особистісна провина», а не як багатофакторний феномен. Це створює ґрунт для формування внутрішньої стигми – процесу, коли людина починає розділяти негативні соціальні стереотипи щодо повноти та спрямовувати їх проти себе. Внутрішня стигматизація супроводжується почуттям меншовартості, зниженням самоповаги, самообмеженням у соціальних контактах, уникненням активних форм життя. У підсумку формується психологічна вразливість, що підсилює тривожність і депресивність та погіршує здатність до конструктивної саморегуляції [31].

Окремої уваги в межах психологічного аналізу потребує харчова поведінка як психологічний механізм регуляції. У багатьох випадках харчування виконує не тільки біологічну функцію насичення, але й набуває психотерапевтичного значення, тобто стає засобом зниження емоційного дискомфорту. Емоційне переїдання розглядається як форма копінг-реакції на стрес, тривогу, самотність, фрустрацію, коли їжа тимчасово зменшує напруження, забезпечує суб'єктивне відчуття комфорту та «підтримки». Проте такий спосіб регуляції є короткотривалим і не вирішує психологічної причини стресу, внаслідок чого формуються повторювані поведінкові цикли. Після епізодів переїдання нерідко виникають почуття провини, сорому,

самозвинувачення, що знову активізує негативні когнітивні установки й посилює емоційну напругу. З позиції когнітивно-поведінкової терапії це можна описати як дисфункційне коло: стрес – негативні думки – переїдання – провина – посилення стресу (А. Бек) [41].

Крім емоційного, значущим є також екстернальний тип харчової поведінки, коли прийом їжі стимулюється зовнішніми тригерами – виглядом їжі, запахом, соціальними ситуаціями, рекламою – незалежно від фізіологічного голоду. Це поєднується зі зниженою усвідомленістю харчування та недостатнім контролем імпульсів. Також нерідко спостерігається обмежувальний тип харчової поведінки, який характеризується жорсткими дієтичними обмеженнями, циклічністю «стримування – зрив», що психологічно підсилює напруження та сприяє формуванню дихотомічного мислення («або ідеально дотримуюсь дієти, або повністю зриваюсь»). У результаті саме харчова поведінка стає «полем» реалізації когнітивних спотворень, посилюючи залежність між емоційними переживаннями та поведінковими реакціями [12].

Таким чином, психологічні особливості людей з надмірною вагою характеризуються підвищеною вразливістю емоційної сфери, схильністю до тривожно-депресивної симптоматики та емоційної нестабільності, зниженням самооцінки, негативним образом тіла, переживанням сорому та формуванням внутрішньої стигми. Харчова поведінка у цій групі нерідко виконує функцію психологічної регуляції, стаючи способом компенсації емоційного дефіциту або зниження напруги. Описані особливості підтверджують необхідність комплексного психологічного дослідження особистісних рис і когнітивних спотворень у людей із надмірною вагою, оскільки саме ці змінні можуть виступати важливими механізмами підтримання проблеми та визначати напрями ефективної психологічної допомоги.

### 1.3. Особистісні риси як чинник формування надмірної ваги

У сучасній психології надмірна вага та ожиріння дедалі частіше розглядаються як багатовимірні явища, формування яких визначається не лише метаболічними чи поведінковими факторами, але й індивідуально-психологічними характеристиками людини. Важливе місце в цій системі займають особистісні риси, оскільки саме вони задають типові способи реагування на стрес, регуляції емоцій, вибору копінг-стратегій, а також стиль харчової поведінки та здатність підтримувати довготривалі поведінкові зміни. Особистісний підхід дозволяє пояснити, чому за однакових умов середовища та способу життя одні особи мають схильність до емоційного переїдання й набору ваги, а інші зберігають відносно стабільну харчову поведінку та самоконтроль. Відповідно, вивчення темпераментних і характерологічних особливостей осіб із надмірною вагою є важливим напрямом психологічної науки та практики, оскільки дає змогу визначити групи ризику та обґрунтувати індивідуалізовані підходи до психологічної допомоги [6].

Темперамент як психофізіологічна основа індивідуальності характеризує динамічні параметри психічної діяльності: швидкість реакцій, інтенсивність емоційних переживань, рівень збудливості, витривалість та особливості нервових процесів. Він виступає відносно стабільною характеристикою, яка впливає на емоційну реактивність та поведінкову регуляцію. У контексті харчової поведінки темперамент може задавати індивідуальні відмінності у чутливості до зовнішніх і внутрішніх стимулів, інтенсивності переживання стресу та потребі у швидкому відновленні емоційної рівноваги. Особи з підвищеною реактивністю можуть частіше використовувати їжу як засіб самозаспокоєння, особливо у ситуаціях напруги чи емоційного дискомфорту. Характер як система стійких психологічних властивостей визначає ціннісні орієнтації, соціальні установки, мотивацію та провідні способи поведінки, зокрема здатність до вольового зусилля,

організованості, планування й самоконтролю. Таким чином, поєднання темпераментних властивостей із характерологічними рисами формує індивідуальний стиль взаємодії людини зі стресом та харчовими тригерами [3].

У межах сучасних моделей особистості ключовими чинниками, що можуть зумовлювати схильність до формування надмірної ваги, є імпульсивність, низький рівень самоконтролю та саморегуляції, високий нейротизм, специфічні мотиваційні установки, а також особливості соціальної активності й чутливості до винагороди. Імпульсивність розглядається як тенденція до швидких, недостатньо обдуманих реакцій із домінуванням моментального задоволення над довготривалими цілями. У сфері харчування це може проявлятися у вигляді труднощів відкладання задоволення, потягу до висококалорійної їжі, зниження здатності регулювати обсяг споживання та частоти перекусів. Висока імпульсивність часто пов'язана з недостатньо сформованими механізмами вольового контролю, що створює передумови для харчових зривів навіть у разі наявності мотивації до схуднення чи здорового способу життя [16].

Самоконтроль є одним із центральних психологічних ресурсів, що забезпечують здатність підтримувати поведінкові зміни. Він включає довільну регуляцію поведінки, здатність до планування, витримку, організованість та стійкість до спокус. Особи зі зниженим самоконтролем частіше демонструють невпорядкованість харчування, відсутність стабільного режиму, більшу залежність від ситуативних факторів та емоційного стану. У цьому контексті особистісні механізми саморегуляції є визначальними для розуміння проблеми надмірної ваги: навіть за наявності знань про «правильне харчування» людина може не реалізовувати ці знання у поведінці через обмеженість вольових ресурсів або недостатню стійкість до стресу [25].

Однією з найбільш значущих рис у контексті надмірної ваги є нейротизм – схильність до емоційної нестабільності, підвищеної

тривожності, напруженості та внутрішнього дискомфорту. Високий нейротизм асоціюється з більш частим переживанням негативних емоцій та підвищеною чутливістю до стресових подій. У такому випадку харчування може використовуватися як доступний спосіб зниження емоційного напруження, що підтримує емоційне переїдання як копінг-стратегію. У межах стресової теорії Р. Лазаруса підкреслюється, що реакція людини на стрес залежить від когнітивної оцінки ситуації та ресурсів подолання, а в умовах високої емоційної реактивності та недостатності конструктивних копінгів зростає ймовірність звернення до поведінкових форм «самодопомоги», включно з переїданням (Р. Лазарус). Відповідно, нейротизм можна розглядати як особистісний фактор ризику, що сприяє закріпленню дезадаптивних механізмів регуляції [42].

Екстраверсія як риса, що характеризує соціальну активність, потребу в стимуляції та емоційну виразність, також може бути пов'язана з харчовою поведінкою, хоча цей зв'язок є більш варіативним. У деяких випадках екстравертовані особи частіше залучені в соціальні активності, що може збільшувати кількість ситуацій споживання їжі (свята, зустрічі, спільні прийоми їжі) та підвищувати схильність до екстернального харчування – реагування на зовнішні стимули. Водночас за наявності високої соціальної підтримки екстраверсія може виступати ресурсом, що сприяє більшій залученості до активного способу життя та кращій адаптації, тому її роль потребує емпіричної перевірки та індивідуалізованого аналізу [33].

У теорії Г. Айзенка особистість описується через базові параметри екстраверсії–інтроверсії, нейротизму та психотизму, що дозволяє інтерпретувати поведінку людини в контексті її емоційної реактивності та регуляції імпульсів (Г. Айзенк). Показник психотизму у структурі ERQ інтерпретується як схильність до імпульсивності, жорсткості, зниженої соціальної нормативності та слабшої саморегуляції, що може виступати психологічним тлом для порушень харчової поведінки. Високі значення психотизму в поєднанні з підвищеним нейротизмом можуть формувати

профіль підвищеного ризику розвитку емоційного переїдання, труднощів у дотриманні режиму харчування та швидкої фрустрації при невдачах [27].

Вивчення особистісних рис у контексті надмірної ваги є важливим напрямом сучасної психології здоров'я та клініко-особистісного аналізу, оскільки дозволяє не лише описувати психологічні особливості осіб із підвищеним ІМТ, а й виокремлювати профілі ризику, що відображають різні механізми формування та підтримання проблемної харчової поведінки. У межах сучасних моделей особистості (зокрема п'ятифакторної моделі, підходів до саморегуляції та концепцій емоційної регуляції) надмірна вага розглядається не як одновимірний результат «неправильних звичок», а як складний феномен, що формується у взаємодії біологічних, соціальних і психологічних факторів, серед яких особистість виступає ключовою ланкою.

Особистісні характеристики можуть визначати: чутливість до стресу і фрустрації, типові стратегії копіngu, рівень самоконтролю і планування, спосіб переживання соціального оцінювання, характер самооцінки й образу тіла, схильність до залежної/компульсивної поведінки [3].

Саме тому доцільним є виділення кількох умовних психологічних профілів, які дозволяють систематизувати чинники ризику та планувати диференційовані стратегії психопрофілактики і психологічної допомоги [19].

По-перше, можна виокремити емоційно-нестабільний профіль, який характеризується високим рівнем нейротизму, підвищеною тривожністю, схильністю до негативної афективності та емоційної лабільності. Для осіб цього профілю типовими є внутрішня напруга, переживання сорому, схильність до самокритики та катастрофізації, а також труднощі розпізнавання й регуляції емоцій. Їжа у такому випадку набуває психологічної функції – стає інструментом зниження дистресу, швидким способом емоційного заспокоєння або «винагороди» після перенапруження. Саме тому зростає ризик емоційного переїдання, нічних епізодів приймання їжі, неконтрольованого перекусу на тлі тривоги чи пригніченості. Надмірна вага при цьому може підтримуватися механізмом замкненого кола: стрес –

негативні емоції – переїдання – вина/сором – повторний стрес і самоосуд [14].

По-друге, умовно виділяють імпульсивно-дезорганізований профіль, для якого характерні труднощі саморегуляції, низький самоконтроль, недостатність вольової регуляції, нестійкість мотивації та імпульсивність. У таких осіб часто спостерігається схильність діяти «тут і тепер», переважання ситуативних бажань над довгостроковими цілями, а також проблеми з плануванням, структурованістю і витримуванням режиму. У сфері харчування це проявляється у вигляді харчових зривів, труднощів дотримання навіть помірних змін раціону, частих коливань між «жорстким контролем» і повною втратою контролю. При цьому важливо підкреслити, що подібний профіль не означає «лінощі», а може бути пов'язаний із дефіцитом навичок саморегуляції, зниженою стійкістю до фрустрації, порушеннями поведінкового контролю, а також високою чутливістю до харчових стимулів (запахи, реклама, доступність їжі). Ризик РХП при такому профілі часто підсилюється через відсутність стабільних стратегій відновлення після зриву: епізод переїдання сприймається як «провал», що запускає подальшу дезорганізацію [15].

По-третє, вагомим є соціально-залежний профіль, у якому визначальну роль відіграють зовнішня оцінка, потреба в соціальному схваленні, підвищена чутливість до думки оточення та тенденція до соціального порівняння. Для осіб такого профілю характерним є формування самооцінки на основі зовнішніх стандартів («я хороша, якщо мене схвалюють»), що робить їх уразливими до стигматизації та критики зовнішності. Надмірна вага в цьому контексті стає не лише тілесним параметром, а соціально значущим маркером, який активізує сором, страх відторгнення, тривогу щодо публічності та зниження відчуття власної привабливості й компетентності. На тлі внутрішньої стигматизації можуть виникати цикли: обмеження – напруга – зрив – сором – посилення контролю, що підвищує ризик компульсивних патернів харчування. Особливістю цього профілю є те, що

переїдання нерідко виконує не тільки емоційно-регулятивну, а й компенсаторну функцію, замінюючи брак соціальної підтримки або прийняття [22].

Водночас необхідно зазначити, що окреслені профілі не є жорсткими або взаємовиключними категоріями, оскільки в реальному психологічному функціонуванні особистості спостерігається поєднання рис у різних співвідношеннях. Більш коректно трактувати їх як континуальні моделі, що відображають домінування певних механізмів (емоційного, поведінкового або соціально-оцінного). Попри це, використання таких профілів має суттєве практичне значення, оскільки дозволяє: систематизувати психологічні чинники ризику надмірної ваги та РХП, прогнозувати можливі труднощі у зміні поведінки, обґрунтовувати індивідуалізовані підходи до психокорекції, добирати диференційовані методи допомоги (емоційна регуляція, тренінг самоконтролю, робота зі стигмою та самооцінкою) [42].

Таким чином, аналіз особистісних рис у контексті надмірної ваги відкриває можливості для переходу від узагальнених рекомендацій до персоналізованої психологічної підтримки, в якій надмірна вага розглядається як результат взаємодії особистісних механізмів, досвіду соціального оцінювання та стратегій подолання стресу [33].

Отже, особистісні риси виступають значущими чинниками формування та підтримання надмірної ваги, оскільки зумовлюють типові стилі емоційної реактивності, саморегуляції та копінг-поведінки. Поєднання високого нейротизму, імпульсивності, зниженого самоконтролю та зовнішньої чутливості до стимулів може формувати підвищений ризик розвитку порушень харчової поведінки та закріплення надмірної маси тіла. Саме тому дослідження особистісних рис, зокрема в межах моделі Г. Айзенка, має важливу наукову та практичну цінність, оскільки дозволяє визначити психологічні механізми проблеми та сформувати підґрунтя для розробки ефективних програм психологічного супроводу осіб із надмірною вагою [8].

#### **1.4. Когнітивні спотворення та їх роль у підтриманні проблеми надмірної ваги**

У сучасній психології надмірна вага розглядається як явище, що підтримується не лише поведінковими звичками та фізіологічними факторами, а й когнітивними механізмами, які визначають інтерпретацію людиною себе, власного тіла та соціальної реальності. Значну пояснювальну цінність у цьому контексті має когнітивно-поведінковий підхід, який акцентує увагу на ролі мисленнєвих процесів у формуванні емоційних станів і поведінкових реакцій. Центральним поняттям даного підходу є когнітивні спотворення – систематичні помилки мислення, що виникають у процесі сприйняття та оцінювання подій і призводять до неадекватних емоційних реакцій, дезадаптивних форм саморегуляції та закріплення проблемних поведінкових патернів (А. Бек). У межах КПТ підкреслюється, що не сама подія визначає емоційний стан людини, а її інтерпретація, яка здійснюється через систему автоматичних думок і глибинних переконань. Якщо така інтерпретація є спотвореною, вона підтримує внутрішній емоційний дискомфорт, знижує самоприйняття й формує схильність до неефективних стратегій подолання, серед яких харчова поведінка може виконувати функцію тимчасового зняття напруги [15].

Когнітивні спотворення у когнітивно-поведінковій концепції розглядаються як типові «мисленнєві шаблони», що мають тенденцію повторюватися, автоматизуватися та ставати частиною звичного стилю мислення. Вони не завжди усвідомлюються людиною, проте істотно впливають на емоції, самооцінку та поведінку. А. Бек зазначав, що когнітивні викривлення є характерними для тривожних і депресивних станів, але також широко зустрічаються в контексті проблем саморегуляції та адиктивних форм поведінки, оскільки сприяють підтриманню негативного афекту, що вимагає швидкої компенсації (А. Бек). У випадку надмірної ваги когнітивні спотворення часто зосереджені навколо тем зовнішності, цінності

особистості, соціальної прийнятності та контролю над собою. Вони впливають не лише на переживання невдоволеності тілом, але й на мотивацію до змін, здатність витримувати фрустрацію та формувати стабільні здорові звички [12].

Серед типових когнітивних спотворень, що мають особливе значення у контексті надмірної ваги, слід виокремити катастрофізацію, персоналізацію, дихотомічне мислення («все або нічого»), узагальнення, емоційне обґрунтування, вибірккову абстракцію та «читання думок». Катастрофізація проявляється у тенденції перебільшувати негативні наслідки ситуації та прогнозувати найгірший розвиток подій. Наприклад, незначне порушення дієтичного режиму може інтерпретуватися як «повний провал», що провокує емоційну безнадійність та втрату мотивації. Такий стиль мислення значно підсилює тривожність і знижує стійкість до труднощів, через що збільшується ризик харчових зривів як способу «втечі» від переживань [3].

Персоналізація полягає у приписуванні собі надмірної відповідальності за події та соціальні реакції інших людей. Особи з надмірною вагою можуть інтерпретувати нейтральні соціальні сигнали як спрямовані проти них («вони сміються з мене», «усі помітили мою повноту»), що підвищує рівень соціальної тривоги та сорому. У свою чергу, це стимулює уникнення соціальних контактів, знижує активність та підтримує ізоляцію як дезадаптивну форму психологічного захисту [22].

Дихотомічне мислення («все або нічого») є одним із ключових когнітивних спотворень у сфері харчової поведінки. Воно проявляється у полярному оцінюванні себе і власних дій без урахування проміжних варіантів: «я або ідеально дотримуюсь плану, або я слабка і безвольна», «я або худну, або все марно». Така когнітивна установка провокує надмірно жорсткі вимоги до себе та нетолерантність до помилок. Навіть мінімальне відхилення від режиму може сприйматися як причина відмови від будь-яких зусиль, що запускає механізм зриву та підсилює відчуття провини [37].

«Читання думок» характеризується переконаністю, що людина «знає», як її оцінюють інші, без реальних підтверджень. У сфері надмірної ваги це спотворення тісно пов'язане зі стигматизацією та соціальним порівнянням. Людина може бути впевненою, що її сприймають як «недостатньо привабливу», «ліниву», «неуспішну», що посилює внутрішній негативний образ себе і знижує самооцінку. Подібні інтерпретації підкріплюють емоційний дискомфорт і стимулюють використання їжі як засобу самозаспокоєння [12].

Описані спотворення рідко існують окремо: вони формують стійку когнітивну систему, яка підтримує негативне самосприйняття та підсилює дезадаптивні емоційно-поведінкові реакції. Особливу роль у цьому відіграє самооцінка. Знижена самооцінка збільшує ймовірність формування негативних автоматичних думок і дисфункційних переконань щодо власної цінності. У людей з надмірною вагою нерідко спостерігається зсув у бік зовнішньо детермінованої самооцінки, коли самоповага залежить від відповідності соціальним стандартам зовнішності. Це створює підґрунтя для хронічної самокритики, постійного порівняння себе з іншими та переживання сорому [15].

Стигматизація надмірної ваги виступає одним із найпотужніших соціально-психологічних чинників ризику, який не лише ускладнює процес формування здорової харчової поведінки, а й сприяє закріпленню стійких когнітивних спотворень та зниженню самооцінки. Негативні суспільні установки щодо повноти (приписування «лінощів», «слабкої волі», «непривабливості», «неуспішності») функціонують як соціальні повідомлення, що систематично транслуються через медіа, побутове спілкування, дискримінаційні жарти, професійне середовище та навіть медичний дискурс. У ситуації повторюваного впливу стигми людина опиняється в умовах постійного психологічного тиску: вона змушена не лише адаптуватися до оцінювання з боку інших, а й підтримувати

підвищений самоконтроль і настороженість щодо власної зовнішності, поведінки та способу харчування [7].

Особливо несприятливим є механізм інтеріоризації стигми – процес, у межах якого зовнішня дискримінація або соціальне неприйняття трансформуються у внутрішні переконання та стають частиною «Я-концепції». У цьому випадку формується явище внутрішньої стигми: людина приймає дискримінаційні соціальні повідомлення як «об'єктивну правду» про себе, перестає сприймати їх як несправедливі або нав'язані і починає оцінювати себе через призму соціальних стереотипів. Внутрішня стигма проявляється у формі жорстких дисфункційних переконань типу: «зі мною щось не так», «я гірша за інших», «мене не можна любити», «я не заслуговую на повагу», «я – проблема». Саме ці установки складають когнітивне ядро заниженої самооцінки, оскільки стосуються глобальної оцінки власної цінності, компетентності та соціальної прийнятності [10].

У рамках когнітивної психології та когнітивно-поведінкового підходу можна зазначити, що стигматизація надмірної ваги посилює розвиток негативних схем, які з часом стають автоматизованими. Такі схеми особливо часто пов'язані з темами: дефектності / сорому («я неправильна», «я дефектна»), соціальної відторгнутості («мене не приймуть», «я гірша»), безпорадності («я все одно не зможу змінитись»), умовної цінності («мене можна поважати лише якщо я схудну»).

Коли ці схеми активуються, вони автоматично запускають когнітивні спотворення, серед яких найхарактернішими для осіб із надмірною вагою є: узагальнення, катастрофізація, читання думок, персоналізація, дискваліфікація позитивного, дихотомічне (чорно-біле) мислення. Внаслідок цього навіть нейтральні ситуації (вибір одягу, фото, похід у магазин, коментар знайомого, споглядання себе в дзеркалі) можуть інтерпретуватися як підтвердження власної «нецінності» або «неспроможності». Таким чином, соціальна стигма поступово переходить у психологічну, стаючи джерелом

тривалого внутрішнього стресу та чинником хронічного емоційного напруження.

У цьому контексті внутрішня стигма може розглядатися як форма психологічного дистресу, яка підтримує тривожно-депресивні прояви та знижує здатність до адаптивної саморегуляції. Постійне відчуття сорому та самокритики виснажує психічні ресурси, підсилює фонову тривожність, знижує життєвий тонус, актуалізує уникнення соціальних контактів. У результаті людина частіше обирає короткострокові стратегії зниження напруження, які не розв'язують проблему, але дають тимчасове полегшення (переїдання, відмова від активності, «заїдання» стресу, самоізоляція). Це створює умови для стабілізації замкненого кола: соціальний тиск – внутрішня стигма – емоційний дистрес – дезадаптивне подолання – посилення проблеми ваги – новий тиск [12].

Когнітивні спотворення мають безпосередній зв'язок із харчовими зривами, оскільки визначають характер емоційних реакцій на їжу, контроль і вагові зміни. У межах когнітивно-поведінкової моделі харчова поведінка розглядається як компонент системи «думки – емоції – поведінка»: саме когнітивна інтерпретація ситуації часто виступає ключовою ланкою, що запускає емоційний дистрес і відповідну поведінкову відповідь. Так, харчовий зрив може виникати не лише як реакція на фізіологічний голод, а як відповідь на психоемоційний стан, сформований негативним мисленням. Наприклад, автоматичні думки: «я не зможу схуднути», «я слабка», «я знову все зіпсувала», «усі бачать мою неспроможність» – провокують переживання безсилля, розпачу, сорому і провини. У результаті переїдання може виконувати функцію швидкого емоційного «анестетика», що тимчасово знижує напруження й дає короткочасне відчуття комфорту [28].

Проте після епізоду переїдання або «зриву» зазвичай активізується наступна хвиля когнітивних спотворень, що поглиблює дисфункційний цикл. Найтипівішими стають: самозвинувачення («я винна», «я нікчемна»), узагальнення («я завжди так роблю», «я ніколи не змінюся»), катастрофізація

(«все зруйновано», «тепер немає сенсу»), чорно-біле мислення («або ідеально, або провал»).

Ці когніції посилюють емоційний дискомфорт і підтримують відчуття безвиході, а отже підвищують імовірність повторного переїдання як «засобу компенсації». Таким чином, формується самопідтримувальний механізм проблемної харчової поведінки, в якому ключову роль відіграє не тільки харчова мотивація, а й когнітивно-емоційна регуляція та самооцінка. За відсутності цілеспрямованої психологічної допомоги цей механізм закріплюється на рівні звичної моделі поведінки, що утруднює довготривалу стабілізацію харчування та зниження ваги [14].

Отже, стигматизація надмірної ваги є не лише соціальною проблемою, а й фактором, що суттєво впливає на внутрішню структуру особистості: формує негативні когнітивні схеми, знижує самооцінку, підсилює тривожно-депресивні прояви, сприяє розвитку емоційної залежності від їжі та підтримує цикли харчових зривів. Саме тому робота з цією проблематикою має включати не тільки поведінкові рекомендації щодо харчування, а й когнітивну реструктуризацію, корекцію внутрішньої стигми, формування самопідтримки, розвиток навичок емоційної регуляції, що створює основу для більш стабільних та здорових змін. Когнітивні спотворення виступають важливим психологічним механізмом підтримання проблеми надмірної ваги, оскільки формують негативне самосприйняття, підвищують рівень емоційного дистресу та провокують неадаптивні поведінкові стратегії, зокрема емоційне переїдання та харчові зриви. Вони тісно пов'язані зі зниженням самооцінки та внутрішньою стигматизацією, що підсилює психологічну вразливість особистості та сприяє закріпленню порушень харчової поведінки. Саме тому їх дослідження є теоретично та практично значущим для розуміння психологічних механізмів надмірної ваги та обґрунтування ефективних напрямів психологічної допомоги, спрямованої на зміну дисфункційних переконань, розвиток навичок саморегуляції та формування більш конструктивного образу себе і власного тіла.

## Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз проблеми надмірної ваги як багатофакторного явища та обґрунтовано значущість дослідження особистісних рис і когнітивних спотворень як психологічних механізмів її формування та підтримання. Розгляд наукових підходів дозволив визначити, що надмірна вага та ожиріння є не лише соматичною або медичною категорією, а складною психосоціальною та медико-психологічною проблемою, що охоплює фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціальні компоненти. У сучасних умовах надмірна вага виступає фактором, який здатний істотно впливати на суб'єктивне благополуччя людини, її самооцінку, соціальну адаптацію та якість життя, а також підвищувати ризик розвитку психологічної дезадаптації.

У межах аналізу підрозділу 1.1 було показано, що формування надмірної ваги детермінується взаємодією біологічних, поведінкових та психологічних чинників. Біологічні механізми (генетична схильність, гормональні та метаболічні особливості) створюють певне підґрунтя для виникнення проблеми, однак її закріплення відбувається за участі поведінкових звичок, стилю життя та соціального середовища. Водночас психологічний компонент відіграє ключову роль у підтриманні проблеми, оскільки надмірна вага нерідко пов'язується з порушенням саморегуляції, труднощами подолання стресу та формуванням деструктивних когнітивних установок щодо себе й власного тіла. Таким чином, надмірна вага має системний характер і вимагає комплексного аналізу в межах психологічних підходів.

У підрозділі 1.2 обґрунтовано, що психологічний профіль людей з надмірною вагою часто характеризується підвищеною вразливістю емоційної сфери та тенденцією до тривожно-депресивної симптоматики. Суттєве значення має емоційна нестабільність, яка посилює чутливість до стресу та стимулює використання неадаптивних стратегій подолання, зокрема

емоційного переїдання. Важливими психологічними характеристиками цієї групи також виступають порушення ставлення до власного тіла, негативний образ тіла, переживання сорому, провини та внутрішньої стигматизації. Наголошено, що соціальні стандарти зовнішності та дискримінаційні установки щодо надмірної ваги можуть трансформуватися у внутрішнє самознецінення, зниження самоповаги та уникнення соціальної активності. Окремо підкреслено, що харчова поведінка в умовах підвищеної напруги часто набуває функції психологічної регуляції, стаючи способом тимчасового зниження стресу, компенсації емоційного дефіциту чи зменшення тривожності.

У підрозділі 1.3 встановлено, що особистісні риси є суттєвими чинниками ризику формування надмірної ваги, оскільки визначають індивідуальні особливості емоційної реактивності, стилю копінг-поведінки, здатності до самоконтролю та довільної регуляції. Було підкреслено роль темпераменту і характеру у формуванні стійких моделей харчової поведінки: підвищена емоційна збудливість, імпульсивність та недостатність вольового контролю можуть сприяти неструктурованому харчуванню, харчовим зривам і переїданню. Особливу увагу приділено нейротизму як рисі, пов'язаній із підвищеною тривожністю, емоційною напругою та схильністю до негативного афекту, що посилює ймовірність використання їжі як копінг-стратегії. Імпульсивність та знижений самоконтроль розглянуто як фактори, що ускладнюють підтримання поведінкових змін та сприяють циклічності обмеження–зрив. Окреслено можливість формування психологічних профілів ризику, які поєднують емоційну нестабільність, низьку саморегуляцію та високу чутливість до зовнішньої оцінки, що загалом підсилює уразливість до порушень харчової поведінки.

Підрозділ 1.4 був присвячений аналізу когнітивних спотворень у межах когнітивно-поведінкового підходу та їх ролі в підтриманні проблеми надмірної ваги. Було встановлено, що когнітивні спотворення виступають механізмом, який опосередковує зв'язок між емоційними переживаннями та

поведінкою. Типові помилки мислення, зокрема катастрофізація, персоналізація, дихотомічне мислення, “читання думок” та узагальнення, формують негативні автоматичні думки про себе, власне тіло та соціальну оцінку, що сприяє посиленню тривоги, сорому і провини. Показано, що такі когнітивні викривлення тісно пов’язані зі зниженням самооцінки та внутрішньою стигматизацією і можуть підтримувати деструктивне коло: негативна інтерпретація подій – емоційна напруга – переїдання – самозвинувачення – посилення негативних переконань. Унаслідок цього когнітивні спотворення сприяють закріпленню харчових зривів як дезадаптивної форми емоційної регуляції та ускладнюють формування стабільної поведінкової саморегуляції.

Отже, проведений теоретичний аналіз підтвердив, що проблема надмірної ваги має комплексний характер та потребує розгляду в контексті взаємодії психофізіологічних і психологічних механізмів. Особистісні риси (зокрема нейротизм, імпульсивність, недостатність самоконтролю) та когнітивні спотворення є важливими психологічними чинниками, які можуть підтримувати негативне самосприйняття, знижувати мотивацію до змін, посилювати емоційний дистрес і провокувати порушення харчової поведінки. Теоретичні висновки розділу створюють методологічне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою, а також встановлення їх взаємозв’язків із самооцінкою, образом тіла та типами харчової поведінки.

## РОЗДІЛ 2.

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Організаційні особливості емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження у межах даної магістерської роботи було організоване з метою поглибленого вивчення психологічних чинників, пов'язаних із надмірною вагою, та визначення особливостей особистісних рис і когнітивних спотворень у осіб із різними показниками маси тіла. Актуальність емпіричного етапу зумовлена тим, що надмірна вага є багатокомпонентним явищем, у підтриманні якого суттєву роль відіграють психологічні механізми: емоційна реактивність, саморегуляція, харчова поведінка, образ тіла, самооцінка та специфічні особливості мислення. Відповідно, емпіричне дослідження спрямоване на виявлення структурних психологічних відмінностей між особами з нормальною масою тіла та особами з надмірною вагою, а також встановлення взаємозв'язків між визначеними психодіагностичними показниками.

Метою емпіричного дослідження є визначення особливостей особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою, а також встановлення їх взаємозв'язків із самооцінкою, образом тіла та типами харчової поведінки у порівнянні з особами з нормальною масою тіла.

*Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:*

1. Сформувані дві порівнювані групи досліджуваних відповідно до вагових показників: групу осіб з нормальною масою тіла та групу осіб з надмірною вагою.
2. Дослідити та порівняти особистісні риси учасників обох груп за допомогою опитувальника Г. Айзенка (EPQ).
3. Визначити рівень і структуру когнітивних спотворень у респондентів двох груп за шкалою Cognitive Distortions Scale (CDS).
4. Дослідити особливості образу тіла та ступінь незадоволеності тілом за допомогою Body Shape Questionnaire (BSQ).

5. Визначити рівень самооцінки у досліджуваних за шкалою М. Розенберга.

6. Оцінити типи харчової поведінки (емоційне, екстернальне та обмежувальне харчування) за опитувальником DEBQ.

7. Проаналізувати взаємозв'язки між особистісними рисами, когнітивними спотвореннями, образом тіла, самооцінкою та харчовою поведінкою.

8. На основі отриманих результатів сформулювати психологічні висновки та визначити напрями практичного застосування результатів дослідження (психопрофілактика, консультування, корекційна робота).

Емпіричне дослідження було побудовано як порівняльне кореляційне дослідження (дизайн «зрізу»), що передбачає одночасне вимірювання психологічних показників у двох групах з подальшим статистичним аналізом відмінностей та зв'язків між змінними. Такий дизайн дає змогу: оцінити специфіку психологічних характеристик осіб із надмірною вагою у порівнянні з контрольною групою; визначити, які саме психологічні змінні найтісніше пов'язані з проблемою надмірної ваги; встановити, які особистісні риси можуть виступати чинниками ризику формування когнітивних спотворень та дезадаптивної харчової поведінки.

Логіка дослідження ґрунтувалася на припущенні, що надмірна вага пов'язана із специфічними особистісними характеристиками (підвищена емоційна реактивність, імпульсивність, знижена саморегуляція), що сприяють формуванню когнітивних спотворень, зниженню самооцінки та негативному сприйняттю власного тіла, що в сукупності підтримує дезадаптивні типи харчової поведінки та підвищує ризик харчових зривів.

*Етапи проведення дослідження.*

*Підготовчий етап.* На цьому етапі було визначено мету, завдання, гіпотезу дослідження, здійснено добір психодіагностичного інструментарію, сформовано план емпіричного дослідження, розроблено анкету для збору соціально-демографічних даних (вік, стать, зріст, вага, особливості

харчування тощо). Також було забезпечено дотримання етичних принципів: добровільність участі, інформована згода, конфіденційність даних.

*Діагностичний етап (збір емпіричних даних).* Проведено психодіагностичне обстеження учасників дослідження за обраними методиками. На цьому етапі здійснювався збір антропометричних даних (зріст, вага) для розрахунку ІМТ, після чого респонденти заповнювали батарею психодіагностичних методик: EPQ, CDS, BSQ, шкалу Розенберга, DEBQ.

*Аналітичний етап.* Проведено математико-статистичну обробку результатів: здійснено описову статистику, порівняльний аналіз показників двох груп, а також кореляційний аналіз взаємозв'язків між змінними.

*Інтерпретаційно-узагальнювальний етап.* Сформульовано висновки щодо психологічних особливостей осіб із надмірною вагою, інтерпретовано отримані статистичні закономірності, узагальнено результати та розроблено практичні рекомендації щодо психологічного супроводу.

Дослідження проведено на вибірці 40 осіб, які були розподілені на дві рівні групи: група 1 (контрольна) – 20 осіб з нормальною масою тіла (нормальний ІМТ); група 2 (експериментальна/основна) – 20 осіб із надмірною вагою (підвищений ІМТ).

Формування груп здійснювалося на основі розрахунку індексу маси тіла (ІМТ), який визначається як відношення маси тіла (кг) до квадрату зросту (м<sup>2</sup>). Отримані дані дозволили об'єктивно віднести учасників до відповідної групи та забезпечити порівнюваність результатів.

Критерії включення у дослідження: добровільна згода на участь у дослідженні; повнолітній вік респондентів; відсутність тяжких соматичних станів, що потребують невідкладного лікування; здатність самостійно заповнювати психодіагностичні опитувальники; належність до групи нормальної маси тіла або надмірної ваги (відповідно до ІМТ).

Критерії виключення: наявність тяжких психічних розладів або станів, що суттєво впливають на когнітивні процеси та адекватність відповідей;

наявність діагностованих ендокринних захворювань або медикаментозних впливів, які можуть істотно змінювати масу тіла (за наявності таких даних); вагітність або післяпологовий період; участь у активних медичних програмах зниження ваги або проходження психотерапії з даної проблематики на момент дослідження (за потребою – як обмеження для чистоти вибірки).

Таким чином, організація та логіка емпіричного дослідження забезпечують можливість виявлення психологічних особливостей осіб із надмірною вагою та порівняння їх із контрольною групою, а також створюють надійне підґрунтя для подальшого статистичного аналізу взаємозв'язків між особистісними рисами, когнітивними спотвореннями, самооцінкою, образом тіла та харчовою поведінкою.

## 2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

Для реалізації мети емпіричного дослідження та перевірки гіпотези було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють вивчити особистісні риси, когнітивні спотворення, особливості ставлення до власного тіла, рівень самооцінки та характер харчової поведінки у людей з надмірною вагою. Обраний інструментарій забезпечує системний аналіз психологічних чинників, що можуть підтримувати порушення харчової поведінки та формування негативних когнітивних установок щодо себе й власного тіла.

1. Індекс маси тіла (ІМТ, ВМІ) застосовано для об'єктивної оцінки вагових характеристик учасників дослідження та формування порівнюваних груп (осіб із нормальною масою тіла та осіб із надмірною вагою / ожирінням). ІМТ визначався за формулою  $ВМІ = \text{вага (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$ .

2. Для дослідження особистісних рис використано особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPQ), який дозволяє оцінити базові особистісні параметри, що впливають на поведінкову саморегуляцію та емоційну стабільність. Методика включає шкали екстраверсії–інтроверсії, нейротизму,

психотизму та шкалу соціальної бажаності (брехні). Особлива увага у межах даного дослідження приділяється нейротизму та психотизму як потенційним психологічним предикторам імпульсивності, емоційного переїдання та схильності до негативних когнітивних оцінок.

3. Для оцінки когнітивних спотворень використано Cognitive Distortions Scale (CDS), що спрямована на визначення частоти прояву типових помилок мислення, характерних для когнітивно-поведінкової моделі. Методика дозволяє виявляти спотворення на кшталт катастрофізації, дихотомічного мислення («все або нічого»), узагальнення, персоналізації, «читання думок» та інших форм неадаптивної інтерпретації подій. Отримані показники дають змогу визначити, які когнітивні механізми найбільш властиві респондентам із надмірною вагою та як вони пов'язані з самооцінкою, образом тіла й харчовою поведінкою.

4. Для дослідження ставлення до власного тіла та вираженості незадоволеності тілом застосовано Body Shape Questionnaire (BSQ). Методика дає змогу виявити рівень тривоги та напруги, пов'язаної із зовнішністю, оцінити суб'єктивну незадоволеність параметрами тіла, схильність до самокритики та переживання сорому у зв'язку з зовнішнім виглядом, що є вагомим психологічним чинником у контексті надмірної ваги.

5. Для визначення рівня самооцінки використано шкалу самооцінки М. Розенберга, яка дозволяє оцінити загальне ставлення до себе, самоповагу та ступінь позитивного/негативного самосприйняття. Самооцінка розглядається як важливий психологічний ресурс і водночас фактор ризику формування деструктивних когнітивних схем у разі її зниження.

6. Для оцінки харчової поведінки застосовано Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), що дозволяє діагностувати три основні типи харчової поведінки: емоційне, екстернальне та обмежувальне (стримувальне) харчування. Дана методика дає змогу визначити психологічні механізми порушення харчування та пов'язати їх із особистісними рисами й когнітивними спотвореннями.

Таким чином, застосований комплекс методик забезпечує можливість статистично обґрунтовано дослідити зв'язок між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями у людей з надмірною вагою, а також визначити роль самооцінки, образу тіла та харчової поведінки як психологічних чинників підтримання проблеми.

### **2.3. Описова характеристика показників особистісних рис у досліджуваних групах**

У межах емпіричного дослідження було здійснено первинний аналіз показників особистісних рис у двох групах респондентів: осіб із нормальною масою тіла (контрольна група) та осіб із надмірною вагою (основна група). Для оцінки особистісних характеристик застосовано опитувальник Г. Айзенка (EPQ), який дозволяє дослідити такі базові виміри, як екстраверсія–інтроверсія, нейротизм, психотизм, а також показник соціальної бажаності (шкала брехні). Зазначені параметри є важливими для розуміння індивідуальних відмінностей у саморегуляції, емоційній стабільності, імпульсивності та соціальній поведінці, що можуть впливати на формування харчових патернів і схильність до надмірної ваги.

З огляду на теоретичні положення, викладені у попередньому розділі, очікуваними є відмінності між групами насамперед за показниками нейротизму та психотизму, оскільки вони пов'язані з підвищеною емоційною реактивністю, внутрішньою напругою, імпульсивністю й зниженням здатності до довільної регуляції поведінки. Далі подано описову статистику результатів за шкалами EPQ у досліджуваних групах.

Таблиця 2.2

## Описова статистика показників EPQ у досліджуваних групах

Показник EPQ	Контрольна група (норма) (M±SD)	Група надмірної ваги (M±SD)	Напрямок відмінностей
Екстраверсія (E)	14,8 ± 3,1	13,2 ± 3,4	нижче при надмірній вазі
Нейротизм (N)	11,6 ± 3,0	16,9 ± 3,2	вище при надмірній вазі
Психотизм (P)	5,1 ± 2,1	7,8 ± 2,4	вище при надмірній вазі
Шкала брехні (L)	9,3 ± 2,5	10,1 ± 2,6	незначно вище

Отримані результати демонструють наявність певного особистісного профілю, характерного для респондентів із надмірною вагою, який відрізняється від показників контрольної групи. Найбільш виражені відмінності між групами спостерігаються за шкалами нейротизму та психотизму, що узгоджується з теоретичними уявленнями про роль емоційної нестабільності та імпульсивності у формуванні дезадаптивної харчової поведінки.

У групі осіб з надмірною вагою середній показник нейротизму є суттєво вищим (M=16,9), ніж у контрольній групі (M=11,6). Така тенденція може свідчити про більшу емоційну вразливість, схильність до тривожності, внутрішньої напруги, переживання невдоволеності собою та труднощів емоційної саморегуляції. Підвищений нейротизм, як правило, асоціюється з інтенсивнішим переживанням стресу та більшою ймовірністю використання поведінкових способів «самозаспокоєння», серед яких харчування може виконувати компенсаційну функцію. Таким чином, вищий рівень нейротизму

в осіб із надмірною вагою може розглядатися як один із психологічних факторів ризику емоційного переїдання та харчових зривів.

Показник психотизму у групі надмірної ваги також виявився підвищеним ( $M=7,8$ ) порівняно з контрольною групою ( $M=5,1$ ). У моделі Г. Айзенка психотизм пов'язується з такими проявами, як імпульсивність, знижений самоконтроль, недостатня гнучкість поведінкових реакцій, труднощі в дотриманні соціальних норм та схильність до швидких, не завжди обдуманих рішень. У контексті харчової поведінки підвищений психотизм може відображати тенденцію до ситуативного прийняття рішень, труднощів у довільному контролі харчових імпульсів, схильність до переїдання під впливом зовнішніх стимулів або емоційних факторів. Такі особливості здатні ускладнювати формування стабільного режиму харчування й підтримувати повторювані цикли «обмеження – зрив».

Відмінності за шкалою екстраверсії виявилися менш вираженими. У групі надмірної ваги середній показник дещо нижчий ( $M=13,2$ ), ніж у контрольній групі ( $M=14,8$ ). Така тенденція може відображати певну схильність осіб із надмірною вагою до зниження соціальної активності або обмеження контактів, що може бути пов'язано з досвідом стигматизації, сорому та невдоволеності зовнішністю. Проте екстраверсія є більш варіативною характеристикою і може по-різному проявлятися у залежності від соціального середовища й ресурсів підтримки, тому дана шкала потребує додаткового аналізу у взаємозв'язку з самооцінкою та образом тіла.

Показники шкали брехні в обох групах перебувають у близьких межах, із незначною тенденцією до вищих значень у групі надмірної ваги. Це може бути пов'язано з тим, що для частини респондентів тема ваги є соціально чутливою, що підсилює бажання виглядати «краще» у відповідях. Водночас отримані значення не мають критичного характеру і дозволяють вважати результати опитувальника надійними для подальшого аналізу.

Узагальнюючи отримані дані, можна зазначити, що контрольна група характеризується відносно більшою емоційною стабільністю та нижчим

рівнем імпульсивності, що потенційно сприяє кращій саморегуляції та стабільності поведінкових звичок. Натомість група осіб із надмірною вагою демонструє профіль, у якому домінують підвищений нейротизм та підвищений психотизм, що може створювати психологічні передумови для емоційного переїдання, зниженої витримки у дотриманні режиму харчування та підвищеної реактивності на стресові фактори. Зазначені особистісні особливості можуть виступати одним із психологічних механізмів, що опосередковують формування когнітивних спотворень, зниження самооцінки та формування негативного образу тіла, які в подальшому підтримують проблему надмірної ваги.

Отримані результати створюють підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями, а також їх ролі у формуванні харчової поведінки та психологічного ставлення до власного тіла.

#### **2.4. Аналіз когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою**

У межах емпіричного дослідження було здійснено аналіз особливостей когнітивних спотворень у двох групах респондентів: осіб із нормальною масою тіла (контрольна група) та осіб із надмірною вагою (основна група). Для діагностики когнітивних спотворень застосовано Cognitive Distortions Scale (CDS), що дозволяє оцінити частоту використання типових неадаптивних мисленнєвих стратегій, які в межах когнітивно-поведінкового підходу розглядаються як чинники формування тривожності, депресивності, зниження самооцінки та поведінкових порушень (А. Бек).

Когнітивні спотворення є важливим психологічним механізмом підтримання проблеми надмірної ваги, оскільки вони пов'язані з негативним образом Я, підвищеною чутливістю до соціального оцінювання, внутрішньою стигматизацією та формуванням циклів самозвинувачення після порушення харчового контролю. Відповідно, очікуваним було

припущення, що в осіб із надмірною вагою буде зафіксовано більш високі показники когнітивних спотворень, особливо таких як катастрофізація, дихотомічне мислення та персоналізація.

Таблиця 2.3

**Описова статистика показників когнітивних спотворень (CDS) у досліджуваних групах**

<b>Показники CDS</b>	<b>Контрольна група (норма) (M±SD)</b>	<b>Група надмірної ваги (M±SD)</b>	<b>Напрямок відмінностей</b>
Загальний рівень когнітивних спотворень	31,4 ± 7,2	44,8 ± 8,1	<b>вище при надмірній вазі</b>
Катастрофізація	4,7 ± 1,4	6,8 ± 1,3	<b>вище</b>
Дихотомічне мислення («все або нічого»)	4,9 ± 1,5	7,2 ± 1,6	<b>вище</b>
Персоналізація	4,1 ± 1,3	6,1 ± 1,4	<b>вище</b>
«Читання думок»	4,4 ± 1,2	6,3 ± 1,5	<b>вище</b>
Надузагальнення	4,2 ± 1,1	5,7 ± 1,2	<b>вище</b>
Знецінення позитивного	4,3 ± 1,3	6,0 ± 1,4	<b>вище</b>

Отримані результати демонструють помітні відмінності між групами за рівнем когнітивних спотворень, що підтверджує припущення про значущу роль когнітивних механізмів у підтриманні проблеми надмірної ваги. Загальний рівень когнітивних спотворень у групі осіб із надмірною вагою є значно вищим (M=44,8) порівняно з контрольною групою (M=31,4). Це може свідчити про те, що респонденти з надмірною вагою частіше використовують неадаптивні мисленнєві шаблони, схильні до спотвореного оцінювання

ситуацій і власної поведінки, а також частіше формують негативні автоматичні думки щодо себе, власного тіла та перспектив змін.

У групі надмірної ваги катастрофізація виражена істотно сильніше ( $M=6,8$ ), ніж у контрольній групі ( $M=4,7$ ). Це може означати, що такі респонденти мають тенденцію перебільшувати негативні наслідки подій і сприймати труднощі як загрозові або безвихідні. У сфері харчової поведінки катастрофізація часто проявляється у реакції на незначні порушення режиму харчування («я все зруйнував(ла)», «я ніколи не зможу змінитися»), що формує емоційний дистрес і підвищує ймовірність повторних харчових зривів.

Найбільш вираженою тенденцією в основній групі є підвищення показників дихотомічного мислення ( $M=7,2$  проти  $M=4,9$ ). Це дозволяє припустити, що особи з надмірною вагою частіше оцінюють себе й власну поведінку через полярні категорії – «успіх/провал», «контроль/безконтрольність», «добре/погано». Даний тип мислення є надзвичайно критичним у контексті порушень харчової поведінки, оскільки підсилює жорсткість вимог до себе, знижує гнучкість і формує високу фрустрацію при найменших відхиленнях. Унаслідок цього навіть невеликі помилки можуть призводити до втрати мотивації та запуску повторюваних циклів «обмеження – зрив».

Показник персоналізації у групі надмірної ваги є вищим ( $M=6,1$ ), ніж у контрольній ( $M=4,1$ ), що вказує на схильність інтерпретувати події як такі, що стосуються «особисто мене», навіть за відсутності об'єктивних підстав. У соціальному контексті це може проявлятися як підвищена чутливість до оцінювання та переконання, що реакції інших людей обов'язково пов'язані із зовнішністю. Така тенденція тісно поєднується з внутрішньою стигматизацією та переживанням сорому, що підсилює уникнення та соціальну тривожність.

Значне зростання цього спотворення ( $M=6,3$  проти  $M=4,4$ ) свідчить про те, що респонденти з надмірною вагою частіше припускають негативне

ставлення з боку оточення («вони думають, що я слабка/неприваблива»), навіть без підтвердження. Такий когнітивний механізм погіршує соціальну адаптацію, сприяє формуванню зниженого психологічного благополуччя та закріплює негативний образ тіла.

Показники надузагальнення та знецінення позитивного у групі надмірної ваги також є істотно вищими. Це означає, що респонденти схильні переносити окремі невдачі на загальну оцінку себе («якщо сьогодні не вийшло – не вийде ніколи») та не помічати власних досягнень («це не рахується», «це випадково»). Дана когнітивна тенденція безпосередньо пов'язана зі зниженням самооцінки та посиленням самокритики.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що група осіб із надмірною вагою характеризується значно вищим загальним рівнем когнітивних спотворень, з домінуванням катастрофізації, дихотомічного мислення, персоналізації та «читання думок». Такі особливості можуть виступати психологічними механізмами підтримання проблеми надмірної ваги через посилення негативного самосприйняття, зростання сорому та внутрішньої стигматизації, а також підвищення ризику харчових зривів. Виявлені когнітивні особливості є важливими для подальшого аналізу взаємозв'язків між когнітивними спотвореннями, самооцінкою, образом тіла та типами харчової поведінки, що буде представлено в наступних підрозділах.

## **2.5. Порівняльний аналіз показників у групах**

Порівняльний етап аналізу був спрямований на встановлення статистично значущих відмінностей між двома групами досліджуваних: контрольною групою (особи з нормальною масою тіла) та основною групою (особи з надмірною вагою). Зважаючи на мету роботи, порівняння здійснювалося за двома блоками психологічних змінних: особистісні риси (за опитувальником Г. Айзенка EPQ) та когнітивні спотворення (за шкалою

Cognitive Distortions Scale, CDS). Здійснення порівняльного аналізу дозволяє не лише описати загальні тенденції у кожній групі, а й емпірично підтвердити наявність відмінностей у психологічному профілі осіб із надмірною вагою, що має принципове значення для подальшої інтерпретації причинно-підтримувальних механізмів проблеми.

Для оцінки значущості відмінностей між групами застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Визначення рівня статистичної значущості здійснювалося відповідно до загальноприйнятих критеріїв ( $p < 0,05$ ).

**Таблиця 2.4**

**Порівняльний аналіз показників EPQ та CDS у досліджуваних групах**

<b>Показник</b>	<b>Контрольна група (норма), n=20 (M±SD)</b>	<b>Група надмірної ваги, n=20 (M±SD)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
EPQ: Екстраверсія (E)	14,8 ± 3,1	13,2 ± 3,4	1,55	0,13
EPQ: Нейротизм (N)	11,6 ± 3,0	16,9 ± 3,2	5,38	<0,001
EPQ: Психотизм (P)	5,1 ± 2,1	7,8 ± 2,4	3,79	<0,001
EPQ: Брехня (L)	9,3 ± 2,5	10,1 ± 2,6	0,98	0,33
CDS: Загальний рівень спотворень	31,4 ± 7,2	44,8 ± 8,1	5,55	<0,001
CDS: Катастрофізація	4,7 ± 1,4	6,8 ± 1,3	4,96	<0,001
CDS: Дихотомічне мислення	4,9 ± 1,5	7,2 ± 1,6	4,71	<0,001
CDS: Персоналізація	4,1 ± 1,3	6,1 ± 1,4	4,58	<0,001
CDS: «Читання думок»	4,4 ± 1,2	6,3 ± 1,5	4,35	<0,001

CDS: Надузагальнення	4,2 ± 1,1	5,7 ± 1,2	4,18	<0,001
CDS: Знецінення позитивного	4,3 ± 1,3	6,0 ± 1,4	3,96	<0,001

### *1) Особистісні відмінності між групами (EPQ)*

Отримані результати свідчать, що між групами спостерігаються статистично значущі відмінності за ключовими особистісними показниками, які характеризують емоційну стабільність та поведінкову регуляцію.

Найбільш виражені відмінності виявлено за шкалою нейротизму (N): у групі осіб із надмірною вагою середній показник є істотно вищим, ніж у контрольній групі ( $t=5,38$ ;  $p<0,001$ ). Це означає, що респонденти з надмірною вагою є більш схильними до емоційної нестабільності, тривожності, внутрішньої напруги та переживання негативних емоцій, що може виступати психологічним тлом для емоційного переїдання та труднощів саморегуляції. Високий нейротизм у межах теоретичної концепції Г. Айзенка є показником підвищеної реактивності нервової системи, що може провокувати використання «швидких» поведінкових стратегій зниження напруги, зокрема через їжу.

Також значущі відмінності встановлено за шкалою психотизму (P): у групі осіб із надмірною вагою показник є достовірно вищим ( $t=3,79$ ;  $p<0,001$ ). Ця шкала у структурі EPQ пов'язується з проявами імпульсивності, зниженого самоконтролю, недостатньою гнучкістю поведінки та труднощами довільного контролю. У контексті дослідження такі особливості можуть відображати більшу схильність до спонтанної поведінки, зниження витримки щодо харчових стимулів та підвищений ризик харчових зривів.

Щодо шкали екстраверсії (E), статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ( $p=0,13$ ), хоча простежується тенденція до дещо нижчого рівня екстраверсії у групі надмірної ваги. Це може бути опосередковано пов'язано із соціальною тривожністю або уникненням

ситуації оцінювання, проте потребує подальшого аналізу з урахуванням самооцінки та образу тіла.

Шкала соціальної бажаності (L) також не демонструє значущих відмінностей ( $p=0,33$ ), що свідчить про загальну прийнятну достовірність відповідей та відсутність вираженого ефекту прагнення до «соціально схвальної» самопрезентації, який міг би спотворювати результати.

## *2) Відмінності в когнітивних спотвореннях між групами (CDS)*

Порівняльний аналіз показників CDS показав, що респонденти з надмірною вагою мають значно вищі рівні когнітивних спотворень, ніж особи з нормальною масою тіла. Виявлено достовірні відмінності як за загальним показником когнітивних спотворень ( $t=5,55$ ;  $p<0,001$ ), так і за всіма досліджуваними окремими видами спотворень.

Найбільш виражені відмінності встановлено за шкалами: катастрофізації ( $p<0,001$ ), що відображає схильність до перебільшення негативних наслідків подій і безнадійного прогнозування; дихотомічного мислення ( $p<0,001$ ), що проявляється в оцінюванні себе та результатів через полярні категорії «успіх/провал»; персоналізації та «читання думок» ( $p<0,001$ ), що пов'язано з підвищеною чутливістю до соціального оцінювання, переживанням стигматизації та формуванням негативного образу себе.

Таким чином, когнітивні особливості групи надмірної ваги можуть пояснювати підвищений рівень емоційного напруження, схильність до самозвинувачення та формування поведінкових циклів «обмеження – зрив». Підвищені когнітивні спотворення вказують на те, що для цієї групи є характерним не лише незадоволення тілом, а й специфічний спосіб інтерпретації ситуацій, що підтримує негативний емоційний фон і знижує здатність до конструктивного контролю.

Отже, результати порівняльного аналізу підтверджують наявність істотних психологічних відмінностей між досліджуваними групами. Особи з надмірною вагою характеризуються вищим рівнем нейротизму та

психотизму, що свідчить про більшу емоційну реактивність та імпульсивність, а також значно вищими показниками когнітивних спотворень, які можуть виступати когнітивною основою негативного самосприйняття, внутрішньої стигматизації та підвищеного ризику харчових зривів. Отримані результати створюють логічне підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між особистісними характеристиками, когнітивними спотвореннями та такими психологічними змінними, як самооцінка, образ тіла й типи харчової поведінки.

## **2.6. Взаємозв'язок особистісних рис із когнітивними спотвореннями**

На наступному етапі емпіричного дослідження було здійснено аналіз взаємозв'язків між показниками особистісних рис (за опитувальником Г. Айзенка EPQ) та когнітивних спотворень (за Cognitive Distortions Scale, CDS). Даний напрям аналізу є принципово важливим, оскільки дозволяє виявити психологічні механізми, через які особистісні характеристики можуть впливати на стиль мислення та формування неадаптивних когнітивних установок. У межах когнітивно-поведінкової концепції когнітивні спотворення розглядаються як систематичні помилки мислення, які підтримують негативні емоційні стани і дезадаптивну поведінку (А. Бек). При цьому особистісні риси (емоційна реактивність, імпульсивність, самоконтроль) можуть виступати психологічним підґрунтям для формування таких спотворень або підсилювати їх інтенсивність.

Для оцінки взаємозв'язків між досліджуваними показниками було застосовано кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона  $r$ ), що дозволяє встановити характер і силу зв'язків між змінними.

Таблиця 3.4

## Кореляції між показниками EPQ та когнітивними спотвореннями CDS

Показник EPQ	Загальний CDS	Катастрофізація	Дихотомічне мислення	Персоналізація	«Читання думок»	Надузагальнення	Знецінення позитивного
Екстраверсія (E)	-0,21 (p=0,19)	-0,18 (p=0,26)	-0,23 (p=0,15)	-0,20 (p=0,21)	-0,24 (p=0,13)	-0,19 (p=0,24)	-0,22 (p=0,17)
Нейротизм (N)	<b>0,62</b> (p<0,001)	<b>0,58</b> (p<0,001)	<b>0,54</b> (p<0,001)	<b>0,49</b> (p=0,001)	<b>0,56</b> (p<0,001)	<b>0,45</b> (p=0,003)	<b>0,53</b> (p<0,001)
Психотизм (P)	<b>0,46</b> (p=0,003)	0,39 (p=0,012)	<b>0,51</b> (p=0,001)	0,33 (p=0,037)	0,35 (p=0,028)	0,31 (p=0,049)	<b>0,42</b> (p=0,006)
Шкала брехні (L)	0,17 (p=0,29)	0,12 (p=0,46)	0,15 (p=0,35)	0,18 (p=0,27)	0,14 (p=0,40)	0,10 (p=0,55)	0,16 (p=0,33)

*1) Нейротизм – когнітивні спотворення (найсильніші зв'язки)*

Найбільш виражені взаємозв'язки встановлено між показником нейротизму (N) та когнітивними спотвореннями. Виявлено сильну позитивну кореляцію нейротизму із загальним показником CDS ( $r=0,62$ ;  $p<0,001$ ), що свідчить: чим вищий рівень емоційної нестабільності та тривожної реактивності, тим частіше респонденти використовують неадаптивні мисленнєві стратегії.

Також нейротизм тісно пов'язаний із конкретними видами спотворень: катастрофізація ( $r=0,58$ ;  $p<0,001$ ), «читання думок» ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ), дихотомічне мислення ( $r=0,54$ ;  $p<0,001$ ), знецінення позитивного ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ).

Ці дані є психологічно закономірними. Високий нейротизм характеризує схильність до інтенсивного переживання негативного афекту, очікування небезпеки та підвищену чутливість до невдач. У межах КПТ це створює підґрунтя для активізації автоматичних думок із негативним змістом, що формують катастрофічні прогнози та полярні оцінки власних

дій. Таким чином, емоційна нестабільність може бути фактором, який підсилює когнітивні викривлення та зменшує гнучкість мислення.

Особливо показовими є кореляції нейротизму з «читанням думок» і персоналізацією. Це може вказувати на те, що емоційно реактивні особи частіше інтерпретують соціальну реальність через призму потенційної загрози й негативної оцінки («мене засуджують», «про мене думають погано»), що пов'язано з підвищеною соціальною тривожністю, внутрішньою стигматизацією та соромом щодо власного тіла.

*2) Психотизм – когнітивні спотворення (імпульсивність і когнітивна жорсткість)*

Показник психотизму (P) має помірні, але статистично значущі позитивні кореляції з більшістю когнітивних спотворень, зокрема із: загальним показником CDS ( $r=0,46$ ;  $p=0,003$ ), дихотомічним мисленням ( $r=0,51$ ;  $p=0,001$ ), знеціненням позитивного ( $r=0,42$ ;  $p=0,006$ ).

У психологічному сенсі це може означати, що імпульсивність, недостатність самоконтролю та тенденція до поведінкової ригідності, які асоціюються з психотизмом у моделі Г. Айзенка, пов'язані з менш гнучким стилем мислення та схильністю до «чорно-білих» оцінок. Дихотомічне мислення при цьому може виступати когнітивним аналогом поведінкової імпульсивності: людина не враховує проміжні варіанти, швидко переходить до крайніх висновків («або ідеально – або провал»), що підсилює самокритику та створює психологічні умови для харчових зривів.

Кореляція психотизму зі знеціненням позитивного може відображати тенденцію до недостатнього закріплення успіхів і позитивних змін (наприклад, у харчовій поведінці), коли навіть досягнення сприймаються як «незначущі», що знижує мотивацію і підсилює фрустрацію.

*3) Екстраверсія – когнітивні спотворення (слабка тенденція)*

Показник екстраверсії (E) демонструє слабкі негативні кореляції з когнітивними спотвореннями, проте вони не досягають рівня статистичної значущості ( $p>0,05$ ). Це дозволяє припустити, що екстраверсія як соціально-

поведінковий параметр у даній вибірці не є визначальним фактором формування спотвореного мислення. Водночас наявна тенденція до зворотного зв'язку (чим вищий рівень екстраверсії – тим нижча частота спотворень) може пояснюватися тим, що соціальна активність і відкритість до взаємодії інколи виступають ресурсом психологічної підтримки та зменшують замкнутість на самокритиці.

*4) Соціальна бажаність – когнітивні спотворення (відсутність зв'язків)*

Шкала соціальної бажаності (L) не виявила статистично значущих кореляцій із показниками CDS. Це свідчить про те, що прагнення виглядати соціально схвально не є чинником, який істотно впливає на результати оцінювання когнітивних спотворень. Таким чином, можна вважати, що отримані показники когнітивних викривлень мають достатню достовірність і відображають реальні особливості мислення респондентів.

Отримані результати підтверджують наявність значущих зв'язків між особистісними рисами та когнітивними спотвореннями. Найважливішою закономірністю є те, що нейротизм виступає найбільш потужним особистісним предиктором когнітивних викривлень, зокрема катастрофізації, дихотомічного мислення та «читання думок». Це вказує на те, що емоційна нестабільність, підвищена тривожність і чутливість до загрози створюють сприятливе підґрунтя для неадаптивних способів інтерпретації подій та себе.

Психотизм також пов'язаний із когнітивними спотвореннями, що може відображати спільний механізм саморегуляції та когнітивної гнучкості: імпульсивність і знижений контроль підсилюють тенденцію до крайніх оцінок і самознецінення. У контексті надмірної ваги такі особливості можуть виступати психологічними факторами ризику харчових зривів та підтримувати деструктивне коло «напруга – переїдання – провина – самокритика – нова напруга».

Отже, результати кореляційного аналізу не лише підтверджують взаємозв'язок між особистісними та когнітивними змінними, а й формують

емпіричне підґрунтя для висновку, що психологічні механізми надмірної ваги мають цілісну структуру, де особистісна емоційна реактивність і недостатність саморегуляції пов'язані зі спотвореним стилем мислення, який підтримує негативне самосприйняття та порушення харчової поведінки.

## 2.7. Практичні рекомендації

Результати емпіричного дослідження підтвердили, що психологічні механізми надмірної ваги мають системний характер і включають взаємопов'язані компоненти: особистісні риси (насамперед підвищений нейротизм та імпульсивність), когнітивні спотворення (катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, «читання думок»), а також пов'язані з ними переживання сорому, внутрішньої стигматизації та схильність до поведінкових зривів у сфері харчування. Встановлені закономірності вказують, що надмірна вага нерідко підтримується не лише харчовими звичками, а й специфічним стилем емоційної та когнітивної саморегуляції, де їжа може виконувати функцію тимчасового зняття напруги. У зв'язку з цим практичні рекомендації мають бути спрямовані не на «контроль ваги» як такий, а на формування більш адаптивної системи саморегуляції, корекцію деструктивних переконань та відновлення позитивного ставлення до себе й власного тіла.

### *Рекомендації для психолога (консультування/психотерапія)*

Психологічний супровід клієнтів із надмірною вагою доцільно будувати як комплексну інтервенцію, що поєднує психодіагностику, психоосвіту, когнітивно-поведінкові техніки та роботу з емоційною регуляцією. Важливим етапом є формування терапевтичного альянсу на основі безпечного, неосудного контакту, оскільки для даної групи характерними є сором, страх оцінювання та висока чутливість до критики. Психолог має займати позицію підтримки й емпатичного прийняття, уникаючи директивного стилю та фокусування виключно на «зниженні

ваги», адже така установка часто підсилює у клієнта внутрішню стигму й самознецінення.

У консультативній роботі доцільно приділяти увагу виявленню особистісних предикторів ризику – зокрема підвищеного нейротизму та імпульсивності. У клієнтів з високим нейротизмом ключовими напрямками психотерапії мають бути розвиток навичок емоційної саморегуляції, зниження базової тривожності, підвищення толерантності до фрустрації та опрацювання потреби у «швидкому заспокоєнні» через їжу. Для осіб з імпульсивними тенденціями, зниженим самоконтролем та поведінковою ригідністю важливо формувати поступову стратегію самоменеджменту: навчання паузі перед дією, розвиток усвідомленості та відтермінування імпульсу, створення індивідуальних «планів безпеки» на випадок стресових ситуацій або харчових тригерів.

Оптимальним психотерапевтичним підходом у даному випадку є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), оскільки дослідження виявило високий рівень когнітивних спотворень у групі осіб із надмірною вагою. Робота може включати техніки ідентифікації автоматичних думок, когнітивної реструктуризації, формування альтернативних реалістичних суджень, а також модифікацію глибинних переконань, що стосуються цінності особистості, контролю та прийнятності. Особливо важливо системно працювати з такими спотвореннями, як катастрофізація («якщо я зірвалась – все втрачено»), дихотомічне мислення («або ідеально, або ніяк»), персоналізація («всі дивляться на мою вагу») та «читання думок» («люди думають, що я слабка»). Саме ці спотворення підсилюють сором та провину, що запускає цикл харчових зривів.

Окремим напрямом роботи має бути опрацювання образу тіла та внутрішньої стигми. У цьому контексті доцільним є використання елементів терапії, орієнтованої на співчуття до себе (СФТ), а також технік прийняття та відповідальності (АСТ), що формують більш м'яке та реалістичне ставлення до власного тіла. Психологу важливо не підтримувати «культ ідеальної

фігури», а працювати з ціннісною мотивацією клієнта, розвитком самоповаги й формуванням адекватної тілесної самосвідомості.

У практичній психологічній роботі з особами, які мають надмірну вагу та проявляють когнітивні спотворення й дезадаптивні патерни харчової поведінки, доцільно застосовувати комплекс взаємопов'язаних інструментів, спрямованих на підвищення усвідомленості, розвиток навичок саморегуляції та зниження внутрішньої стигматизації.

Впровадження щоденника самоспостереження є базовим інструментом когнітивно-поведінкової роботи, що дозволяє клієнту відстежувати взаємозв'язки між емоційними станами, автоматичними думками, поведінковими реакціями та зовнішніми або внутрішніми тригерами. Структурований запис компонентів «ситуація – думки – емоції – поведінка – наслідки» сприяє розвитку рефлексивності та переходу від автоматичного реагування до усвідомленого аналізу власного досвіду. Регулярне ведення такого щоденника дозволяє клієнту ідентифікувати повторювані патерни, усвідомити роль емоцій у прийнятті харчових рішень і створює основу для подальшої когнітивної реструктуризації.

Використання техніки «ланцюга зриву» передбачає поетапний аналіз подій, які передували епізоду переїдання або втрати контролю над харчуванням. У межах цієї техніки клієнт разом із психологом відновлює послідовність: провокуюча ситуація – автоматичні думки – емоційна реакція – тілесні відчуття – поведінкова відповідь – короткострокові та довгострокові наслідки. Такий аналіз дозволяє виявити критичні моменти, де можливе втручання, і зрозуміти, що зрив не є «раптовою слабкістю», а результатом накопичення стресових чинників. Усвідомлення цього знижує рівень самозвинувачення та підвищує відчуття контролю над подальшими реакціями.

Формування навичок альтернативного копіngu спрямоване на розширення репертуару способів подолання стресу без звернення до їжі як універсального засобу емоційної регуляції. Разом із клієнтом доцільно

розробляти індивідуальний «план дій у стресі», який включає перелік доступних та прийнятних альтернатив: дихальні вправи, короткі фізичні активності, сенсорні техніки заспокоєння, переключення уваги, соціальну підтримку або творчі заняття. Регулярне тренування таких стратегій сприяє зниженню імпульсивності та поступовій заміні харчових зривів більш адаптивними формами саморегуляції.

Відстеження тригерів стигматизації та соціального порівняння є важливим напрямом роботи, оскільки саме ці чинники часто запускають негативні когнітивні схеми та емоційний дистрес. У практичній роботі доцільно допомагати клієнту ідентифікувати ситуації, у яких активізується внутрішня стигма (медіаконтент, коментарі оточення, дзеркала, соціальні мережі), а також усвідомлювати власні реакції на соціальне порівняння. Аналіз таких тригерів дозволяє зменшити їхній вплив, сформуванню більш критичне ставлення до соціальних стандартів і поступово відновлювати автономне ставлення до власного тіла та цінності.

Робота над зниженням самокритики та розвитком самопідтримки є ключовим компонентом довготривалої стабілізації психологічного стану. Надмірна самокритика часто підтримує цикл зривів і внутрішнього покарання, тоді як навички самопідтримки сприяють відновленню після труднощів без посилення деструктивних патернів. У практичній роботі доцільно використовувати техніки роботи з внутрішнім критиком, вправи на формування доброзичливого внутрішнього діалогу, а також елементи самоспівчуття, що дозволяють клієнту переживати невдачі як частину процесу змін, а не як доказ особистісної неспроможності.

Таким чином, поєднання зазначених інструментів створює цілісну систему практичної психологічної допомоги, спрямовану на підвищення усвідомленості, зниження емоційної залежності від їжі та формування більш адаптивних моделей мислення і поведінки. Застосування цих підходів дозволяє не лише зменшити частоту харчових зривів, але й сприяє підвищенню самооцінки, психологічної стійкості та якості життя клієнтів.

*Психоосвіта клієнта з надмірною вагою (когнітивні пастки, самооцінка, образ тіла)*

Психоосвіта має бути обов'язковою складовою психологічної допомоги, оскільки вона дозволяє клієнту зрозуміти механізми проблеми, зменшує відчуття провини й переводить ситуацію з площини «я слабкий/слабка» у площину «я можу навчитися інакше реагувати». Важливо пояснити клієнту, що надмірна вага не є виключно результатом відсутності сили волі, а може підтримуватися тривогою, стресом, внутрішніми переконаннями та автоматичними реакціями. Такий підхід знижує самостигматизацію та формує більш конструктивну мотивацію до змін.

У процесі психологічної допомоги особам із надмірною вагою важливим завданням є психоосвіта клієнта щодо когнітивних пасток — типових помилок мислення, які автоматично спотворюють сприйняття себе, власного тіла та результатів зусиль щодо зміни харчової поведінки. Надання клієнту знань про такі когнітивні механізми сприяє підвищенню рівня усвідомленості, формуванню метапозиції щодо власних думок і створює передумови для їх подальшої корекції. Усвідомлення того, що негативні думки є не об'єктивними фактами, а результатом звичних мисленнєвих шаблонів, знижує їхній емоційний вплив і відкриває можливості для більш гнучкої інтерпретації ситуацій.

Катастрофізація полягає у перебільшенні негативних наслідків окремих подій та схильності до драматизації невдач. У контексті надмірної ваги вона проявляється у переконаннях, що будь-який відступ від харчового плану означає повний провал («я зірвалася – усе втрачено», «тепер я точно не зможу змінитися»). Такий тип мислення підсилює тривогу, безсилля та відчай, позбавляє клієнта відчуття контролю і часто запускає поведінкові зриви як форму емоційної компенсації. Пояснення клієнту механізму катастрофізації дозволяє навчити його розрізняти реальні наслідки ситуації та їх суб'єктивне емоційне перебільшення.

Дихотомічне мислення («все або нічого») характеризується жорстким поділом досвіду на крайні категорії – успіх або повний провал, контроль або повна безпорадність. Для людей із надмірною вагою це мислення часто лежить в основі циклів суворих обмежень і подальших зривів. Нездатність бачити проміжні варіанти («я стараюся», «я роблю частковий прогрес») призводить до високого рівня самокритики та зниження мотивації. Психосвіта щодо дихотомічного мислення спрямована на формування більш континуального, гнучкого погляду на зміни, де будь-який крок у напрямі здоровішої поведінки визнається значущим.

Персоналізація проявляється у схильності приписувати собі негативні оцінки або реакції оточення без об'єктивних підстав. Клієнт може інтерпретувати нейтральні погляди, жарти чи зауваження як пряме підтвердження власної «неприйнятності» через зовнішність («вони дивляться, бо я товста», «усі помічають мою вагу»). Це сприяє посиленню соціальної тривоги, уникненню контактів та закріпленню внутрішньої стигми. Роз'яснення механізму персоналізації допомагає клієнту відокремлювати власні припущення від реальних намірів і думок інших людей.

«Читання думок» тісно пов'язане з персоналізацією та полягає у впевненості в тому, що інші люди негативно оцінюють клієнта, навіть за відсутності підтверджувальних доказів. У ситуаціях соціальної взаємодії це спотворення посилює почуття сорому, напруження та зниження впевненості у собі. Клієнт починає поводитися відповідно до уявних негативних суджень, що може призводити до самоізоляції або відмови від активностей. Психосвітня робота з цим типом спотворення спрямована на навчання перевірці припущень і розвитку більш реалістичного соціального сприйняття.

Знецінення позитивного полягає в ігноруванні або мінімізації власних успіхів, досягнень і позитивних змін. У контексті надмірної ваги це може проявлятися у переконаннях, що незначні результати «не рахуються» або є

випадковими. Таке мислення підтримує низьку самооцінку, знижує відчуття ефективності власних зусиль і послаблює мотивацію до продовження змін. Пояснення клієнту цього спотворення та навчання навичкам фіксації навіть невеликих позитивних зрушень сприяє формуванню більш стабільної внутрішньої підтримки та підвищенню відчуття особистої компетентності.

Отже, надання клієнту знань про когнітивні пастки виконує не лише інформативну, а й терапевтичну функцію, оскільки дозволяє зменшити автоматизм негативного мислення, послабити емоційний дистрес і створити основу для когнітивної реструктуризації. Усвідомлення та поступове коригування цих спотворень сприяє формуванню більш адаптивного ставлення до себе, власного тіла та процесу змін, що є необхідною умовою стабілізації харчової поведінки та підвищення психологічного благополуччя.

У психоосвітньому модулі варто підкреслити, що когнітивні спотворення є не «ознакою слабкості», а звичними мисленнєвими шаблонами, які підсилюються стресом і підлягають зміні через тренування нових навичок мислення. Важливо навчити клієнта помічати автоматичні думки, фіксувати їх, оцінювати їхню реалістичність і формувати більш збалансовані альтернативи.

Особлива увага має бути приділена самооцінці та образу тіла. Клієнту важливо пояснювати різницю між здоровою самоповагою і «цінністю, залежною від ваги». Доцільно акцентувати, що тіло – це не лише соціальний «об'єкт оцінювання», а ресурс, який потребує турботи. Зниження самокритики, розвиток нейтрального чи доброзичливого ставлення до тіла, формування внутрішньої опори знижують ризик зривів, оскільки зменшують внутрішній дистрес, який часто стає пусковим механізмом переїдання.

Психоосвіта також повинна включати роз'яснення циклу: стрес – негативні думки – емоційна напруга – переїдання – провина – посилення самокритики. Усвідомлення цього циклу дозволяє клієнту вчасно відстежувати «першу ланку» та втручатися ще до поведінкового зриву.

*Рекомендації для профілактики (підтримка саморегуляції, формування здорової мотивації)*

Профілактичні заходи для осіб із надмірною вагою мають бути спрямовані на формування стійких навичок саморегуляції та підтримку здорової мотивації до змін. Важливою умовою ефективності є відмова від жорстких, заборонних моделей харчового контролю, оскільки вони часто активізують дихотомічне мислення та провокують циклічність «обмеження – зрив». Натомість доцільно орієнтуватися на принципи поступовості, гнучкості та реалістичності, які знижують ризик фрустрації.

Ключові профілактичні напрями психологічного супроводу осіб із надмірною вагою мають бути спрямовані не лише на зміну харчових звичок як поведінкових патернів, а насамперед на формування адаптивних механізмів саморегуляції, емоційної стабільності та позитивного ставлення до себе. Ефективна профілактика ґрунтується на комплексному підході, який охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та середовищні чинники підтримання проблемної харчової поведінки.

Розвиток усвідомленості (зокрема усвідомленого харчування) передбачає формування здатності людини розпізнавати та диференціювати фізіологічні сигнали голоду від емоційних імпульсів до вживання їжі, які виникають у відповідь на стрес, тривогу, втому, самотність або фрустрацію. Усвідомленість як психологічна навичка сприяє переходу від автоматизованих поведінкових реакцій до свідомого вибору, зменшує імпульсивність та підвищує контроль над харчовими рішеннями. Практики *mindful eating* дозволяють людині зосереджуватися на процесі прийому їжі, відчуттях тіла, сигналах насичення, темпі споживання, що формує більш адекватний контакт із тілесними потребами та знижує ризик компульсивного переїдання.

Регуляція емоцій є базовим профілактичним напрямом, оскільки емоційний дистрес часто виступає ключовим тригером харчових зривів. Формування альтернативних способів зниження напруги спрямоване на

заміщення харчової поведінки як основного механізму копінгу іншими, більш адаптивними стратегіями. До таких належать дихальні техніки, методи м'язової релаксації, тілесно-орієнтовані практики, короткі рухові активності, а також рефлексивні техніки (ведення щоденника емоцій, самоспостереження, емоційне маркування). Їх використання дозволяє знижувати рівень внутрішньої напруги без звернення до їжі як засобу психологічної компенсації, формуючи нові патерни саморегуляції.

Самопідтримка замість самокритики виступає центральним профілактичним ресурсом у роботі з особами, схильними до внутрішньої стигматизації та заниженої самооцінки. Навчання навичкам самоспівчуття (self-compassion) сприяє формуванню більш м'якого, приймаючого ставлення до себе, зменшенню жорсткого внутрішнього критика та зниженню рівня сорому і провини. Розвиток внутрішніх форм підтримки дозволяє особистості переживати труднощі не через самознецінення, а через прийняття власної вразливості як частини людського досвіду. Це знижує психологічну напругу та зменшує потребу в компенсаторних формах поведінки, зокрема в емоційному переїданні.

Планування та самоменеджмент відіграють важливу роль у стабілізації поведінкових патернів і зниженні хаотичності харчування. Формування режиму прийому їжі, структурування повсякденного життя, планування активностей і відпочинку сприяють підвищенню відчуття контролю та передбачуваності, що знижує тривожність і імпульсивні рішення. Важливим компонентом є принципи «екологічного контролю середовища», які передбачають організацію простору таким чином, щоб зменшити вплив тригерів переїдання та підтримати адаптивну поведінку (наявність здорових перекусів, доступність води, обмеження стимулів, що провокують компульсивне харчування, формування безпечного харчового середовища). Це дозволяє зменшити навантаження на вольову регуляцію та підтримувати зміни на рівні середовищних факторів.

Підкріплення досягнень є важливим мотиваційним механізмом профілактики рецидивів. Фіксація навіть незначних позитивних змін (стабільність режиму, зменшення кількості зривів, підвищення усвідомленості, поліпшення емоційного стану) дозволяє протидіяти когнітивному спотворенню знецінення позитивного та підтримує внутрішню мотивацію. Формування навички помічати прогрес сприяє переходу від мислення категоріями «провал – успіх» до континуального бачення змін як поступового процесу розвитку. Це підвищує відчуття компетентності, зміцнює самооцінку та підтримує довготривалу психологічну стійкість.

Формування здорової мотивації має ґрунтуватися на внутрішніх цілях: покращення самопочуття, підвищення енергійності, покращення сну, зміцнення здоров'я, підвищення якості життя. Така мотивація є більш стійкою та менш залежною від соціальних стандартів, що, своєю чергою, знижує ризик внутрішньої стигматизації. Доцільно також працювати з ціннісною сферою клієнта: які життєві ролі та цілі він прагне реалізувати і як турбота про себе може підтримувати ці цілі.

Таким чином, практичні рекомендації, сформульовані на основі отриманих результатів, підтверджують необхідність комплексного психологічного підходу до проблеми надмірної ваги. Ефективна допомога передбачає поєднання когнітивної корекції, роботи з образом тіла та самооцінкою, розвитку навичок саморегуляції та формування здорової мотивації. Реалізація цих напрямів сприяє не лише нормалізації харчової поведінки, але й підвищенню психологічного благополуччя, зниженню тривожності та внутрішньої стигми, а також формуванню більш адаптивного й підтримувального ставлення до себе.

## Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено організацію, логіку та результати емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення психологічних особливостей осіб із надмірною вагою та порівняння їх із респондентами з нормальною масою тіла. Реалізований порівняльно-кореляційний дизайн («зріз») забезпечив можливість одночасно оцінити групові відмінності й встановити взаємозв'язки між особистісними рисами та когнітивними характеристиками, що потенційно підтримують дезадаптивні патерни харчової поведінки та негативне самосприйняття.

У межах підрозділу 2.1 було обґрунтовано вибір моделі дослідження, визначено мету, завдання, критерії включення/виключення, описано етапи роботи та етичні засади проведення. Формування двох порівнюваних груп за показниками ІМТ дозволило забезпечити коректність подальшого статистичного аналізу та інтерпретації отриманих закономірностей. Таким чином, організаційна структура емпіричного етапу створила надійне підґрунтя для комплексного аналізу психологічних чинників, пов'язаних із надмірною вагою.

У підрозділі 2.2 було описано психодіагностичний інструментарій, який охопив ключові змінні дослідження: особистісні риси (EPQ), когнітивні спотворення (CDS), самооцінку (шкала Розенберга), образ тіла (BSQ) та типи харчової поведінки (DEBQ). Застосування багатокomпонентної батареї методик забезпечило системне бачення проблеми та дало змогу розглядати надмірну вагу як явище, що пов'язане не лише з поведінковими звичками, а й з особливостями емоційно-когнітивної саморегуляції.

Результати описового аналізу особистісних рис засвідчили наявність специфічного особистісного профілю у групі надмірної ваги. Порівняно з контрольною групою, для осіб із надмірною вагою характерними є вищі показники емоційної нестабільності та тенденцій до імпульсивності/зниженого самоконтролю, що психологічно узгоджується з

припущенням про більшу вразливість до стресу та складнощі довільної регуляції поведінки. Це створює умови, за яких харчування може виконувати функцію швидкого емоційного «самозаспокоєння».

Аналіз когнітивних спотворень показав, що група надмірної ваги має суттєво вищий загальний рівень когнітивних викривлень, а також більшу вираженість таких патернів, як катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, «читання думок», надузагальнення та знецінення позитивного. У психологічному плані це означає схильність до жорстких самозвинувачувальних оцінок, негативних прогнозів, поляризації результатів («успіх/провал») та підвищеної чутливості до соціального оцінювання. Саме такі когнітивні механізми здатні підтримувати коло «напруга – переїдання – провина – самокритика – посилення напруги», ускладнюючи тривале утримання адаптивних харчових стратегій.

Порівняльний аналіз підтвердив наявність статистично значущих відмінностей між групами за ключовими показниками. Найбільш виразними виявилися відмінності за нейротизмом і психотизмом, а також за загальним рівнем та окремими видами когнітивних спотворень. Водночас відсутність значущих відмінностей за шкалами екстраверсії та соціальної бажаності свідчить, що зафіксовані ефекти не зводяться до стилю соціальної самопрезентації чи загальної комунікативної спрямованості, а відображають насамперед емоційно-регуляторні та когнітивні особливості.

Кореляційний аналіз дозволив уточнити психологічні механізми взаємодії змінних. Найбільш потужним предиктором когнітивних спотворень виступив нейротизм: вищий рівень емоційної реактивності пов'язаний із частішим використанням катастрофізації, дихотомічних оцінок, «читання думок» і знецінення позитивного. Це підтверджує, що інтенсивність негативного афекту та тривожної чутливості створює когнітивне тло для стійких помилок інтерпретації подій і себе. Психотизм також виявив статистично значущі зв'язки з когнітивними викривленнями, що вказує на роль імпульсивності та когнітивної ригідності у формуванні «чорно-білих»

суджень і труднощів закріплення позитивних змін. Натомість екстраверсія та соціальна бажаність не продемонстрували визначального впливу на інтенсивність когнітивних спотворень, що підсилює достовірність висновку про провідну роль саме емоційно-саморегуляторних рис.

У підрозділі 2.7 сформульовано практичні рекомендації, які логічно випливають з отриманих результатів: фокус психологічної допомоги має зміщуватися з директивного «контролю ваги» на розвиток адаптивної саморегуляції, корекцію когнітивних спотворень, зниження самокритики, роботу з образом тіла та внутрішньою стигмою, а також формування гнучких і реалістичних моделей харчової поведінки. Обґрунтовано доцільність використання когнітивно-поведінкових технік у поєднанні з підходами, спрямованими на прийняття й самоспівчуття, що є особливо актуальним за наявності сорому, страху оцінювання та схильності до «обмеження – зрив» на тлі дихотомічного мислення.

Отже, матеріали другого розділу підтверджують, що надмірна вага у досліджуваній вибірці пов'язана з комплексом психологічних чинників: підвищеною емоційною реактивністю та імпульсивністю, а також більш вираженими когнітивними спотвореннями, які підтримують негативний емоційний фон і ускладнюють поведінкову саморегуляцію. Отримані емпіричні дані створюють цілісне підґрунтя для подальшого узагальнення результатів роботи та обґрунтування психологічних висновків щодо механізмів формування й підтримання дезадаптивних харчових патернів у осіб із надмірною вагою.

## ВИСНОВКИ

У дослідженні «Особливості особистісних рис та когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою» комплексно досліджено психологічні чинники, що можуть супроводжувати й підтримувати проблему надмірної маси тіла. Теоретичний аналіз і результати емпіричної частини узгоджено підтвердили, що надмірна вага є не лише медико-біологічним явищем, а й психосоціально значущим станом, у якому вагому роль відіграють емоційна реактивність, саморегуляція, образ тіла, самооцінка та специфічні когнітивні механізми.

У першому розділі було обґрунтовано, що надмірна вага формується й закріплюється в умовах взаємодії біологічних, поведінкових і психологічних чинників. Психологічний компонент проблеми проявляється через підвищений рівень дистресу, внутрішню стигматизацію, негативний образ тіла та використання їжі як способу емоційної компенсації. З позицій когнітивно-поведінкової парадигми особливу роль у підтриманні надмірної ваги відіграють дисфункційні переконання та когнітивні спотворення, які підсилюють тривогу, сором, провину й запускають дезадаптивні цикли «напруга – переїдання – самозвинувачення – посилення напруги».

Емпіричне дослідження було організовано як порівняльно-кореляційне («зріз») із формуванням двох рівних груп: осіб із нормальною масою тіла та осіб із надмірною вагою. Використаний психодіагностичний інструментарій (EPQ, CDS, BSQ, шкала Розенберга, DEBQ) забезпечив багатовимірне вивчення особистісних, когнітивних і пов'язаних із ними регуляторних характеристик. Це дозволило не лише описати відмінності між групами, а й простежити систему взаємозв'язків між ключовими показниками.

Отримані результати продемонстрували наявність специфічного психологічного профілю в осіб із надмірною вагою. За даними EPQ у цій групі виявлено істотно вищі показники нейротизму та психотизму порівняно з контрольною групою, що свідчить про більшу емоційну нестабільність,

підвищену чутливість до стресу, схильність до переживання негативного афекту, а також тенденцію до імпульсивності та зниженого самоконтролю. Такі особистісні особливості створюють психологічні передумови для труднощів довільної регуляції поведінки, у тому числі харчової, і підвищують імовірність використання їжі як «швидкого» способу зняття напруги.

Аналіз когнітивних спотворень (CDS) засвідчив, що у групі надмірної ваги значно вищий як загальний рівень когнітивних викривлень, так і вираженість окремих їх форм. Найбільш характерними виявилися катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, «читання думок», надузгальнення та знецінення позитивного. У психологічному вимірі це означає домінування жорстких, самокритичних і тривожно забарвлених способів інтерпретації подій, схильність до поляризації оцінок («успіх або провал»), перебільшення негативних наслідків і підвищену чутливість до уявної/реальної соціальної оцінки. Саме такі когнітивні патерни здатні підтримувати емоційний дистрес та провокувати поведінкові зриви.

Порівняльний аналіз підтвердив статистично значущі відмінності між групами за нейротизмом, психотизмом і всіма досліджуваними показниками когнітивних спотворень. Водночас відсутність значущих відмінностей за шкалою екстраверсії та шкалою соціальної бажаності свідчить, що ключові відмінності зумовлені не загальною соціальною активністю чи «прагненням виглядати краще», а передусім емоційно-регуляторними та когнітивними характеристиками, які безпосередньо впливають на самосприйняття і поведінковий контроль.

Кореляційний аналіз виявив системну взаємодію особистісних рис із когнітивними спотвореннями. Найбільш потужним предиктором когнітивних викривлень виступив нейротизм: вищий рівень емоційної реактивності пов'язаний із частішим використанням катастрофізації, дихотомічного мислення, «читання думок» та знецінення позитивного. Це дозволяє зробити висновок, що емоційна нестабільність формує когнітивне тло, на якому

легше актуалізуються негативні автоматичні думки, посилюється тривога щодо оцінювання та знижується гнучкість мислення. Психотизм також продемонстрував статистично значущі зв'язки з низкою когнітивних спотворень, зокрема з дихотомічним мисленням, що вказує на роль імпульсивності та недостатнього самоконтролю у формуванні «чорно-білих» оцінок і труднощів закріплення позитивних змін.

Узагальнюючи результати роботи, можна стверджувати, що проблема надмірної ваги в межах дослідженої вибірки пов'язана з цілісною системою психологічних механізмів. Її підтримання може відбуватися через поєднання підвищеної емоційної реактивності (нейротизму), імпульсивності та ослаблення саморегуляції (психотизму), а також через високий рівень когнітивних спотворень, які підсилюють самокритику, сором і тривогу щодо соціальної оцінки. У результаті формується замкнене коло, де стрес і негативні думки провокують дезадаптивні форми харчової поведінки, а наслідки зривів (провина, знецінення, катастрофізація) знову підсилюють стрес та утримують проблему.

Практичне значення результатів полягає в обґрунтуванні психологічних напрямів допомоги людям із надмірною вагою. Емпіричні дані підтверджують доцільність фокусу психологічної роботи не лише на поведінкових звичках, а насамперед на розвитку емоційної саморегуляції, формуванні гнучкості мислення, корекції когнітивних спотворень, зниженні самокритики й внутрішньої стигми, а також на підтримці здорової, реалістичної мотивації. Найбільш обґрунтованими є інтервенції в межах когнітивно-поведінкової терапії у поєднанні з підходами, спрямованими на прийняття та самоспівчуття, що дозволяє зменшувати дистрес, підвищувати психологічну стійкість і створювати умови для більш стабільних поведінкових змін.

Отже, мети й завдань дослідження досягнуто: визначено специфіку особистісних рис та когнітивних спотворень у людей із надмірною вагою, встановлено їх відмінності порівняно з групою норми та емпірично

підтверджено взаємозв'язок між емоційною реактивністю, імпульсивністю і частотою когнітивних викривлень. Отримані результати можуть бути використані для подальших досліджень проблеми харчової саморегуляції, а також для розробки більш адресних програм психологічного супроводу осіб із надмірною вагою.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко О. В. Психологія харчової поведінки: теорія і практика : навч. посіб. – Київ : Центр учбової літератури, 2017. – 196 с.
2. Бабенко В. Г., Гончарук Н. М. Ожиріння: сучасні підходи до діагностики та лікування : навч. посіб. – Київ : Медицина, 2019. – 208 с.
3. Балабанова Л. М. Соціальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2016. – 416 с.
4. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : навч. посіб. – Київ : Каравела, 2016. – 320 с.
5. Борисюк А. С. Психологічні чинники формування порушень харчової поведінки в молоді. – *Психологія і суспільство*. – 2018. – № 2. – С. 88–98.
6. Вакуленко Л. О. Харчова залежність: психологічні механізми та профілактика. – *Психологічний часопис*. – 2019. – № 5(25). – С. 54–63.
7. Венгер О. П., Венгер Л. О. Ожиріння як медико-соціальна проблема: психосоматичний підхід. – *Сімейна медицина*. – 2017. – № 3. – С. 29–34.
8. Войтенко Т. П. Розлади харчової поведінки у підлітків: психологічний супровід : метод. рекомендації. – Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2020. – 64 с.
9. Галян І. М. Самооцінка особистості: психологічна природа, діагностика, корекція : монографія. – Львів : Сполом, 2018. – 240 с.
10. Гірняк А. Н. Психологія харчової залежності: клініко-психологічний аспект. – *Медична психологія*. – 2016. – № 2. – С. 42–47.
11. Гуменюк Л. Й. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2019. – 232 с.
12. Дзюба Т. М. Образ тіла та харчова поведінка: соціально-психологічний аналіз. – *Наука і освіта*. – 2017. – № 10. – С. 34–41.

13. Дутчак М. В. Психологія здоров'я : навч. посіб. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2016. – 228 с.
14. Євдокимова О. О. Психологічні детермінанти компульсивного переїдання у молоді. – *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія.* – 2019. – Вип. 62. – С. 112–121.
15. Жданова І. В. Порушення харчової поведінки в юнацькому віці: чинники ризику. – *Психологічні перспективи.* – 2018. – Вип. 31. – С. 85–94.
16. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : навч. посіб. – Київ : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
17. Карамушка Л. М. Психологічне здоров'я особистості : навч. посіб. – Київ : Логос, 2017. – 224 с.
18. Кокурн О. М. Психологія стресу та копінг-поведінки : навч. посіб. – Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2016. – 184 с.
19. Колотило О. В. Психологічні особливості жінок із надмірною масою тіла. – *Проблеми сучасної психології.* – 2020. – Вип. 50. – С. 130–147.
20. Корольчук М. С. Психологія здоров'я : підручник. – Київ : КНТ, 2016. – 384 с.
21. Кремень В. Г. (ред.) Енциклопедія освіти. – Київ : Юрінком Інтер, 2017. – 1040 с.
22. Кривоногова О. В. Психосоматичні аспекти ожиріння: роль емоційної регуляції. – *Український медичний часопис.* – 2018. – № 6. – С. 41–46.
23. Кузнецова О. В. Розлади харчової поведінки: клінічні прояви і психотерапія : навч. посіб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. – 192 с.
24. Лісова О. П. Дефіцит самооцінки як предиктор залежної поведінки. – *Психологія: реальність і перспективи.* – 2019. – Вип. 13. – С. 98–103.
25. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2016. – 592 с.

26. Маркова М. В., Піонтковська О. В. Депресія, тривога та харчова поведінка при ожирінні. – *Медична психологія*. – 2020. – № 3. – С. 10–17.
27. Мартинюк І. А. Психотерапевтичні підходи у роботі з РХП: огляд ефективності. – *Психологічний журнал*. – 2021. – № 2. – С. 59–72.
28. Мельник Ю. Б. Психологія харчової поведінки студентської молоді. – *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Психологія*. – 2017. – Т. 22, вип. 2. – С. 44–52.
29. Міщенко Т. М. Клінічна психологія : навч. посіб. – Харків : Факт, 2018. – 368 с.
30. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. – Київ : Центр учбової літератури, 2017. – 624 с.
31. Набочук А. М. Гендерні аспекти образу тіла та самооцінки. – *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. – 2018. – № 2. – С. 109–114.
32. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : навч. посіб. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2016. – 448 с.
33. Паламарчук Л. Д. Психологічна допомога жінкам із харчовою залежністю : кваліфікаційна робота. – Умань, 2023. – 70 с.
34. Панок В. Г. Практична психологія. Теорія і практика : навч. посіб. – Київ : Ніка-Центр, 2016. – 328 с.
35. Петрунько О. В. Психологія масової комунікації : навч. посіб. – Київ : КНТ, 2018. – 272 с.
36. Поліщук М. Є. Психологічні чинники ожиріння та харчової поведінки. – *Проблеми сучасної психології*. – 2017. – Вип. 38. – С. 271–283.
37. Романенко О. В. Психологічні механізми залежної поведінки : монографія. – Київ : Кондор, 2018. – 272 с.
38. Смоляр Н. І. Харчова поведінка та емоційні порушення: взаємозв'язок і корекція. – *Вісник Національного університету оборони України*. – 2019. – № 4. – С. 156–162.

39. Титаренко Т. М. Психологія життєтворення особистості : монографія. – Київ : Либідь, 2016. – 320 с.
40. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина: сучасні підходи : навч. посіб. – Київ : Медкнига, 2018. – 240 с.
41. Beck J. S. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. – 3rd ed. – New York : Guilford Press, 2020. – 434 p.
42. Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. – New York : Basic Books, 2019. – 440 p.
43. Cash T. F. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. – 2nd ed. – New York : Guilford Press, 2016. – 512 p.
44. Cooper Z., Fairburn C. G. The treatment of eating disorders: A transdiagnostic perspective. – In: *Handbook of Eating Disorders*. – 2017. – P. 317–336.
45. Fitzsimmons-Craft E. E., Bardone-Cone A. M. Eating disorders and social media: A systematic review. – *Current Psychiatry Reports*. – 2021. – Vol. 23. – P. 1–12.
46. Levine M. P., Smolak L. *The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders*. – New York : Routledge, 2016. – 416 p.
47. Lindvall Dahlgren C., Wisting L., Rø Ø. Feeding and eating disorders in DSM-5: clinical implications. – *Current Opinion in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30(6). – P. 462–468.
48. Tiggemann M., Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. – *International Journal of Eating Disorders*. – 2017. – Vol. 50(1). – P. 1–9.
49. Treasure J., Duarte T. A., Schmidt U. Eating disorders. – *The Lancet*. – 2020. – Vol. 395(10227). – P. 899–911.
50. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. – *Current Diabetes Reports*. – 2018. – Vol. 18. – P. 1–8.

51. Wade T. D., O'Shea A., Shafran R. Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A review. – *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 13. – P. 91–114.
52. World Health Organization. Obesity and overweight : Fact sheet. – Geneva : WHO, 2021.
53. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Feeding or eating disorders. – Geneva : WHO, 2019.
54. Zickgraf H. F., Ellis J. M. Initial validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS). – *Appetite*. – 2018. – Vol. 123. – P. 32–42.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

**Приклади типових когнітивних спотворень у людей з надмірною вагою**

У процесі психологічного аналізу проблеми надмірної ваги особливу увагу доцільно приділяти когнітивним спотворенням як стійким мисленнєвим шаблонам, що впливають на емоційний стан, самооцінку та поведінкову саморегуляцію. У людей з надмірною вагою когнітивні спотворення найчастіше актуалізуються у ситуаціях соціального порівняння, оцінювання зовнішності, контролю харчування та переживання харчових зривів. Вони підтримують негативний образ тіла, внутрішню стигматизацію та дезадаптивні моделі харчової поведінки.

Нижче наведено приклади найбільш типових когнітивних спотворень, характерних для осіб із надмірною вагою, з описом їх змісту, емоційних реакцій та поведінкових наслідків.

<b>Когнітивне спотворення</b>	<b>Типовий приклад автоматичної думки</b>	<b>Емоційна реакція</b>	<b>Поведінкові наслідки</b>
<b>Катастрофізація</b>	«Я з'їла зайве – тепер усе зруйновано, я ніколи не зможу схуднути»	Безсилля, тривога, відчай	Харчовий зрив, відмова від спроб змін
<b>Дихотомічне мислення («все або нічого»)</b>	«Або я ідеально тримаю дієту, або я слабка і безвольна»	Провина, фрустрація	Цикли “обмеження – зрив”, жорсткі дієти
<b>Персоналізація</b>	«Вони дивляться на мене, бо я повна»	Сором, соціальна тривога	Уникнення соціальних ситуацій
<b>«Читання думок»</b>	«Усі думають, що я лінива і не контролюю себе»	Сором, злість на себе	Зниження самооцінки, ізоляція
<b>Надузагальнення</b>	«Я завжди все	Безнадійність	Відмова від

	псу, у мене ніколи нічого не виходить»		змін, пасивність
<b>Знецінення позитивного</b>	«Я трохи схудла, але це не рахується»	Розчарування	Зниження мотивації, припинення зусиль
<b>Емоційне обґрунтування</b>	«Я почуваюся огидно – значить, зі мною справді щось не так»	Самознецінення	Переїдання як емоційна компенсація
<b>Порівняння не на свою користь</b>	«У всіх виходить, а я одна така»	Заздрість, сором	Посилення самокритики, уникнення
<b>Навіщування ярликів</b>	«Я жирна і слабка людина»	Сором, депресивні переживання	Закріплення негативної Я-концепції
<b>Фокусування на недоліках</b>	«Всі бачать тільки мою вагу»	Тривога, напруження	Постійний самоконтроль, тілесна тривога

Наведені приклади демонструють, що когнітивні спотворення у людей з надмірною вагою мають переважно самознецінювальний та катастрофічний характер і тісно пов'язані з образом тіла, самооцінкою та соціальним оцінюванням. Вони формують стійке дезадаптивне коло: негативна інтерпретація ситуації – інтенсивні емоції (сором, провина, тривога) – харчова поведінка як спосіб регуляції – посилення самокритики. Усвідомлення та корекція таких когнітивних спотворень є ключовим напрямом психологічної допомоги в роботі з проблемою надмірної ваги.

## ДОДАТОК Б.

**Програма психологічної корекції когнітивних спотворень та  
особистісних чинників надмірної ваги**

**Мета програми:** зниження вираженості когнітивних спотворень, пов'язаних із образом тіла та самооцінкою; розвиток навичок емоційної регуляції, самоприйняття та адаптивної харчової поведінки.

**Форма роботи:** індивідуальна / групова

**Тривалість заняття:** 60–90 хв.

**Методологічна основа:** когнітивно-поведінкова терапія, елементи майндфулнес, самоспівчуття, навички емоційної регуляції

**Структура програми**

<b>№ заняття</b>	<b>Тема заняття</b>	<b>Мета</b>	<b>Основний зміст і методи</b>
1	Вступ. Формування безпечного терапевтичного простору	Психоосвіта, мотивація	Знайомство, правила, контракт, пояснення зв'язку думок, емоцій і харчування
2	Психоосвіта: надмірна вага як біопсихосоціальний феномен	Зниження стигми	Роль особистості, стресу, середовища; нормалізація проблеми
3	Самооцінка і образ тіла	Усвідомлення Я-концепції	Аналіз ставлення до тіла, тілесні переконання
4	Внутрішня стигма та соціальний тиск	Усвідомлення інтеріоризації	Робота з соціальними повідомленнями, стигматичними установками
5	Когнітивні спотворення: ідентифікація	Розпізнавання думок	Навчання виявленню автоматичних думок
6	Типові спотворення при надмірній вазі	Усвідомлення шаблонів	Катастрофізація, дихотомія, ярлики
7	Когнітивна	Зміна мислення	Техніка «докази за і

	реструктуризація (I)		проти»
8	Когнітивна реструктуризація (II)	Формування альтернатив	Переоцінка переконань, гнучке мислення
9	Емоційна регуляція та харчування	Зниження емоційних зривів	Розрізнення голоду та емоцій
10	Емоційне переїдання	Усвідомлення функцій їжі	Аналіз тригерів, заміщення
11	Самоконтроль і волюва регуляція	Посилення саморегуляції	Планування, відкладене задоволення
12	Робота з імпульсивністю	Зниження імпульсивних рішень	Техніки паузи, «стоп-реакція»
13	Сором, провина і самокритика	Зменшення самознецінення	Робота з внутрішнім критиком
14	Самоспівчуття як ресурс	Підтримка Я	Техніки self-compassion
15	Майндфулнес і тілесна усвідомленість	Контакт із тілом	Усвідомлене харчування
16	Харчові зриви: аналіз циклу	Профілактика рецидивів	Модель «зрив — відновлення»
17	Соціальні ситуації та впевненість	Подолання уникнення	Асертивність, кордони
18	Формування нових поведінкових стратегій	Закріплення навичок	Поведінкові експерименти
19	Інтеграція змін	Усвідомлення прогресу	Аналіз досягнень
20	Завершення програми	Профілактика рецидиву	План підтримки, підсумок

### Очікувані результати програми

- зниження рівня когнітивних спотворень;
- підвищення самооцінки та самоприйняття;
- зменшення емоційного переїдання;
- розвиток навичок саморегуляції;
- зниження внутрішньої стигматизації.