

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**  
**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**  
**Кафедра загальної та клінічної психології**

На правах рукопису

**МАЗУР ЛЮДМИЛА ПЕТРІВНА**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ**  
**У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА**

Спеціальність 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія  
Робота на здобуття другого (магістерського) рівня

Науковий керівник:  
**ШЕВЧУК ОЛЬГА ПЕТРІВНА**  
кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри загальної та клінічної  
психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № \_\_\_\_\_

засідання кафедри загальної та  
клінічної психології

від \_\_\_\_\_ 2025 р.

Завідувач кафедри  
проф. Журавльова О. В. \_\_\_\_\_

**ЛУЦЬК 2025**

## АНОТАЦІЯ

Мазур Людмила Петрівна. Психологічні особливості харчової поведінки у осіб із надлишковою масою тіла. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

Наукове дослідження присвячене теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню особливостей харчової поведінки в осіб із надлишковою масою тіла. Для реалізації завдань дослідження на базі Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України та КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР проведено емпіричне дослідження із методиками: Голландський опитувальник харчової поведінки, Шкала дослідження порушень харчової поведінки, Шкала психологічного благополуччя К.Рифф, Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор.

У ході аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що:

1. Теоретичний аналіз даних наукових досліджень щодо порушень харчової поведінки засвідчує значну різноманітність її проявів на субклінічному етапі у контексті маси тіла, а також взаємозв'язок із психологічними особливостями. Зміни патернів харчової поведінки є складною багатофакторною системою, ґрунтуються на фізіологічних особливостях та залежать від ряду соціальних і демографічних параметрів: віку, статі, соціально-економічного статусу, родинного стану і підтримки, а також стану здоров'я загалом. Триваючий військовий конфлікт погіршує ступінь порушень харчової поведінки та психологічні параметри у популяції.

2. За результатами DEBQ у обох групах індекс екстернальної ХП був вищим від норми. Респонденти із надлишковим ІМТ демонстрували вірогідно вищі показники за індексами обмежувального та емоціогенного типу ХП ( $2,91 \pm 0,90$  і  $2,18 \pm 0,98$  балів,  $p < 0,05$ ). У групі 1 порівняння значення цих індексів були на рівні  $2,14 \pm 0,72$  і  $1,78 \pm 0,80$  балів та не виходили за межі норми.

За шкалою EDE-Q спостерігали вірогідне переважання загального індексу

EDE-Q та субшкал при підвищеному ІМТ. За шкалою «Обмеження» індекси становили  $5,47 \pm 1,75$  балів у групі 1 і  $1,39 \pm 1,28$  балів у групі 2, «Занепокоєння щодо їжі» -  $3,20 \pm 1,03$  і  $0,65 \pm 0,54$  балів, «Занепокоєння формою тіла» -  $7,43 \pm 1,52$  і  $2,14 \pm 1,57$  балів, «Стурбованість вагою» -  $6,39 \pm 1,27$  і  $1,78 \pm 1,27$  балів, а також за загальним індексом шкали EDE-Q -  $5,57 \pm 1,00$  і  $1,60 \pm 1,33$  балів.

3. У групі 1 встановлено сильну позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами EDE-Q «Обмеження» ( $r=0,7570$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q «Стурбованість вагою» ( $r=0,6616$ ,  $p<0,01$ ), середньої сили позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами DEBQ «Обмежувальна ХП» ( $r=0,6255$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q «Занепокоєння щодо їжі» ( $r=0,3644$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q «Занепокоєння формою тіла» ( $r=0,5970$ ,  $p<0,01$ ) і загальним індексом опитувальника EDE-Q ( $r=0,6096$ ,  $p<0,01$ ) та негативний середньої сили взаємозв'язок між ІМТ і шкалою DEBQ «Екстернальна ХП» ( $r=-0,4566$ ,  $p<0,01$ ). У осіб із підвищеною масою тіла не виявлено кореляції середньої сили чи сильної між ІМТ і шкалами EDE-Q і DEBQ.

4. Відмічено тенденцію до гірших показників психологічного благополуччя при підвищеному ІМТ відносно респондентів групи 1 за загальним індексом опитувальника К. Ріфф ( $61,3 \pm 8,6$  проти  $65,4 \pm 5,9$  балів), проте як за загальним індексом опитувальника, так і за його окремими шкалами вірогідної відмінності між особами із нормальним та підвищеним рівнями ІМТ не спостерігали.

5. При дослідженні тривожності у обох групах дослідження переважали підгрупа середнього (з тенденцією до високого) рівня тривожності (42,9 % респондентів з нормальним ІМТ і 42,1 % осіб з надлишковою вагою), а також підгрупа високого рівня тривожності (38,1 % і 36,8 % осіб). Середній (з тенденцією до низького) рівень тривожності презентували 19,0 % та 21,1 % учасників. Вірогідної відмінності дисперсії за рівнями в контексті ІМТ не виявлено ( $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,98$ ).

6. У осіб з нормальним ІМТ відмічено середньої сили асоціацію індексу психологічного благополуччя з обмежувальною ХП ( $r=-0,4640$ ,  $p<0,01$ ), емоціогенною ХП ( $r=-0,5982$ ,  $p<0,01$ ), екстернальною ХП ( $r=0,5742$ ,  $p<0,01$ ) та індексом EDE-Q ( $r=-0,6200$ ,  $p<0,01$ ). Відмічено сильну кореляцію між

показниками тривожності і обмежувальною ХП ( $r=0,7157$ ,  $p<0,01$ ) та індексом EDE-Q ( $r=0,7400$ ,  $p<0,01$ ), а також різнонаправлений середньої сили – із емоціогенною ХП ( $r=0,5931$ ,  $p<0,01$ ), екстернальною ХП ( $r=-0,4022$ ,  $p<0,01$ ). У групі осіб із надлишковим ІМТ переважала слабка кореляція між індексами опитувальників щодо ХП та психологічними показниками.

Магістерська робота має перспективу подальших досліджень з метою дослідження додаткових факторів, які впливають на порушення харчової поведінки, а також розроблення комплексних програм психологічної підтримки для осіб, котрі мають надлишкову вагу.

**Ключові слова:** індекс маси тіла, харчова поведінка, психологічне благополуччя, тривожність.

## ANNOTATION

Mazur Lyudmyla Petrivna. Psychological characteristics of eating behaviour in overweight individuals. – Manuscript.

Final qualification work for the degree of Master in Psychology, specialisation 053. Educational and professional programme Clinical Psychology. – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The scientific research is devoted to the theoretical justification and empirical study of the characteristics of eating behaviour in overweight individuals. To implement the research tasks, an empirical study was conducted at the I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine and the Ternopil Regional Clinical Hospital of the TOR using the following methods: the Dutch Eating Behavior Questionnaire, Eating Disorder Examination, Ryff Scale of Psychological Well-Being, and the Taylor Manifest Anxiety Scale.

The analysis of the empirical study results showed that:

1. Theoretical analysis of scientific research data on eating behaviour shows a significant variety of its manifestations at the subclinical stage in the context of body weight, as well as its interconnection with psychological characteristics. Changes in eating behaviour patterns are a complex multifactorial system based on physiological characteristics and dependent on a number of social and demographic parameters: age, gender, socio-economic status, marital status and support, as well as overall health. The ongoing military conflict exacerbates the degree of eating behavior peculiarities and psychological parameters in the population.

2. According to the DEBQ results, the external EB index was higher than normal in both groups, amounting to  $2.91 \pm 0.57$  points in the comparison group and  $2.92 \pm 0.52$  points in the group with elevated BMI. Respondents with excessive BMI showed significantly higher scores on the restrictive and emotional types of EB indices ( $2.91 \pm 0.90$  and  $2.18 \pm 0.98$  points,  $p < 0.05$ ). In comparison group 1, the values of these indices were  $2.14 \pm 0.72$  and  $1.78 \pm 0.80$  points and did not exceed the norm.

According to the EDE-Q scale, a significant predominance of the EDE-Q total index and subscale scores was observed in the group with elevated BMI. On the 'Restriction' scale, the indices were  $5.47 \pm 1.75$  points in group 1 and  $1.39 \pm 1.28$

points in group 2, on the 'Concern about food' scale -  $3.20 \pm 1.03$  and  $0.65 \pm 0.54$  points, on the 'Body Shape Concern' scale -  $7.43 \pm 1.52$  and  $2.14 \pm 1.57$  points, on the 'Weight Concern' scale -  $6.39 \pm 1.27$  and  $1.78 \pm 1.27$  points, and on the EDE-Q total index -  $5.57 \pm 1.00$  and  $1.60 \pm 1.33$  points.

3. In group 1, a strong positive correlation was found between BMI and the EDE-Q scales 'Restriction' ( $r=0.7570$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q 'Weight Concern' ( $r=0.6616$ ,  $p<0,01$ ), a moderate positive correlation between BMI and the DEBQ 'Restrictive Eating' ( $r=0.6255$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q 'Food Concern' ( $r=0.3644$ ,  $p<0,01$ ), EDE-Q 'Body Shape Concern' ( $r=0.5970$ ,  $p<0,01$ ) and the overall EDE-Q questionnaire index ( $r=0.6096$ ,  $p<0,01$ ), and a moderate negative correlation between BMI and the DEBQ 'External Eating' scale ( $r=-0.4566$ ,  $p<0,01$ ). In individuals with increased body weight, no moderate or strong correlation was found between BMI and the EDE-Q and DEBQ scales.

4. A tendency towards poorer psychological well-being was noted in individuals with elevated BMI compared to respondents in group 1 according to the overall K. Riff questionnaire index ( $61.3 \pm 8.6$  vs.  $65.4 \pm 5.9$  points), however, no significant differences were observed between individuals with normal and elevated BMI levels, either in terms of the overall questionnaire index or its individual scales.

5. When studying anxiety in both study groups, the subgroup with moderate (tending towards high) anxiety levels prevailed (42.9% of respondents with normal BMI and 42.1% of overweight individuals), as well as the subgroup with high anxiety levels (38.1% and 36.8% of individuals). Moderate (with a tendency towards low) anxiety levels were present in 19.0% and 21.1% of participants, respectively. No significant difference in dispersion between the study groups was found ( $\chi^2=0.04$ ,  $p=0.98$ ).

6. In individuals with normal weight, a moderate association was observed between the general index of psychological well-being and the indices of EB types: restrictive EB ( $r=-0.4640$ ,  $p<0,01$ ), emotional EB ( $r=-0.5982$ ,  $p<0,01$ ), external EB ( $r=0.5742$ ,  $p<0,01$ ), as well as with the overall EDE-Q questionnaire index ( $r=-0.6200$ ,  $p<0,01$ ). A strong correlation was noted between anxiety indicators and restrictive EB ( $r=0.7157$ ,  $p<0,01$ ) and the overall EDE-Q index ( $r=0.7400$ ,  $p<0,01$ ), as well as a multidirectional correlation of moderate strength with emotional EB

( $r=0.5931$ ,  $p<0,01$ ) and external eating behaviour ( $r=-0.4022$ ,  $p<0,01$ ). In the group of overweight individuals, weak correlations prevailed between the levels of the EB questionnaire indices and the indicators of psychological well-being and anxiety.

The master's thesis has the potential for further research to investigate additional factors that influence eating disorders, as well as the development of comprehensive psychological support programmes for overweight individuals.

Keywords: body mass index, eating behaviour, psychological well-being, anxiety.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	9
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА</b> .....	14
1.1. Особливості харчової поведінки в контексті демографічних факторів .....	14
1.2. Особливості розвитку порушень харчової поведінки у контексті надлишкової маси тіла.....	16
1.3. Зв'язок харчової поведінки з психологічним благополуччям, тривогою та іншими психопатологічними ознаками.....	23
1.4. Оцінка інструментів дослідження та корекції харчової поведінки й психоемоційного стану.....	27
<b>Розділ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА</b> .....	32
2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження .....	32
2.2. Характеристика респондентів, включених у дослідження.....	37
2.3. Особливості харчової поведінки у контексті рівня індексу маси тіла ..	39
2.4. Психологічне благополуччя та тривожність в контексті рівня індексу маси тіла .....	46
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	55
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	62
<b>ДОДАТКИ</b> .....	68

## ВСТУП

**Обґрунтування актуальності дослідження.** Питання порушень харчової поведінки набуває найбільшої гостроти та актуальності в умовах зростання поширеності надлишкової ваги та різноманітних стресових впливів. Тому дослідження взаємозв'язку особливостей харчової поведінки та психологічних характеристик в контексті індексу маси тіла відкриває нові перспективи для розуміння основ цих порушень та формування нових підходів до їх корекції.

Вивченню особливостей харчової поведінки, зокрема на етапі субклінічних її порушень, фізіологічним механізмам їх формування присвячені численні публікації, зокрема Chew H., Power D., Frank G., Van Strien T., Tsompanaki E., Güner Ö., Dakanalis A., Frank G. та Van Strien T.

Дослідження психологічного благополуччя, тривожності, резилієнтності, а також ряду інших психопатологічних ознак і психологічних особливостей у загальній популяції та у контексті індексу маси тіла розкриті у наукових працях McCuen-Wurst C., Tsompanaki E., Ye Z., Power D., Langdon-Daly J., Obara-Golwbiowska M. Питання взаємозв'язків особливостей харчової поведінки, якості життя і психологічного благополуччя та надлишкової маси тіла детально проаналізовано у оглядових мета-аналізах Linardon J. & Brennan L., Vartanian L. R. & Porter, A. M.

Проте, попри значний обсяг досліджень, аспекти харчової поведінки в умовах сучасного українського суспільства мають особливості, які залишаються недостатньо висвітленими. Зокрема, потребує детального аналізу взаємозв'язок патернів харчової поведінки та їх асоціація із психологічним благополуччям та тривожністю.

Таким чином, дослідження асоціації між харчовою поведінкою і психопатологічними параметрами не лише заповнює існуючі прогалини в наукових знаннях, але й має суттєве практичне значення для формування ефективних диференційованих стратегій психологічної підтримки у осіб із різною масою тіла в умовах сучасного українського суспільства.

**Об'єкт дослідження** – харчова поведінка.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості харчової поведінки при підвищеному індексі маси тіла та її взаємозв'язок із психологічним благополуччям і тривожністю.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості харчової поведінки в осіб із надлишковою масою тіла.

Відповідно було сформульовано такі **дослідницькі завдання**:

1. Проаналізувати сучасні психологічні дослідження особливостей харчової поведінки у осіб із надлишковою масою тіла.
2. Дослідити емпірично особливості харчової поведінки у популяціях із нормальною та надлишковою вагою.
3. Встановити взаємозв'язок між особливостями харчової поведінки та рівнем індексу маси тіла в популяціях із нормальним і підвищеним індексом маси тіла.
4. Емпірично дослідити рівень психологічного благополуччя при надмірному індексі маси тіла.
5. Встановити вираженість тривоги у контексті нормального чи надмірного індексу маси тіла.
6. Дослідити взаємозв'язок між особливостями харчової поведінки та станом психологічного благополуччя і вираженістю тривоги в популяціях із нормальним і підвищеним індексом маси тіла.

**Теоретико-методологічною основою дослідження виступили:**

Вивчення особливостей харчової поведінки, зокрема на етапі субклінічних її порушень, визначається значною поширеністю проблеми надлишкової ваги і ожиріння серед населення більшості країн. Питанням порушень харчових патернів присвячені численні публікації, зокрема Chew H., Power D., Frank G., Van Strien T., Tsompanaki E., Güner Ö., Dakanalis A., а щодо маніфестних розладів харчової поведінки базовим джерелом інформації є Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013). У наукових працях Frank G. висвітлено фізіологічні механізми, котрі сприяють прогресуванню порушень харчових звичок при надлишковій вазі, а дослідження Van Strien T. мали результатом розроблення

Голландського опитувальника харчової поведінки як одного із базових в даній сфері.

Дослідження психологічного благополуччя, тривожності, резилієнтності, а також ряду інших психопатологічних ознак і психологічних особливостей у загальній популяції та у контексті індексу маси тіла розкриті у наукових працях McCuen-Wurst C., Tsompanaki E., Ye Z., Power D., Langdon-Daly J., Obara-Golwbiowska M. Питання взаємозв'язків особливостей харчової поведінки, якості життя і психологічного благополуччя та надлишкової маси тіла детально проаналізовано у оглядових мета-аналізах Linardon J. & Brennan L., Vartanian L. R. & Porter, A. M.

Вітчизняні науковці вивчали особливості харчової поведінки та психологічні аспекти у популяціях з нормальним та надлишковим індексом маси тіла, зокрема Мельник Т.І., Бріт О.В., Огієнко О.І., Шевченко С.М. та Яковлева Є.Л., а їх результати є особливо актуальними, зважаючи на аспект триваючого військового конфлікту.

Для досягнення мети у дослідженні використовувалися такі **методи дослідження**: теоретичні (аналіз і систематизація науково-теоретичних та методичних джерел, в яких висвітлено важливі аспекти досліджуваної проблеми); організаційні методи (метод порівняння); методи обробки та інтерпретації даних – кількісні та якісні, із застосуванням методів математичної статистики (кореляційний аналіз); емпіричні - тестування із використанням методик: *Голландський опитувальник харчової поведінки* (Dutch Eating Behavior Questionnaire), DEBQ (Van Strien T. Et al., 1986), *Шкала дослідження порушень харчової поведінки* (Eating Disorder Examination), EDE (Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M., 2014), *Шкала психологічного благополуччя К.Рифф* (Ryff Scale of Psychological Well-Being), PWB-42 (Т.А. Seifert, 2005), *Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор* (Taylor Manifest Anxiety Scale), TMAS (Moore P.N. et al., 1984),

**База дослідження.** Рекрутація здійснена шляхом залучення осіб, котрі звернулися за медичною допомогою до лікаря-ендокринолога, дослідника в закладах Тернопільський національний медичний університет імені

І.Я. Горбачевського МОЗ України, КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР. Учасники проінформовані про дослідження дослідником і підтвердили свою добровільну згоду шляхом підписання інформованої згоди перед проведенням процедур дослідження.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження протокол № від року.

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що:

- проведено аналіз сучасних даних літератури та поглиблено уявлення про особливості харчової поведінки в популяції залежно від рівня індексу маси тіла;
- встановлено аспекти харчової поведінки, психологічного благополуччя та тривожності в контексті індексу маси тіла;
- досліджено взаємозв'язки між показниками харчової поведінки, психологічного благополуччя і тривожності у осіб із нормальною та надлишковою вагою.

**Практична значущість** одержаних результатів полягає в тому, що:

- напрацювання емпіричного дослідження дозволяють покращити розуміння різнонаправленості взаємозв'язків між особливостями харчової поведінки, психологічним благополуччям та тривожністю в контексті нормальної і надлишкової ваги;
- отримані результати можуть бути використані для практиків у сфері психології в роботі з клієнтами для розробки диференційованого підходу при корекції харчової поведінки, враховуючи показники індексу маси тіла.

**Апробація результатів.**

Результати наукового дослідження опубліковано у статті в науковому фаховому рецензованому виданні України (категорія «Б»):

1. Мазур, Л., Шевчук, О. (2025). Психологічні особливості харчової поведінки у контексті індексу маси тіла. *Психологічні перспективи*, (46).

Результати наукового дослідження апробовано та оприлюднено у формі усних виступів:

1. IV Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні

проблеми клінічної психології та нейропсихології», яка відбулася 5-6 червня 2025 року в м. Луцьк, Україна та опубліковано у збірнику матеріалів та представлено у публікації: Мазур Л.П. Сучасний стан проблеми надлишкової ваги: психологічні і медичні аспекти. *«Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології»*: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, м. Луцьк, 5-6 червня 2025 р. Вежа-Друк, 2025. С. 44-47.

2. XX З'їзд Всеукраїнського лікарського товариства, науково-практична конференція «Нове в медицині», який відбувся 03-04 жовтня 2025 року в м.Кременець, Тернопільська область, та представлено у публікації: Мазур Л.П. Харчова поведінка і надлишкова вага: сучасний стан проблеми. *XX З'їзд Всеукраїнського лікарського товариства, науково-практична конференція «Нове в медицині»*: Збірник матеріалів, 03-04 жовтня 2025 р. Кременець, 2025. С. 29-30.

3. XIII науковий симпозіум з міжнародною участю «Імунопатологія при захворюваннях органів дихання і травлення», що відбулася 09-10 жовтня 2025 року в м.Тернопіль, Україна.

4. IV міжнародна науково-практична конференція «Медсестринство та виклики сьогодення: шляхи розвитку», що відбулася 21-22 жовтня 2025 року в м.Тернопіль, Україна, та представлено у публікації: Мазур Л.П. Аспекти харчової поведінки в аспекті індексу маси тіла за даними опитувальника EDE-Q. *«Медсестринство та виклики сьогодення: шляхи розвитку»*: Матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції, м. Тернопіль, 21-22 жовтня 2025 р., С. 57-59.

**Структура роботи:** магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 5 рисунків та 9 таблиць. Список використаних джерел налічує 62 найменування. Повний обсяг роботи – 86 сторінок.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

### 1.1. Особливості харчової поведінки в контексті демографічних факторів

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, надлишкова вага і ожиріння є одними з провідних проблем громадського здоров'я у світі, що пов'язана з високими ризиками розвитку метаболічних, серцево-судинних та психічних розладів (World Health Organization, 2023). ВООЗ підкреслює багатофакторний характер проблеми, де поєднуються біологічні, соціальні та культурні детермінанти. Зростання поширеності надлишкової ваги та/або ожиріння спостерігається серед населення усіх регіонів світу (Boutari, Mantzoros, 2022).

Серед дорослого населення загалом по США оціночна зміна відсотка поширеності надмірної ваги та ожиріння у період з 1990 по 2021 рік зросла на 25,6 % для чоловіків та 47,9 % для жінок. Згідно із прогнозами, загальна кількість людей з надмірною вагою та ожирінням у віці 25 років і старше до 2050 року становитиме 213 млн, з яких 146 млн матимуть ожиріння (GBD 2021 US Obesity Forecasting Collaborators, 2024).

В країнах Близького Сходу поширеність ожиріння залишалася стабільною з 2000 по 2006 рік і з 2014 по 2020 рік і становила в середньому 23 %, тоді як поширеність надмірної ваги зменшилася з 34,83% до 32,85 %. З 2000 по 2006 рік найвища поширеність ожиріння була в Саудівській Аравії, 39,6 %, з 2014 по 2020 рік – в Омані, 67,81 %. З 2000 по 2006 рік найвища поширеність надлишкової ваги спостерігалася в Кувейті – 44,85 %, а з 2014 по 2020 рік – в Йорданії, 39,94 % (Okati-Aliabad, Ansari-Moghaddam, Kargar, Jabbari, 2022).

Надмірна вага та ожиріння досягли епідемічних масштабів у Європейському регіоні, вразивши майже 60 % дорослих (Boutari, Mantzoros,

2022). Згідно з даними дослідження у восьми країнах Європи у період 2017-2018 років, 48,1 % учасників повідомили про надмірну вагу або ожиріння (54,1 % чоловіків і 42,5 % жінок), а 12,6 % – про ожиріння (11,3 % чоловіків і 13,8 % жінок). Поширеність ожиріння була пов'язана з більш високим віком і нижчим рівнем освіти та соціально-економічним статусом (Stival, Lugo, Odone, 2022).

Згідно із даними дослідження STEPS, в Україні в 2019 році поширеність проблеми надмірної ваги становило 59,0%, а ожиріння – 24,8 %. Жінки страждали ожирінням частіше, ніж чоловіки (29,8% проти 20,1%) (STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019, 2020).

Економічні втрати внаслідок ожиріння в середньому становлять 1,8 % валового внутрішнього продукту (ВВП) за результатами дослідження у восьми країнах. До 2060 року прогнозується зростання економічних наслідків ожиріння в середньому до 3,6 % ВВП. Зниження поширеності ожиріння на 5 % від прогнозованого рівня або утримання його на рівні 2019 року призведе до середнього щорічного зниження економічних витрат на 5,2 % та 13,2 % відповідно у період з 2020 по 2060 рік у восьми країнах (Okunogbe, Nugent, Spencer, Ralston, Wilding, 2021).

В літературі простежуються неоднозначні результати щодо демографічних параметрів, які визначають виникнення чи прогресування особливостей та порушень харчової поведінки, але можна визначити ряд закономірностей.

Вік. Молодші дорослі та підлітки проявляють вищу частоту дисрегульованих харчових патернів (особливо імпульсивне переїдання), хоча BED і емоційне харчування зустрічаються в усіх вікових групах (Chew, 2025; Power, 2021).

Стать. Хоча багато розладів харчової поведінки традиційно асоціюються з жінками, BED має значне поширення серед чоловіків; емоційне харчування також не є виключно жіночою проблемою (Frank, 2022; Van Strien, 2018; Tsompanaki, 2025).

Працевлаштування, освіта, соціально-економічний статус (SES). Низький SES та пов'язана з ним харчова невизначеність (food insecurity) інколи

підвищують ризик дисрегуляції харчування (через стрес, обмежений доступ до здорової їжі), але результати залежать від контексту країни та демографічних груп (Tsompanaki, 2025).

Родинний стан і підтримка. Наявність стабільної соціальної підтримки й функціонуючої сім'ї асоціюється з меншим ризиком дезадаптивних харчових моделей; відсутність підтримки є додатковим фактором ризику. Сімейні патерни харчування в дитинстві й ранній досвід також мають вплив (Helsinki institute / news summary, 2025; Güner, Aydin, 2022).

Анамнез захворювань (тривалість і важкість). Хронічні соматичні захворювання та тривала боротьба із зайвою вагою можуть посилювати психологічний тиск, що у деяких осіб підсилює емоційне харчування й ризик розвитку BED; проте ступінь цього впливу варіює (Яковлева, 2018; Tsompanaki, 2025).

## **1.2. Особливості розвитку порушень харчової поведінки у контексті надлишкової маси тіла (НМТ)**

Основним діагностичним керівництвом щодо діагностики та менеджменту порушень харчової поведінки, а також розладів харчової поведінки, таких як нервова булімія, синдром компульсивного переїдання та інші. Кожній дисфункції та розладу присвячено окремий розділ з детальним описом симптомів, поширеності, розбіжних діагнозів та коморбідності (American Psychiatric Association, 2013). Для дослідження психологічних особливостей харчової поведінки ця рекомендація забезпечує чітку методологічну основу. Одним з фундаментальних положень є те, що надлишкова маса тіла часто може бути пов'язана не просто з «відсутністю сили волі», а з конкретними діагностичними категоріями, які мають свої психологічні механізми, що дозволяє наблизитися до розуміння причин і вибрати адекватні методи корекції.

Сучасні дослідження доводять, що розлади харчової поведінки мають тісний зв'язок із дисфункціями у системі винагороди головного мозку. Frank

G.K.W. (2022) показує, що змінена реактивність до харчових стимулів може пояснювати компульсивне переїдання та складність його подолання. Таким чином, біологічний підхід допомагає зрозуміти адиктивний характер порушень харчування (Frank, 2022).

Психологічні особливості відіграють ключову роль у розвитку харчових порушень. Дослідження Мельник Т.І. (2022) виявило, що низька стресостійкість корелює з хаотичним, нерегульованим харчуванням. Люди з низькими копінг-ресурсами частіше використовують їжу як спосіб зниження емоційного напруження. Це підтверджує необхідність розвитку адаптивних стратегій подолання стресу у профілактиці розладів харчової поведінки (Мельник, 2022).

У клінічній психіатрії і поведінкових науках виділяють кілька ключових форм дисфункціональної харчової поведінки, що асоціюються з надлишковою масою тіла.

Компульсивне/біндж-харчування (Binge Eating Disorder, BED) — повторювані епізоди великих прийомів їжі з відчуттям втрати контролю, без регулярних компенсаторних дій; частіше зустрічається у осіб із надмірною вагою/ожирінням. У багатьох клінічних вибірках захворюваність BED у пацієнтів, які звертаються за лікуванням ожиріння, є високою (Frank, 2022; Chew, 2025).

Емоційне харчування (Emotional Eating) — тенденція їсти у відповідь на негативні емоції (тривога, сум, нудьга, стрес). Емоційне харчування асоціюється з надмірним енергетичним споживанням, вагою та труднощами у контролі ваги (Dakanalis, 2023; Van Strien, 2018; Бріт, 2018).

Синдром нічного харчування (NES) — надмірне споживання калорій у вечірні/нічні години, порушення сну; також пов'язаний з вищим ІМТ (Van Strien, 2018).

«Food addiction» (компоненти залежної поведінки щодо їжі) — дискусійна концепція, яка описує певні харчові патерни як аналогічні залежності (переважно високооброблені продукти з високим вмістом

жирів/цукрів) і пов'язується з імпульсивністю, низькою самооцінкою та вищим ВМІ (Огієнко, 2020).

Ці феномени часто перетинаються і можуть співіснувати в одній особі; важливо також розрізнати клінічні розлади харчової поведінки (як BED) і субклінічні дисрегуляції (як емоційне харчування), які однаково мають значення для втручань і профілактики.

Стаття голландської дослідниці Van Strien T., яка є автором відомого опитувальника DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire), присвячена явищу емоційного харчування. Автор розглядає психологічні механізми, через які негативні емоції (стрес, тривога, сум) призводять до споживання їжі, а також гендерні особливості цього явища. В роботі чітко показано, що емоційне переїдання є одним з головних чинників розвитку та підтримання надлишкової ваги. Висновок дослідниці полягає в тому, що для ефективного лікування необхідно «узгоджувати» терапію з причиною ожиріння; для «емоційних їдців» найефективнішими будуть інтервенції, спрямовані на навчання розпізнаванню емоцій та розвиток альтернативних способів регуляції емоційного стану (Van Strien, 2018).

Психологічні чинники формування надлишкової маси тіла у дорослих досліджувалися і українськими дослідниками. Так, Бріт О. В. (2018) проаналізувала специфічні психологічні чинники, такі як рівень тривожності, самооцінка, особливості мотивації, які сприяють формуванню надлишкової ваги у дорослих. Стаття має важливе значення для дослідження, оскільки вона розглядає проблему в українському соціокультурному контексті, що може мати свої специфічні риси. Висновки роботи полягають у підтвердженні зв'язку між низькою самооцінкою, підвищеною тривожністю та схильністю до хаотичного харчування, що обґрунтовує необхідність включення психокорекції цих станів у програми схуднення (Бріт, 2018). Українська дослідниця Огієнко О. І. (2020) у своїй праці презентує результати власного дослідження, спрямованого на вивчення відмінностей у емоційно-особистісній сфері (рівень рефлексії, життєстійкість, самоствалення) між особами з нормальною та надлишковою масою тіла. Робота є цінним джерелом для емпіричної частини дослідження,

оскільки пропонує конкретні методики та результати, з якими можна порівняти власні дані. В даній праці переконливо доведено, що особи з надлишковою вагою характеризуються вищим рівнем рефлексії («зацикленість» на проблемах), нижчою життєстійкістю та більш негативним самостваренням, що підкреслює роль цих психологічних змінних у формуванні харчової поведінки (Огієнко, 2020).

У літературі виділяють кілька основних психометричних і психодинамічних детермінант порушень харчової поведінки (ПХП):

- Емоційна регуляція та стрес. Дефіцити в емотивній регуляції (нездатність ефективно справлятися з негативними емоціями) — посередник між стресом і компульсивним харчуванням. Особи, які практикують емоційне харчування, використовують їжу як спосіб саморегуляції емоцій (у т.ч. для зниження негативного афекту). Це підтверджено широкою базою досліджень і мета-аналізів (Dakanalis, 2023; Бріт, 2018; Подлубна, 2019).

- Тривога та депресивні симптоми. Високий рівень тривоги і депресії часто асоціюється з підвищеною ймовірністю епізодів переїдання та емоційного харчування. Кореляційні дослідження демонструють помірні/сильні зв'язки між показниками тривоги/депресії і шкалами емоційного харчування й BED (Бріт, 2018; Шевченко, 2017; McCuen-Wurst, Ruggieri, Allison, 2017).

- Перфекціонізм, чутливість до відторгнення, сором і стигматизація. Психологічні риси, такі як перфекціонізм, підвищена чутливість до критики/відкидання, внутрішній сором і стигматизація вагою, можуть створювати вразливість до негативних харчових патернів (наприклад, «приховані» епізоди компульсивного харчування як реакція на відчуття сорому) (Vazo, Frazier, 2024).

- Імпульсивність і погана інгібіція. Імпульсивність (особливо харчова імпульсивність) — значний предиктор біндж-поведінки і проблем у контролі порцій; діє разом із порушеннями виконавчих функцій (Огієнко, 2020; Подлубна, 2019).

- Біопсихосоціальні моделі. Сучасні моделі підкреслюють мультифакторіальність: генетична схильність, нейробіологічні механізми

винагороди/інгібіції, психосоціальний стрес і соціоекономічні фактори формують ризик розвитку ПХП (American psychiatric Association, 2013; Van Strien, 2018; Яковлева, 2018).

Аналізуючи проблеми розладів харчової поведінки слід звернути увагу на працю Шевченко, С. М. (2017), яка охоплює широке коло питань: від фізіології голоду та ситості до соціокультурних впливів, психологічних теорій та конкретних методів діагностики і корекції порушень. Авторка систематизує знання з цієї теми, ґрунтуючись на сучасних дослідженнях. Дана монографія глибоко розкриває таку актуальну тему, оскільки надає цілісний погляд на проблему. Висновки монографії підкреслюють, що харчова поведінка є багатофакторним явищем, а тому її дослідження та корекція вимагають інтегративного підходу, що враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти (Шевченко, 2017).

Наступна праця, яка детально досліджує феномен емоційного переїдання як одного з головних чинників розвитку ожиріння, належить Яковлєвій Є. Л. (2018). Проаналізовано психологічні механізми, що лежать в його основі: дефіцит навичок емоційної саморегуляції, низька самоєфективність, умовно-рефлекторні зв'язки між емоційним дискомфортом і споживанням їжі. Ця робота глибше розкриває ключовий аспект проблемної харчової поведінки. Наголошуючи на тому, що ефективна корекція емоційного переїдання має бути спрямована не на обмеження їжі, а на навчання клієнта розпізнавати свої емоції, прийнятні способи їх вираження та спроможністю керувати емоціями (Яковлева, 2018).

Дані про поширеність ПХП серед осіб із надлишковою масою тіла. різняться залежно від вибірки (клінічні пацієнти, населення в цілому, врахування субклінічних симптомів). Огляд досліджень показує, що серед осіб, котрі звертаються з приводу лікування ожиріння, поширеність певних порушень харчової поведінки (зокрема BED) може бути значною й залишає слід у плануванні лікування. Мета-аналізи показують підвищення ймовірності BED у клінічних групах із НМТ порівняно з загальною популяцією (Frank, 2022; Tsompanaki, 2025).

Порушення харчової поведінки, включно з епізодами неконтрольованого переїдання, емоційним харчуванням і синдромом нічного харчування, є частою супутньою проблемою у людей із надлишковою масою тіла (НМТ). Загальні оцінки частоти цих явищ суттєво різняться між дослідженнями через відмінності в методології, критеріях діагностики та типах вибірок (популяційні дослідження або вибірка пацієнтів, що звертаються з приводу лікування ожиріння) (Helsinki institute / news summary, 2025; Cerea, 2024; Vazo, Frazier, 2024).

У популяційних дослідженнях емоційне харчування зустрічається у великої частки осіб із надмірною вагою; систематичні огляди 2024–2025 рр. оцінюють високі показники емоційного харчування та його кореляцію з ІМТ (Chew, 2025; Шевченко, 2017).

Це має практичне значення: при плануванні заходів з корекції ваги потрібно враховувати наявність ПХП, оскільки повна ефективність програм залежить від корекції поведінкових і психоемоційних механізмів (Яковлева, 2018; Tsompanaki, 2025).

У клінічних вибірках, зокрема серед осіб, які звертаються по допомогу з приводу зайвої ваги або планують бариатричне втручання, частота порушень харчової поведінки (особливо біндж-харчування / BED) виявляється помітно вищою, ніж у загальній популяції. Згідно з узагальненнями, відсоток пацієнтів з ознаками переїдання у таких клінічних групах коливається в широких межах, що відображає варіабельність вибірок і методик обстеження (Smith, 2023; D`Souza, 2020).

Емоційне харчування — стратегія вживання їжі як реакції на негативні емоції — також часто реєструється серед людей з надмірною вагою. Останні систематичні огляди вказують, що значна частина респондентів з ІМТ у зоні надлишку або ожиріння демонструє підвищені показники емоційного харчування при використанні стандартизованих опитувальників; у деяких дослідженнях питома вага таких осіб сягає багатьох десятків відсотків. Це дозволяє вважати емоційне харчування поширеним феноменом у цій популяції і

важливим фактором для врахування при плануванні втручань для зниження ваги (Gillen, 2015; Pital, Ghazali, 2024; Palmeira, Cunha, Pinto-Gouveia, 2019).

Ще один формальний прояв дизрегульованої харчової поведінки – синдром нічного харчування (NES). Він виявляється частіше у людей з ожирінням порівняно із загальною популяцією. Оцінки частоти NES у групах із НМТ теж варіюють, але кілька оглядів і проспективних досліджень повідомляли про помітні частки (на рівні кількох відсотків до понад десяти відсотків у певних вибірках). Це вказує на те, що NES є клінічно релевантним явищем у контексті зайвої ваги (Hazzard, 2020; Rubino, 2020; Hrabosky, 2022).

Важливо відзначити, що показники поширеності різних видів ПХП змінюються залежно від того, чи досліджуються загальні популяції, чи групи, що активно шукають лікування від ожиріння. Дослідження в лікувальних установах зазвичай фіксують вищу поширеність BED та інших розладів, оскільки багато пацієнтів звертаються саме через складнощі контролю харчування. У популяційних вибірках частоти, як правило, нижчі, але все одно суттєві, особливо коли застосовуються чутливі психометричні інструменти (Liu, 2025; Durso, Latner, 2018).

Крім того, мета-аналізи та систематичні огляди підкреслюють велику гетерогенність результатів: різні шкали (наприклад, BES, EDE-Q, DEBQ, EES), культурні відмінності, вікові групи та відмінності в доступі до медичної допомоги створюють значний розкид у звітних цифрах. Через це при інтерпретації даних про поширеність завжди потрібна обережність, а також краще звіряти результати з характеристиками конкретної вибірки (Guner, Aydin, 2022; Vartanian, Porter, 2016).

Нарешті, важливо підкреслити клінічну значущість цих показників: виявлення високої частоти ПХП серед людей із НМТ має прямі наслідки для практики — воно вказує на необхідність рутинного скринінгу на симптоми переїдання, емоційного харчування і NES у пацієнтів, що звертаються за допомогою з приводу надлишкової ваги, а також на потребу інтегрованих втручань, які поєднують корекцію харчових звичок з роботами над емоційною

регуляцією та психічним здоров'ям (Hrabosky, 2022; Cooper, Fairburn, Hawker, 2003; Franco, 2025).

Загалом можна стверджувати, що серед людей із надлишковою масою тіла порушення харчової поведінки (особливо біндж-епізоди, емоційне харчування і синдром нічного харчування) зустрічаються досить часто; точні частотні оцінки залежать від контексту дослідження, проте існуючі мета-аналізи та систематичні огляди підтверджують їх клінічну значущість і потребу включати скринінг та психосоціальну підтримку в програми лікування надлишкової ваги.

### **1.3. Зв'язок харчової поведінки з психологічним благополуччям, тривогою та іншими психопатологічними ознаками**

Значення психологічного благополуччя очевидне: порушення харчової поведінки тісно пов'язані з показниками тривоги, депресії, зниженим загальним благополуччям і низькою самооцінкою.

Дослідження демонструють, що емоційне харчування корелює з підвищеними показниками тривоги і депресії; підвищена тривожність може як спричиняти епізоди переїдання, так і бути їх наслідком (Бріт, 2018; McCuen-Wurst, Ruggieri, Allison, 2017).

У групах із НМТ психологічне благополуччя часто є нижчим, що посилює ризик підтримки патологічних харчових патернів і знижує мотивацію до змін поведінки (Шевченко, 2017; Tsompanali, 2025).

В екстремальних стресових ситуаціях (пандемія COVID-19, війна) відзначені спалахи посилення дисрегульованого харчування: як тимчасові загострення емоційного харчування, так і збільшення госпіталізацій в зв'язку з вираженими порушеннями харчування в окремих дослідженнях (McCuen-Wurst, Ruggieri, Allison, 2017, Ye, 2020; Obara-Golwbiowska, 2025).

Rodgers, R. F., et al. (2020) в своїй праці проаналізували вплив пандемії COVID-19 як потужного стресового фактора на ризик виникнення та загострення симптомів розладів харчової поведінки. Автори показали, як

ізоляція, стресс, порушення звичного ритму життя та збільшення часу в соцмережах поглибили проблеми з харчуванням. В науковій праці висвітлено, як соціальні та психологічні стресори можуть каталізувати дезадаптивну харчову поведінку. Отож пандемія є ще одним пусковим чинником що значно посилила психологічні фактори ризику, що призвело до зростання симптомів, пов'язаних з переїданням та обмеженням у їжі, що підкреслює потребу в психологічній підтримці в періоди криз (Power, 2025).

Мета-аналіз Linardon, J., & Brennan, L. досліджує вплив когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для розладів харчової поведінки на якість життя пацієнтів. Автори об'єднали дані численних досліджень, щоб оцінити, чи призводить зменшення симптомів переїдання чи обмеження до покращення загального благополуччя, соціального функціонування та психологічного стану (Linardon, Brennan, 2017). В даній праці автори доводять, що КПТ не тільки ефективно зменшує симптоми, але й статистично значно покращує якість життя. Це підкреслює, що психологічна корекція харчової поведінки має позитивний побічний ефект у вигляді підвищення загального рівня психологічного здоров'я осіб із надлишковою вагою.

Огляд літератури, проведений Vartanian, L. R., & Porter, A. M. систематизує дослідження, що вивчають зв'язок між переживанням вагоїзму (стигми за вагою) та конкретними моделями харчової поведінки. Автори аналізують, як дискримінація та приниження можуть призводити до збільшення споживання їжі, переїдання, уникнення фізичних навантажень та інших дезадаптивних паттернів. Робота є ключовою для розуміння соціально-психологічного механізму порушень і підкреслює, що вагоїзм не лише погіршує психічний стан, але й безпосередньо підтримує та посилює проблемну харчову поведінку, створюючи замкнене коло: стигма → стрес → переїдання → збільшення ваги → посилення стигми (Vartanian, Porter, 2016).

Літературні дані підтверджують, що серед осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням присутній високий рівень емоційного харчування, підвищена поширеність BED і пов'язані дисрегуляції. Ці феномени, як правило, мають досить складну мультидетерміновану природу (Frank, 2022; Chew, 2025; Van

Strien, 2018; Бріт, 2018). Прослідковано зв'язок із демографічними показниками: встановлено, що вік, стать, SES, сімейний стан й анамнез захворювання відображаються в патернах ПХП, проте вплив кожного з факторів залежить від контексту і може бути модифікований стресом або травмою (Chew, 2025; Guner, Aydin, 2022; Tsompanaki, 2025). Ряд досліджень вказують на те, що слід очікувати позитивні кореляції емоційного харчування/BED з показниками тривоги і депресії (Бріт, 2018; Шевченко, 2017; McCuen-Wurst, Ruggieri, Allison, 2017). Показники емоційної регуляції, імпульсивності, наявності травматичного досвіду й індикатори food insecurity особливо актуальні в умовах війни (Dakanalis, 2023; Огієнко, 2020; Tsompanaki, 2025; Langdon-Daly, Serpell, 2017).

Вагова стигма є суттєвим психосоціальним чинником. Доведено, що досвід вагоїзму призводить до погіршення психічного здоров'я, зокрема зниження самооцінки, зростання тривожності та депресивних симптомів. Переживання дискримінації за вагою створює бар'єри для звернення по допомогу та ускладнює ведення здорового способу життя (Савченко, 2023).

При узагальненні ряду досліджень можна вказати, що фактори ризику виникнення ПХП у осіб з надлишковою масою тіла поділяються на психологічні, поведінкові, соціально-економічні, сімейні та контекстуальні.

Психологічні: дефіцити емоційної регуляції, висока тривожність/депресія, імпульсивність, перфекціонізм, внутрішній сором (Dakanalis, 2023; Бріт, 2018; Vazo, Frazier, 2024).

Поведінкові: нерегулярний режим харчування, пропуски прийомів їжі, перебої сну, надмірна експозиція до високопалатних харчових стимулів (Van Strien, 2018; Яковлєва, 2018).

Соціально-економічні: харчова невизначеність, низький SES, стрес, пов'язаний з роботою/безробіттям (Tsompanaki, 2025).

Сімейні й ранні життєві фактори: проблеми в сімейних стосунках, травматичні події в дитинстві, моделювання харчової поведінки батьками (Guner, Aydin, 2022).

Контекстуальні/екстрені фактори: пандемія, війна/вплив бойових дій, переселення — через стрес, порушення режиму життя та травматичні переживання. Нові дослідження показують, що війна може прямо порушувати харчову поведінку (зміни апетиту, харчові навички, емоційне харчування) у різних вікових групах (Gulich, 2024; Helsinki institute / news summary).

Ці фактори рідко діють ізольовано; їхня комбінація підвищує ризик формування стійких порушень харчової поведінки. На противагу до факторів ризику є протективні чинники.

До чинників, які знижують ризик розвитку ПХП або пом'якшують їхній вплив, відносяться наступні:

Соціальна підтримка та функціонуюча сім'я — стабільні сімейні зв'язки й позитивні сімейні патерни харчування зменшують ризик дисрегуляції (Guner, Aydin, 2022).

Розвинені навички емоційної регуляції і копінг-стратегії — тренування майндфулнес, навичок інтерперсональної комунікації, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для емоційної регуляції показують ефективність у зниженні емоційного харчування й симптомів BED (Подлубна, 17; Kosem, Bektas, 2025).

Підвищення резильєнтності (стійкості до стресу) та соціальної підтримки як медіатори позитивних наслідків під час масових стресових подій (пандемія, війна). Резильєнтність може пом'якшувати вплив травми на харчову поведінку (Pape, 2021; Vazo, Frazier, 2024).

Ранні превентивні втручання в родині та школі, які спрямовані на здорові харчові патерни, позитивне усвідомлення власного тіла та навички копінг-стратегій (Guner, Aydin, 2022).

Інтегровані програми втручання при корекції ваги, в яких поєднуються поведінкові стратегії, психотерапія та, за потреби, медикаментозне лікування, що враховують наявність ПХП, дають кращі результати (Яковлева, 2018; Tsompanaki, 2025; Kosem, Bektas, 2025).

Окрему увагу заслуговує контекст повномасштабного вторгнення та воєнних дій, спричиняючи різноманітні зміни в харчовій поведінці (збільшення або зменшення апетиту, зміни смакових уподобань, зростання емоційного

харчування); це спостерігається як у дітей, так і у дорослих, які зазнали стресу та/або переселення (Gulich, 2024; Guner, Aydin, 2022). Доведено також опосередкований вплив, при якому підсилюються фактори ризику – підвищена тривога, прояви посттравматичного стресового розладу, порушення сну, нерегулярний режим життя, харчова нестабільність (food insecurity). У деяких дослідженнях під час або після бойових дій відзначали зріст симптомів тривоги та пов'язаних з нею харчових змін (Gulich, 2024; Guner, Aydin, 2022; Langdon-Daly, Serpell, 2017).

Війна має також політичні й соціально-економічні наслідки (обмеження доступу до ресурсів, зміни у працевлаштуванні), що додатково змінюють харчову поведінку в популяції. Через це локальні дослідження, проведені в Україні, важливі для адаптації втручань до реалій. Наявні публікації з українських джерел, що оприлюднюють результати регіональних досліджень, вже фіксують підвищення тривоги й змін харчової поведінки під час війни (Gulich, 2024; Langdon-Daly, Serpell, 2017).

#### **1.4. Оцінка інструментів дослідження та корекції харчової поведінки й психоемоційного стану**

Для емпіричних досліджень важливо обрати і використовувати валідизовані методики. До найпоширеніших з них відносяться Emotional Eating Scale (EES), Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Binge Eating Scale (BES), General Anxiety Disorder (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Експериментальні та стандартизовані шкали емоційного харчування, наприклад, Emotional Eating Scale (EES), Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), - широко використовуються в дослідженнях з участю дорослих респондентів і показали кореляцію з індексом маси тіла (ІМТ) та психодіагностичними шкалами (Dakanalis, 2023; Бріт, 2018).

Шкали наявності порушень харчування, такі як Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Binge Eating Scale (BES), є застосовними для виявлення симптоматики BED та інтенсивності переїдань (Frank, 2022; Tsompanaki, 2025).

Оцінки тривоги і депресії здійснюються з допомогою шкал General Anxiety Disorder (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS) або інших локалізованих інструментів; для встановлення параметрів психологічного благополуччя можна використовувати World Health Organization-5 Index (WHO-5), шкала психологічного благополуччя К. Ріфф або подібні інструменти. Вибір залежить від культурної адаптації і мовної валідації у досліджуваній популяції (Шевченко, 2017; McCuen-Wurst, Ruggieri, Allison, 2017).

З метою оцінки резильєнтності і соціальної підтримки застосовні опитувальники Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Pape, 2021).

Наукова праця Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. присвячена розробці та валідації переглянутої версії шкали порівняння фізичної зовнішності (PACS-R). Цей інструмент вимірює схильність людини порівнювати свою зовнішність із зовнішністю інших людей у різних соціальних ситуаціях. Для емпіричного дослідження ця робота є важливим джерелом методичного інструменту. Висновки підтверджують, що частота порівнянь своєї зовнішності є важливим предиктором незадоволеності тілом і порушень харчової поведінки, що робить її ключовою мірою для оцінки психологічного стану осіб із надлишковою вагою (Schaefer, Thompson, 2018).

Gillen, M. M. досліджує зв'язок між позитивним образом тіла та показниками психічного і фізичного здоров'я у чоловіків і жінок. Дослідження виходить за рамки традиційного вивчення незадоволеності тілом і зосереджується на позитивних аспектах, таких як тілоповага та тілова сприйнятливність. Дослідження показує, що позитивний образ тіла корелює з кращими звичками здоров'я, вищою самооцінкою та меншою схильністю до депресії. Дана праця вказує на існування захисного фактору, який може

протидіяти розвитку порушень харчової поведінки. Розвиток позитивного образу тіла, а не просто зменшення незадоволеності, є важливим напрямком профілактики та корекції для осіб із надлишковою вагою, сприяючи здоровішій харчовій поведінці та кращому загальному благополуччю (Gillen, 2015).

Когнітивно-поведінкова терапія та її модифікації (з урахуванням емоційної регуляції) ефективні в зменшенні симптомів BED і емоційного харчування (Поблубна, 2019; Obara-Golwbiowska, 2025).

Майндфулнес-підходи і тренінги навичок емоційної регуляції демонструють помірний позитивний ефект щодо зменшення епізодів переїдання і покращення контролю харчової поведінки (Kosem, Bektas, 2025).

Інтегровані програми для корекції ваги, які включають психотерапію, поведінкові втручання і, за потреби, медикаментозні підходи, мають кращі результати, ніж суто дієтичні втручання, особливо в пацієнтів із супутніми ПХП. Важливим фактором є те, що втручання повинні бути чутливі до контексту (наприклад, війна, food insecurity) і мати компоненти підтримки психічного здоров'я (Яковлева, 2018; Tsompanaki, 2025).

Превентивні програми в сім'ях та школах, спрямовані на формування здорових харчових навичок і позитивного сприйняття тіла, мають суттєве значення для забезпечення довгострокової профілактики (Guner, Aydin, 2022).

Багатьма дослідниками переконливо доведено, що одним із найбільш ефективних методів психокорекції є когнітивно-поведінкова терапія. Cooper та співавт. у клінічному посібнику описують протоколи КПТ для роботи з пацієнтами з ожирінням. Методика поєднує корекцію дисфункційних переконань щодо їжі й тіла з формуванням нових адаптивних моделей харчової поведінки. Ефективність КПТ підтверджується як у короткострокових, так і у довготривалих результатах (Cooper, Fairburn, Hawker, 2003).

Альтернативні інтервенції означають підходи до корекції харчової поведінки та покращення здоров'я, які не зводяться лише до традиційних дієт і обмежень калорійності.

У контексті сучасної науки до таких інтервенцій належать:

- Ваго-нейтральні підходи (Health at Every Size®) – зосереджені не на зниженні ваги як головній цілі, а на формуванні здорових звичок: інтуїтивне харчування, регулярна фізична активність, зменшення стигми.

- Програми інтуїтивного харчування – навчання слухати сигнали голоду і ситості, відмова від жорстких дієт.

- Майндфулнес-інтервенції – усвідомлене харчування, робота з емоціями через медитацію та психологічні практики.

- Психосвітні та підтримуючі програми – акцент на психологічному благополуччі, а не лише на кілограмах.

Такі інтервенції важливі тим, що вони знижують психологічний тиск від "гонитви за вагою", покращують психічне здоров'я (менше тривоги, депресії, стигми), підвищують довготривалу ефективність, оскільки базуються на сталих змінах способу життя.

У сучасній практиці дедалі більше уваги привертають ваго-нейтральні підходи. У систематичному огляді показано, що інтервенції, орієнтовані на здоров'я без акценту на масу тіла (Health at Every Size®), сприяють покращенню метаболічних показників, психічного благополуччя та формуванню інтуїтивного харчування. Це є перспективним напрямом, оскільки дозволяє зменшити ризик додаткової стигматизації та негативних психологічних наслідків дієт (Franco, 2025).

Багато досліджень є крос-секційними, при цьому є потреба у проспективних когортних дослідженнях для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між стресом і проявами порушень харчової поведінки (Frank, 2022; Tsompanaki, 2025). Недостатньою є кількість наукових досліджень, які би презентували дану проблему в контексті тривалого воєнного стресу, а також існує потреба в адаптованих інструментах і контекстуалізованих інтервенціях, оскільки набір інструментів і втручань має адаптуватися під культурний і соціально-економічний контекст (доступ до продуктів, звички харчування, сімейні традиції тощо) (Gulich, 2024; Langdon-Daly, Serpell, 2017).

Огляд літератури засвідчує, що поширеність порушень харчової поведінки серед осіб із надлишковою масою тіла зумовлена поєднанням біологічних, психологічних і соціальних чинників. Стресостійкість, вагоїзм та особливості нейробіологічних систем значно впливають на харчову поведінку. Подальші дослідження мають бути спрямовані на інтеграцію цих підходів та врахування культурно-соціальних факторів, зокрема в українському контексті.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

#### 2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження

Збір даних пацієнтів відбувався через особисті інтерв'ю з використанням структурованих анкет. Реєструвалися такі дані обстежених, як стать, вік, освіта, працевлаштування, вага, зріст.

Наявність нормальної чи надлишкової ваги визначали за величиною індексу маси тіла, обчисленої за формулою  $I = m / h^2$  ( $m$  – маса тіла в кілограмах,  $h$  – зріст в метрах). Показники оцінювали відповідно до значень, де 18,5-24,9 – нормальна маса тіла,  $> 25,0$  – надмірна маса тіла. Дослідник залежно від значення розрахованого ІМТ розподіляв учасників у групу із нормальним ІМТ чи у групу із надлишковим ІМТ.

Для здійснення емпіричного дослідження було застосовано валідизовані опитувальники та шкали з доступних офіційних джерел.

*Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)* дозволяє діагностувати обмежувальний, емоціогенний та екстернальний типи харчової поведінки, а також застосовується для якісної та кількісної оцінки порушень харчування. Розроблений в 1960-х роках нідерландськими психологами Van Strien Tatjana et al.

DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких респондент повинен оцінити стосовно себе: «Ніколи» (1 бал), «Рідко» (2 бали), «Іноді» (3 бали), «Часто» (4 бали) та «Дуже часто» (5 балів). Відповіді на запитання 31 слід перевести у спадаючу шкалу від 5 до 1.

В подальшому обрахуванні сумуються бали за кожною шкалою і розділяються на кількість запитань у шкалі. Запитання 1-10 становлять шкалу обмежувальної харчової поведінки (10 питань), запитання 11-23 – шкалу емоційної харчової поведінки (13 питань), запитання 24-33 – шкалу екстернальної харчової поведінки (10 питань).

Емоціогенний тип харчової поведінки встановлюється при оцінці за відповідною шкалою DEBQ більше 1,8 бала, екстернальний тип – при оцінці за відповідною шкалою DEBQ більше 2,7 бала та обмежувальний тип – при оцінці за відповідною шкалою DEBQ більше 2,4 балів.

Ступінь порушення ХП виражається таким чином: «дуже низький» (0– 19 %); «низький» (20–39 %); «середній» (40–59 %); «підвищений» (60–79 %); «високий» (80–100 %)

Емоціогенна ХП вказує на тенденцію людини споживати їжу як відповідь на негативні емоційні стани, такі як смуток чи тривога. Екстернальна ХП описує харчування, як споживання у відповідь на зовнішні стимули, пов'язані з їжею, незалежно від відчуття голоду чи насичення. Обмежувальна ХП передбачає, що стримане харчування (тобто когнітивні спроби контролювати їжу, такі як обмеження кількості або типу споживаної їжі, часто для контролю ваги) може впливати на переїдання (Абатуров, Нікуліна, 2020).

*Шкала дослідження порушень харчової поведінки (Eating Disorder Examination, EDE-Q)* є діагностичним інструментом для виявлення основних показників розладу харчової поведінки, такі як обмеження та занепокоєність щодо їжі, формою тіла та вагою, які є шкалами оцінювання. У 28 запитаннях необхідно дати відповідь щодо емоційних переживань чи дій, що відбувалися протягом останніх 28 днів.

У відповідях на запитання 1-12 і 19 респонденти відмічали кількість днів, що переводилося у наростаючу шкалу з оцінкою від 0 до 6 балів (наприклад, відповідь «жодного дня» оцінювалася у 0 балів, а «кожен день» – у 6 балів). Відповідаючи на запитання 13-18, пацієнти вказували кількість днів, і вказане число враховувалося при оцінці. Запитання 20-28 передбачали вибір відповіді по наростаючій шкалі від 0 до 6.

Шкала «Обмеження»: 1 Стриманість у їжі; 2 Уникнення їжі; 3 Уникнення певних продуктів; 4 Дієтичні правила; 5 Порожній шлунок.

Шкала «Занепокоєння щодо їжі»: 7 Зацикленість на їжі, харчуванні або калоріях; 9 Страх втратити контроль над харчуванням; 19 Таємне харчування; 21 Соціальне харчування; 20 Почуття провини за харчування.

Шкала «Занепокоєння формою тіла»: 6 Плоский живіт; 8 Зацикленість на фігурі або вазі; 23 Важливість фігури; 10 Страх набрати вагу; 26 Незадоволення фігурою; 27 Дискомфорт при вигляді свого тіла; 28 Уникнення оголення; 11 Відчуття повноти.

Шкала «Стурбованість вагою»: 22 Важливість ваги; 24 Реакція на призначене зважування; 8 Зацикленість на фігурі або вазі; 25 Незадоволення вагою; 12 Бажання схуднути (Шмига, 2024).

При підрахунку балів за окремими шкалами сумуються бали за кожною шкалою і розділяються на кількість запитань у шкалі. Загальний індекс за опитувальником EDE-Q визначався як середнє значення за підсумком відповідей на усі запитання опитувальника.

*Шкала психологічного благополуччя К.Рифф (Ryff Scale of Psychological Well-Being, PWB)* оцінює психологічне благополуччя за 6 основними показниками. Найбільш поширена і діагностично цінна версія опитувальника складається із 84 запитань.

### 1. Шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»

Високі значення. Наявність близьких, приємних, довірчих відносин з тими, що оточують. Бажання проявляти турботу про інших людей. Здібність до емпатії, любові і близькості. Уміння знаходити компроміси у взаєминах.

Низькі значення. Відсутність достатньої кількості близьких, довірчих відносин. Труднощі в прояві теплоти, відвертості і турботи про інших людей. Переживання власної ізольованості і фрустрованості. Небажання йти на компроміси для підтримки важливих зв'язків з тими, що оточують.

### 2. Шкала «Автономія»

Високі значення. Незалежність. Здатність протистояти соціальному тиску в своїх думках і вчинках. Можливість регулювати власну поведінку і оцінювати себе, виходячи з власних стандартів.

Низькі значення. Заклопотаність очікуваннями і оцінками інших. Орієнтація на думку інших людей при ухваленні важливих рішень. Нездатність протистояти соціальному тиску в думках і вчинках.

### 3. Шкала «Управління середовищем»

Високі значення. Відчуття упевненості і компетентності в управлінні повсякденними справами. Здатність ефективно використовувати різні життєві обставини. Уміння самому обирати і створювати умови, що задовольняють особистісним потребам і цінностям.

Низькі значення. Нездатність справлятися з повсякденними справами. Відчуття неможливості зарадити або поліпшити умови свого життя. Відчуття безсилля в управлінні навколишнім світом.

#### 4. Шкала «Особистісне зростання»

Високі значення. Відчуття безперервного саморозвитку. Відстежування власного особистісного зростання і відчуття самоудосконалення з перебігом часу. Реалізація свого потенціалу.

Низькі значення. Переживання особової стагнації. Відсутність відчуття особового прогресу з часом. Нудьга і незацікавленість життям. Відчуття нездатності засвоювати нові навички.

#### 5. Шкала «Цілі у житті»

Високі значення. Наявність цілей і відчуття свідомості життя. Відчуття, що сьогодні і минуле осмислені. Присутність переконань, що додають цілей життю.

Низькі значення. Розмитість цілей в житті і відчуття його ритмів. Відсутність відчуття, що сьогодні і минуле осмислено. Відсутність переконань, що додають цілей життю.

#### 6. Шкала «Самоприйняття»

Високі значення. Підтримка позитивного відношення до себе. Визнання і ухвалення всього власного особистісного розмаїття, що включає як хороші, так і погані якості. Позитивна оцінка свого минулого.

Низькі значення. Незадоволеність самим собою. Розчарування у власному минулому. Стурбованість деякими рисами власної особистості, неприйняття себе. Бажання бути іншим, не таким, який є насправді.

При відповіді на запитання опитувальника респонденти відповідають за шкалою від 1 до 6, відмічаючи відповідний показник. Пункти, підкреслені і виділені жирним шрифтом, при обробці переводяться у спадаючу шкалу: 6, 5, 4,

3, 2, 1. Решта пунктів (не виділені) при обробці залишаються у вигляді наростаючої шкали: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Шкала «Позитивні відносини з оточуючими»: 1, **7, 13**, 19, 25, **31, 37, 43**, 49, **55, 61**, 67, **73**, 79.

Шкала «Автономія»: 2, 8, 14, **20**, 26, **32**, 38, **44**, 50, **56, 62**, 68, **74**, 80.

Шкала «Управління середовищем»: 3, **9, 15**, 21, **27**, 33, 39, **45**, 51, 57, **63**, 69, **75**, 81

Шкала «Особистісне зростання»: **4**, 10, 16, **22**, 28, **34**, 40, 46, 52, **58**, 64, 70, **76, 82**.

Шкала «Цілі у житті»: 5, **11, 17**, 23, **29, 35, 41**, 47, 53, 59, **65**, 71, 77, **83**.

Шкала «Самоприйняття»: 6, 12, **18, 24**, 30, 36, **42**, 48, **54, 60, 66**, 72, 78, **84** (Карсканова, 2011).

При підрахунку балів за окремими шкалами сумуються бали за кожною шкалою. Загальний індекс за опитувальником психологічного благополуччя визначався як середнє значення за підсумком відповідей на усі запитання опитувальника.

*Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS)*, яка була доповнена шкалою щирості В.Г. Норакідзе для визначення щирості відповідей респондентів, використали з метою діагностики рівня особистісної тривожності. Методика дозволяє оцінити тривожність особистості, тобто схильність переживати емоційні стани внаслідок очікування чогось непередбачуваного, загрозливого, емоційно негативного.

Тест складається із 60 запитань, 10 із них відведено на шкалу щирості. На запитання респондентам слід було відповідати, відмітивши позначкою в анкеті опитувальника «Так» чи «Ні».

Обробка даних здійснюється в два етапи, при цьому спочатку проводиться перевірка щирості відповідей. За відповідь «Так» на запитання 2, 10, 55 й «Ні» на запитання 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59 зараховується по 1 балу. Якщо сума балів перевищує 5, то отримані результати не є достовірними й подальша оцінка опитувальника не проводиться. Якщо сума балів знаходиться

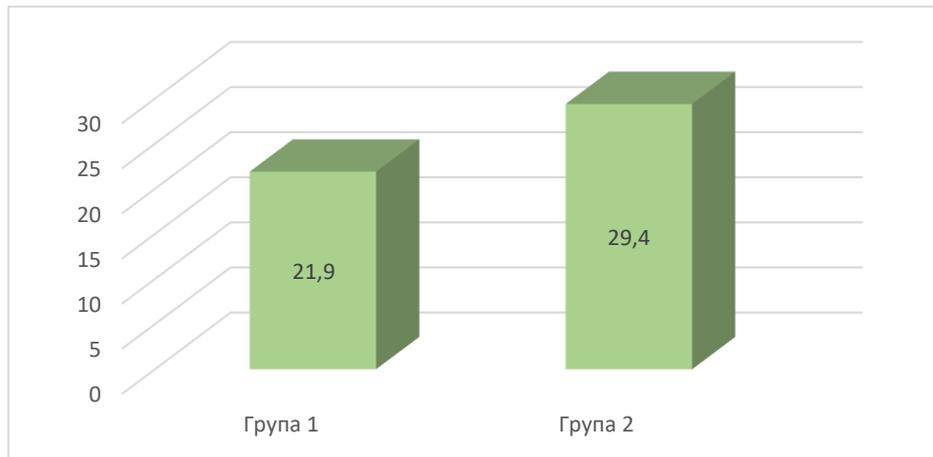
у межах від 3 до 5, то результат опитування вважається відносно достовірним та вказує на ситуативну щирість опитаного.

Відповідь «Так» на запитання 6, 7, 9, 11-13, 15, 18, 21, 23-26, 28, 30--38, 40, 42, 44-50, 53, 54, 56, 60 й «Ні» на запитання 1, 3-5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58 визначаються як ознаки тривожності та оцінюються 1 балом.

Загальна сума балів, отриманих при опитуванні респондента, визначає рівень особистісної тривожності. Так, 40-50 балів – дуже високий рівень тривожності, 25-39 балів – високий рівень, 16-24 – середній (з тенденцією до високого) рівень, 5-15 – середній (з тенденцією до низького) рівень, 0-4 балів – низький рівень тривожності (Батюх, 2024).

## **2.2. Характеристика респондентів, включених у дослідження**

Дослідження проводилося на базі Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України та КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР. Всього у дослідженні взяло участь 78 респондентів. Учасники дослідження були розподілені у дві групи. Групу 1 склали пацієнти з нормальним рівнем ІМТ у кількості 21 особа, і це була група порівняння. Групу 2 склали 57 респондентів із надмірним ІМТ, і вони склали основну групу дослідження. Загалом у дослідженні взяли участь 13 (16,7 %) чоловіків та 65 (83,3 %) жінок. Середній вік респондентів у групі 1 становив  $41,05 \pm 7,21$  роки, а в групі 2 –  $48,82 \pm 13,92$  роки. Усі учасники дослідження були працевлаштованими. Рівень ІМТ у групі 1 становив  $21,88 \pm 1,67$  кг/м<sup>2</sup>, а в групі 2 –  $29,40 \pm 3,10$  кг/м<sup>2</sup> (рис. 2.1). У дослідження включено 43 (55,1 %) пацієнтів молодого віку, 19 (24,4 %) осіб середнього віку та 16 (20,5 %) осіб похилого віку.



**Рис. 2.1. Значення індексу маси тіла у групах дослідження**

Перед початком дослідження учасники були поінформовані про умови його проведення, методи, а також їм надавались гарантії нерозголошення отриманої інформації про учасників дослідження, що відповідає принципам інформованої згоди. Респонденти не були залежні від дослідників. Усі респонденти перед початком проведення будь-яких процедур дослідження підписували інформовану згоду. Дослідження пройшло експертизу в Комітеті з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол засідання комісії з біоетики №3 від 15.12.2024 року).

*Таблиця 2.1.*

**Загальна характеристика респондентів, включених у дослідження  
(n=78)**

Характеристика		Група 1 (n=21)		Група 2 (n=57)		$\chi^2$ , p
		n	%	n	%	
Стать	чоловіки	1	4,8	12	21,1	$\chi^2=1,25$ p=0,26
	жінки	20	95,2	45	78,9	
Освіта	неповна вища	5	23,8	2	3,5	$\chi^2=7,74$ p=0,005*
	вища	16	76,2	55	96,5	

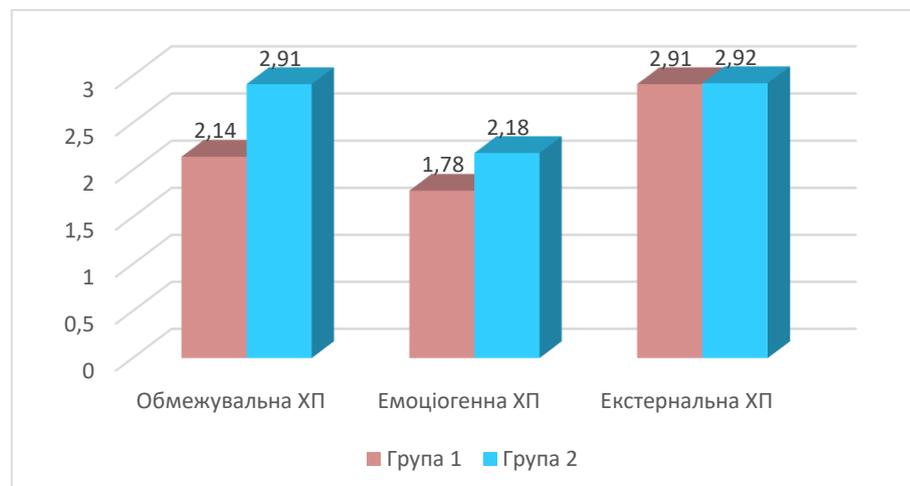
Вік (класифікація ВООЗ)	молодий (25-44 років)	15	71,4	28	49,1	$\chi^2=4,86$ $p=0,09$
	середній (44-60 років)	5	23,8	14	24,6	
	похилий (61-75 років)	1	4,8	15	26,3	
Примітка: * - $p<0,05$ , різниця між групами вірогідна.						

Слід відмітити, що групи пацієнтів були співставними за статтю та віком.

У групі 1 була вищою кількістю респондентів із неповною вищою освітою, тоді як у групі 2 суттєво переважали учасники з вищою освітою.

### 2.3. Особливості харчової поведінки в контексті рівня індексу маси тіла

При аналізі результатів опитування з використанням Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ оцінювали індекси за трьома шкалами, котрі відображали різні типи харчової поведінки: обмежувальну, емоціогенну і екстернальну. Результати індексів за типами ХП у респондентів залежно від показника ІМТ показано на рис. 2.2.



**Рис. 2.2. Значення індексів за типами харчової поведінки залежно від рівня ІМТ**

*Примітка:* ІМТ – індекс маси тіла

У групі 1 опитаних із нормальним ІМТ значення індексу обмежувальної ХП становило  $2,14 \pm 0,72$  балів і було в межах норми (до 2,4 балів). Показник індексу емоціогенного типу ХП у цій групі склав  $1,78 \pm 0,80$  балів, що також визначено як норму (до 1,8 балів). У групі 2 респондентів із підвищеним ІМТ значення усіх індексів були вищими від показників, визначених як нормальні. Так, індекс обмежувального типу ХП становив  $2,91 \pm 0,90$  бали і перевищував верхню межу прийняттого показника на 0,51 бала, емоціогенного –  $2,18 \pm 0,98$  балів, тобто перевищував верхню межу прийняттого показника на 0,38 бала. Індекс екстернального типу ХП, котрий характеризує дизрегуляцію харчування як споживання у відповідь на зовнішні стимули, пов'язані з їжею, незалежно від відчуття голоду чи насичення, у обох групах практично не відрізнявся і був вищим від показника, визначеного як нормальний (до 2,7 балів). При нормальному ІМТ його рівень становив  $2,91 \pm 0,57$  бали, а при надмірному ІМТ –  $2,92 \pm 0,52$  бали, тобто перевищував верхню межу прийняттого показника на 0,21 і 0,22 бали відповідно.

Порівняння вірогідності різниці між індексами типів харчової поведінки між групами залежно від ІМТ наведено у табл. 2.2.

*Таблиця 2.2.*

**Вираженість індексів за типами харчової поведінки залежно від рівня ІМТ  
(n=78)**

Тип ХП	Група 1 (n=21)	Група 2 (n=57)	p
	бал	бал	
обмежувальний	$2,14 \pm 0,72$	$2,91 \pm 0,90$	*
емоціогенний	$1,78 \pm 0,80$	$2,18 \pm 0,98$	*
екстернальний	$2,91 \pm 0,57$	$2,92 \pm 0,52$	-
Примітка: * - $p < 0,05$ , різниця між групами вірогідна.			

У групі 2 рівні індексів за обмежувальним і емоціогенним типами ХП були вірогідно вищими порівняно із особами з нормальним ІМТ, що засвідчує дизрегуляцію у них ХП - на переїдання впливає стримане харчування (тобто когнітивні спроби контролювати їжу, такі як обмеження кількості або типу

споживаної їжі, часто для контролю ваги), а також тенденція споживати їжу у відповідь на негативні емоційні стани, такі як смуток чи тривога.

Дизрегуляція ХП є складним чинником, порушення якого можливе як у моноформі, так і шляхом поєднання двох чи навіть трьох типів порушень ХП. У табл. 2.3. наведено розподіл респондентів у обох групах дослідження залежно від відсутності у них порушення ХП за усіма типами шкал опитувальника DEBQ, наявності дизрегуляції у моноформі чи поєднання різних типів.

Таблиця 2.3.

**Розподіл респондентів залежно від наявності/відсутності дизрегуляції за типами харчової поведінки (n=78)**

Тип ХП	Група 1 (n=21)		Група 2 (n=57)		p
	n	%	n	%	
Обмежувальний	-	-	8	14,0	-
Емоціогенний	-	-	-	-	-
Екстернальний	4	19,0	6	10,5	-
Обмежувальний + емоціогенний	-	-	7	12,3	-
Обмежувальний + екстернальний	2	9,5	4	7,0	$\chi^2=0,71$ p=0,40
Емоціогенний + екстернальний	5	23,8	4	7,0	
Обмежувальний + емоціогенний + екстернальний	4	19,0	22	38,6	$\chi^2=5,07$ p=0,02*
Немає порушення	6	28,6	6	10,5	
Примітка: * - p<0,05, різниця між групами вірогідна.					

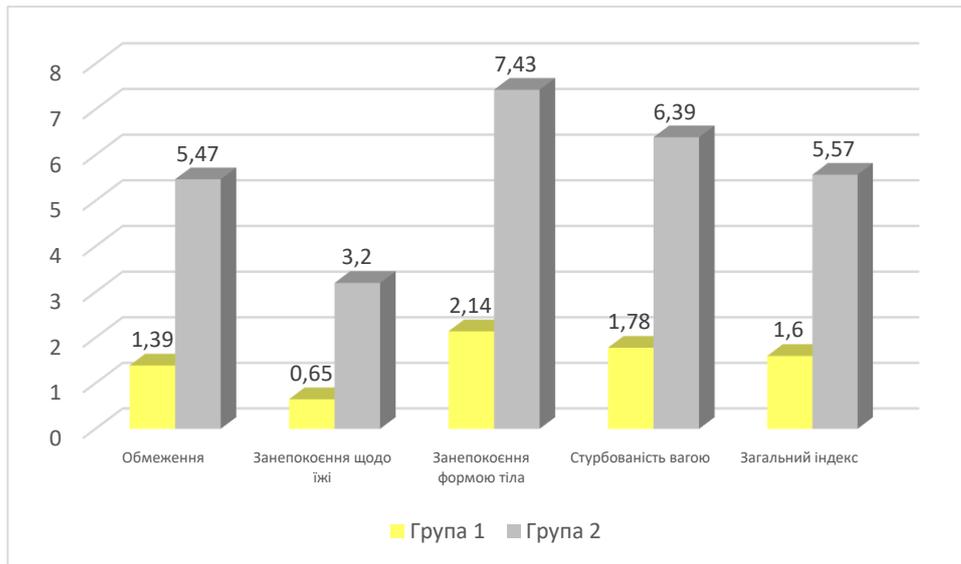
Важливо відмітити, що у групі 1 не було жодного респондента із обмежувальним типом ХП, тоді як серед осіб із надлишковою масою тіла ця

підгрупа була досить суттєвою і включала 14,0 % учасників. Серед обох груп дослідження не було учасників, які б демонстрували емоціогенний тип ХП у моноформі. Водночас, підгрупа із дизрегуляцією ХП за екстернальним типом була досить значною при нормальному ІМТ і становила 19,0 % респондентів проти 10,5 % у групі 2, що підтверджує раніше наведені дані щодо значення індексів за типами ХП.

У групі 1 також не виявлено учасників із ізольованим обмежувальним типом ХП, тоді як серед осіб із підвищеним ІМТ таку підгрупу представляли 12,3 % учасників. У обох групах дослідження представлено підгрупи з поєднанням обмежувального і екстернального типів ХП, вони становили 9,5 % і 7,0 %, а підгрупа із поєднанням емоціогенної і екстернальної дизрегуляції ХП при нормальному ІМТ, включаючи 23,8 % учасників, суттєво переважала аналогічну підгрупу осіб із надлишковим ІМТ – 7,0 %. Не було встановлено вірогідної відмінності між цими підгрупами залежно від рівня ІМТ.

Здійснено аналіз розподілу респондентів по підгрупах, у яких відсутні порушення ХП та наявне поєднання усіх трьох типів порушення ХП, як протилежних характеристик опитувальника DEBQ. Підгрупа із відсутністю дизрегуляції ХП суттєво переважала у групі 1 і включала 28,6 % осіб проти 10,5 % у групі 2. Підгрупа із поєднанням трьох типів ХП, навпаки, була значно більшою у групі 2 і включала 38,6 % респондентів проти 19,0 % у групі 1. Відмінність між групами учасників з нормальним і підвищеним рівнями ІМТ за розподілом респондентів у дані підгрупи була вірогідною.

Аналіз результатів проведеного опитування з допомогою шкали дослідження порушень харчової поведінки EDE-Q проведено за індексами його шкал: обмеження, занепокоєння щодо їжі, занепокоєння формою тіла, стурбованість вагою та загальним індексом опитувальника. Результати індексів за усіма шкалами EDE-Q, а також загального індексу наведено на рис. 2.3.



**Рис. 2.3. Значення індексів шкал та загального індексу опитувальника EDE-Q залежно від рівня ІМТ**

*Примітка:* ІМТ – індекс маси тіла

Показники за усіма шкалами і загальним індексом EDE-Q у групі респондентів із підвищеним ІМТ були суттєво вищими, ніж у групі 1. Найбільш суттєво вищим був індекс шкали «Занепокоєння щодо їжі» -  $3,20 \pm 1,03$  бали, і переважав індекс групи 1 у 4,9 разів, індекс шкали «Обмеження» групи 2 становив  $5,47 \pm 1,75$  бали і переважав у 3,9 рази. Менш виражено відрізнялися індекс шкали «Занепокоєння формою тіла», який в групі 2 становив  $7,43 \pm 1,52$  бали і переважав у 3,5 разів та індекс шкали «Стурбованість вагою» -  $6,39 \pm 1,27$  бали, і переважав у 3,6 разів показник групи з нормальним ІМТ. Така ж сама тенденція прослідковується по загальному індексу опитувальника EDE-Q, при цьому рівень показника в осіб групи 1 становить  $1,60 \pm 1,33$ , а в респондентів групи 2 -  $5,57 \pm 1,00$ , переважаючи такий в учасників з нормальним ІМТ у 3,5 разів.

Вірогідність відмінності між шкалами і загальним індексом опитувальника EDE-Q між групами респондентів з нормальним і підвищеним ІМТ наведена у табл. 2.4.

**Вираженість індексів шкал за загального індексу опитувальника EDE-Q  
залежно від рівня ІМТ (n=78)**

Шкала	Група 1, n=21	Група 2, n=57	p
	бал	бал	
Обмеження	1,39±1,28	5,47±1,75	*
Занепокоєння щодо їжі	0,65±0,54	3,20±1,03	*
Занепокоєння формою тіла	2,14±1,57	7,43±1,52	*
Стурбованість вагою	1,78±1,27	6,39±1,27	*
Загальний індекс	1,60±1,33	5,57±1,00	*
Примітка: * - $p < 0,05$ , різниця між групами вірогідна.			

Як видно із наведених даних, за усіма шкалами і загальним індексом EDE-Q показники порушення харчової поведінки більш виражені у респондентів, котрі мають надлишкову масу тіла,  $p < 0,05$ .

Проведено дослідження взаємозв'язків між рівнем ІМТ та індексами опитувальників DEBQ і EDE-Q шляхом, що наведено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5.

**Кореляція між рівнем індексу маси тіла і параметрами опитувальників  
DEBQ і EDE-Q**

	Група 1	Група 2
DEBQ - Обмежувальна ХП	0,6255 $p < 0,01$	0,1731
DEBQ - Емоціогенна ХП	0,1207	0,0799
DEBQ - Екстернальна ХП	-0,4566 $p < 0,01$	-0,0842

EDE-Q - Обмеження	0,7570 p<0,01	0,2688 p<0,05
EDE-Q - Занепокоєння щодо їжі	0,3644 p<0,01	-0,0355
EDE-Q - Занепокоєння формою тіла	0,5970 p<0,01	0,1980
EDE-Q - Стурбованість вагою	0,6616 p<0,01	0,2560 p<0,05
EDE-Q – Загальний індекс	0,6096 p<0,01	0,2692 p<0,05

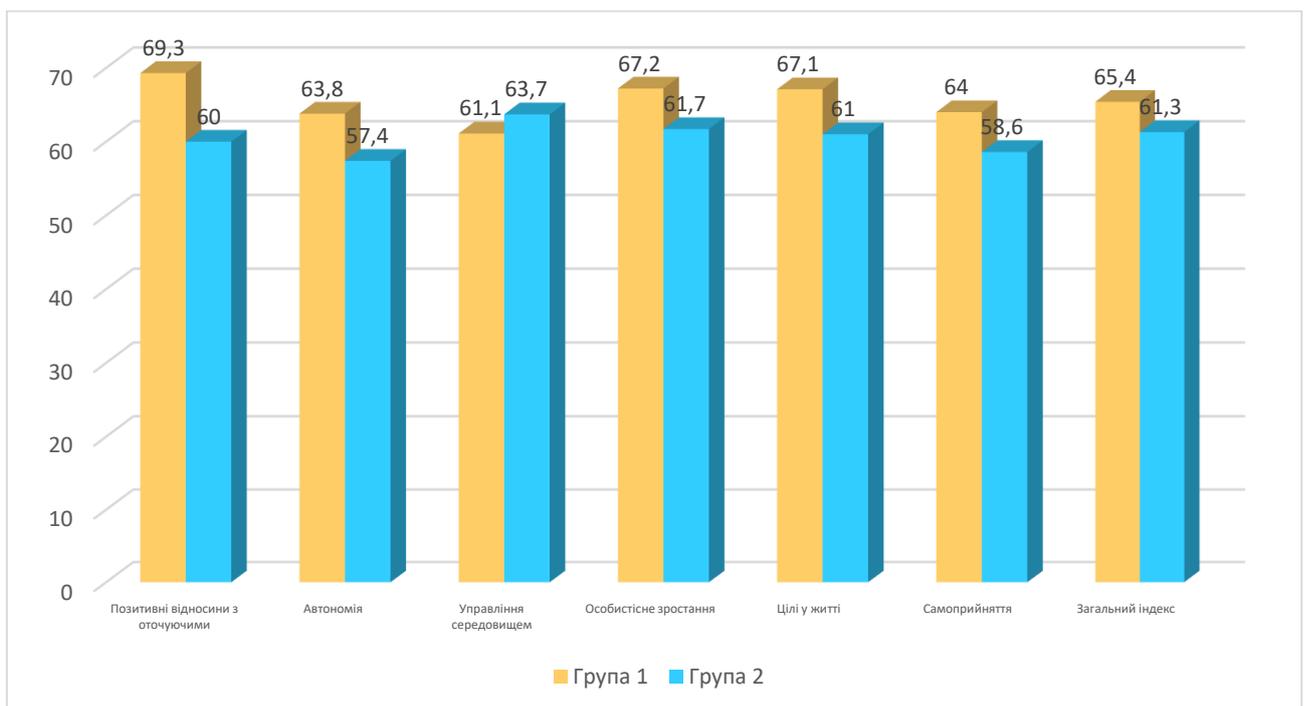
У групі 1 встановлено сильну позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами EDE-Q «Обмеження» і EDE-Q «Стурбованість вагою», середньої сили позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами DEBQ «Обмежувальна ХП», EDE-Q «Занепокоєння щодо їжі», EDE-Q «Занепокоєння формою тіла» і загальним індексом опитувальника EDE-Q. Слабку позитивну кореляцію встановлено між ІМТ і шкалою DEBQ «Емоціогенна ХП». Негативний середньої сили взаємозв'язок між ІМТ і шкалою DEBQ «Екстернальна ХП» засвідчує, що при зростанні ІМТ в межах норми зменшується споживання їжі у відповідь на зовнішні чинники.

У осіб із підвищеною масою тіла не виявлено кореляційних зв'язків середньої сили чи сильних між ІМТ і шкалами опитувальників EDE-Q і DEBQ, незважаючи на те, що переважна більшість показників, котрі характеризують порушення ХП, у цій групі були вірогідно гіршими, ніж в групі учасників із нормальним ІМТ.

## 2.4. Психологічне благополуччя та тривожність в контексті рівня індексу маси тіла

Аналіз психологічного благополуччя проводився з використанням опитувальника психологічного благополуччя К. Ріфф, який заповнили 78 учасників дослідження, та оцінювався за такими шкалами, як «Позитивні відносини з оточуючими», «Автономія», «Управління середовищем», «Особистісне зростання», «Цілі у житті», «Самоприйняття» та за загальним індексом опитувальника.

Результати показників за шкалами і загальним індексом психологічного благополуччя в учасників дослідження залежно від рівня ІМТ показано на рис. 2.4.



**Рис. 2.4.** Значення індексів шкал та загального індексу опитувальника психологічного благополуччя К. Ріфф залежно від рівня ІМТ

*Примітка:* ІМТ – індекс маси тіла

Згідно з отриманими даними, у респондентів із надлишковою масою тіла відмічено тенденцію до гірших показників відносно респондентів групи 1 за

загальним індексом опитувальника ( $61,3 \pm 8,6$  проти  $65,4 \pm 5,9$  балів). Така ж тенденція прослідковується за шкалами «Позитивні відносини з оточуючими» ( $60,0 \pm 11,5$  проти  $69,3 \pm 5,0$  балів), «Автономія» ( $57,4 \pm 10,1$  проти  $63,8 \pm 9,8$  балів), «Особистісне зростання» ( $61,7 \pm 9,9$  проти  $67,2 \pm 6,9$  балів), «Цілі у житті» ( $61,0 \pm 12,6$  проти  $67,1 \pm 6,3$  балів) і «Самоприйняття» ( $58,6 \pm 9,3$  проти  $64,0 \pm 9,2$  балів). За шкалою «Управління середовищем» респонденти групи 2 демонстрували тенденцію до кращих показників відносно учасників з нормальним ІМТ ( $63,7 \pm 8,2$  проти  $61,1 \pm 6,8$  балів).

Результати дослідження вірогідності різниці між параметрами психологічного благополуччя наведена у табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

**Вираженість індексів шкал та загального індексу опитувальника психологічного благополуччя К. Ріфф залежно від рівня ІМТ (n=78)**

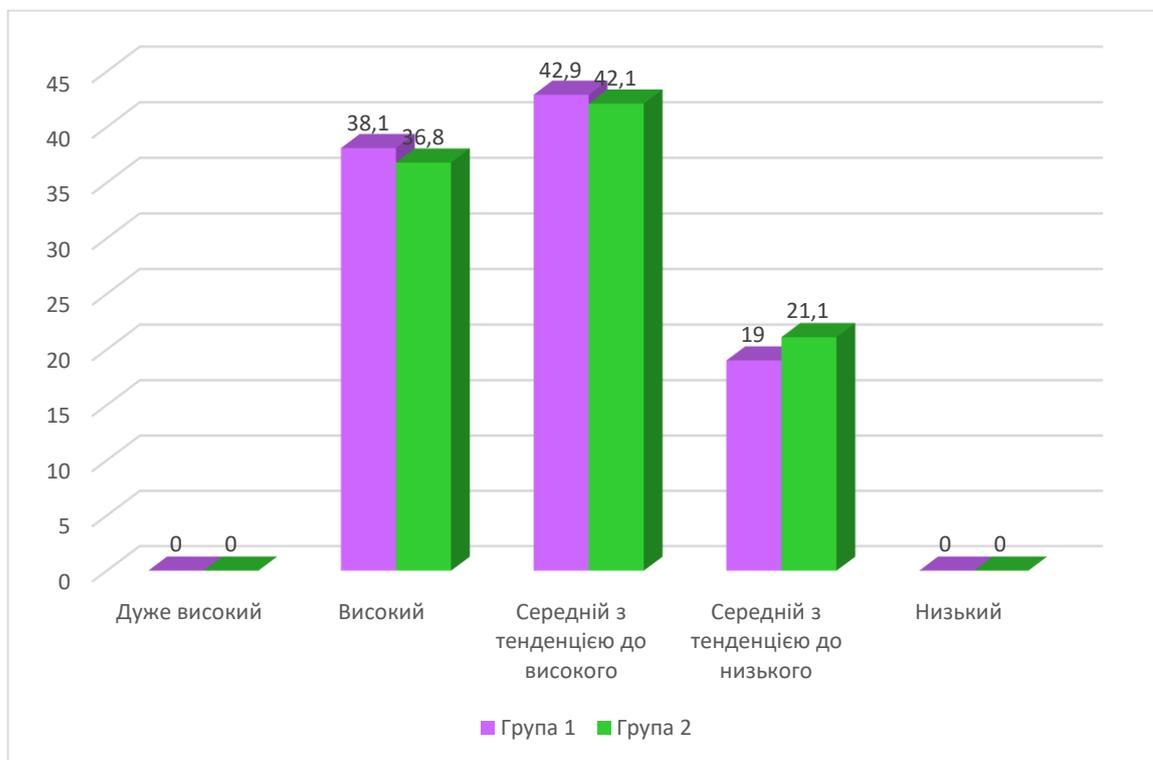
Шкала	Група 1, n=21	Група 2, n=57	p
	бал	бал	
Позитивні відносини з оточуючими	$69,3 \pm 5,0$	$60,0 \pm 11,5$	-
Автономія	$63,8 \pm 9,8$	$57,4 \pm 10,1$	-
Управління середовищем	$61,1 \pm 6,8$	$63,7 \pm 8,2$	-
Особистісне зростання	$67,2 \pm 6,9$	$61,7 \pm 9,9$	-
Цілі у житті	$67,1 \pm 6,3$	$61,0 \pm 12,6$	-
Самоприйняття	$64,0 \pm 9,2$	$58,6 \pm 9,3$	-
Загальний індекс	$65,4 \pm 5,9$	$61,3 \pm 8,6$	-
Примітка: * - $p < 0,05$ , різниця між групами вірогідна.			

Не було встановлено вірогідної відмінності між індексами шкал та загальним індексом опитувальника психологічного благополуччя у осіб із

нормальним і підвищеним ІМТ, хоча за більшістю параметрів респонденти групи 2 демонстрували нижчі показники.

При аналізі даних обох груп дослідження із використанням шкали проявів тривоги Дж. Тейлор респонденти були розподілені по підгрупах відповідно до набраної кількості балів. Зокрема, при 40-50 балах визначено дуже високий рівень тривожності, 25-39 – високий рівень, 16-24 – середній (з тенденцією до високого) рівень, 5-15 – середній (з тенденцією до низького) рівень, 0-4 балах – низький рівень тривожності.

Слід відмітити, що у жодній із груп дослідження не було виявлено учасників із дуже високим або низьким рівнями тривоги (рис. 2.5).



**Рис. 2.5.** Розподіл за значеннями рівнів тривожності залежно від рівня ІМТ

*Примітка:* ІМТ – індекс маси тіла

У групах дослідження із нормальним і підвищеним ІМТ переважали підгрупа середнього (з тенденцією до високого) рівня тривожності, до якої увійшли 42,9 % респондентів групи 1 і 42,1 % групи 2, а також підгрупа високого рівня тривожності із 38,1 % і 36,8 % осіб відповідно. Дещо менша

частка учасників дослідження презентувала середній (з тенденцією до низького) рівень тривожності, дану підгрупу склали 19,0 % осіб з нормальною вагою та 21,1 % учасників із підвищеним ІМТ.

Розподіл респондентів за рівнем тривожності згідно шкали проявів тривоги Дж. Тейлор наведено у табл. 2.7.

Таблиця 2.7.

**Розподіл респондентів за рівнем тривожності залежно від рівня ІМТ (n=78)**

Рівень тривожності	Група 1, n=21		Група 2, n=57		p
	n	%	n	%	
Дуже високий	-	-	-	-	-
Високий	8	38,1	21	36,8	$\chi^2=0,04$ $p=0,98$
Середній (з тенденцією до високого)	9	42,9	24	42,1	
Середній (з тенденцією до низького)	4	19,0	12	21,1	
Низький	-	-	-	-	-
Примітка: * - $p<0,05$ , різниця між групами вірогідна.					

При аналізі різниці у розподілі респондентів встановлено значення  $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,98$ , що засвідчує відсутність вірогідної відмінності у розподілі респондентів за рівнями тривожності у групах із нормальною вагою та підвищеним ІМТ.

Здійснено аналіз взаємозв'язків між параметрами опитувальників порушень харчової поведінки DEBQ і EDE-Q та індексами шкал психологічного благополуччя К. Ріфф і проявів тривоги Дж. Тейлор у групі респондентів із нормальним ІМТ (табл. 2.8).

**Кореляція між параметрами опитувальників щодо порушень харчової поведінки і анкет психологічного благополуччя та тривожності за нормального ІМТ (n=21)**

	DEBQ - Обмежувальна ХП	DEBQ - Емоційна ХП	DEBQ - Екстернальна ХП	EDE-Q - Обмеження	EDE-Q - Занепокоєння щодо їжі	EDE-Q - Занепокоєння формою тіла	EDE-Q - Стурбованість вагою	EDE-Q – Загальний індекс
Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф								
Позитивні відносини з оточуючими	-0,0819	-0,6177 p<0,01	0,2351	-0,2193	-0,205	-0,266 p<0,05	-0,148	-0,235
Автономія	-0,5116 p<0,01	-0,4116 p<0,01	0,5640 p<0,01	-0,6562 p<0,01	-0,395 p<0,01	<b>-0,677</b> p<0,01	-0,5429 p<0,01	-0,5916 p<0,01
Управління середовищем	-0,2095	-0,6083 p<0,01	0,2415	-0,0296	-0,332 p<0,05	-0,243	-0,1452	-0,1993
Особистісне зростання	-0,2014	-0,4586 p<0,01	0,3765 p<0,01	-0,3102 p<0,05	-0,634 p<0,01	-0,46 p<0,01	-0,1808	-0,4552 p<0,01
Цілі у житті	-0,6231 p<0,01	-0,6298 p<0,01	0,3889 p<0,01	-0,654 p<0,01	<b>-0,723</b> p<0,01	<b>-0,795</b> p<0,01	-0,6338 p<0,01	<b>-0,7864</b> p<0,01
Самоприйняття	-0,4765 p<0,01	-0,3209 p<0,05	<b>0,7722</b> p<0,01	<b>-0,6846</b> p<0,01	-0,492 p<0,01	<b>-0,719</b> p<0,01	-0,4984 p<0,01	-0,6192 p<0,01
Загальний індекс	-0,4640 p<0,01	-0,5982 p<0,01	0,5742 p<0,01	-0,56839 p<0,01	-0,578 p<0,01	<b>-0,684</b> p<0,01	-0,4731 p<0,01	-0,6200 p<0,01
Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор								
Рівень тривожності	<b>0,7157</b> p<0,01	0,5931 p<0,01	-0,4022 p<0,01	0,6032 p<0,01	<b>0,6828</b> p<0,01	<b>0,7455</b> p<0,01	0,6214 p<0,01	<b>0,7400</b> p<0,01

За шкалою «Позитивні відносини з оточуючими» встановлено середньої сили негативну кореляцію із Емоціогенною ХП, всі інші параметри мали слабку кореляцію. Кореляція шкали «Автономія» презентує у групі 1 зв'язки середньої сили або сильні: негативний сильний із «Занепокоєнням формою тіла», позитивний середньої сили із Екстернальною ХП та негативні середньої сили – із іншими індексами. За індексом «Управління середовищем» спостерігали негативну середньої сили кореляцію із Емоціогенною ХП та «Занепокоєнням щодо їжі», з іншими кореляція була слабкою. За шкалою «Особистісне зростання» відмічено позитивний середньої сили взаємозв'язок із Екстернальною ХП, негативний середньої сили із Емоціогенною ХП, «Занепокоєнням щодо їжі», «Занепокоєнням формою тіла» та загальним індексом психологічного благополуччя. Кореляція шкали «Цілі у житті» презентує при нормальному ІМТ зв'язки середньої сили або сильні: негативний сильний із «Занепокоєнням щодо їжі», «Занепокоєнням формою тіла», загальним індексом EDE-Q, позитивний середньої сили із Екстернальною ХП та негативні середньої сили – із іншими індексами. За індексом «Самосприйняття» відмічено позитивну сильну кореляцію із Екстернальною ХП, негативну сильну – із «Занепокоєнням формою тіла» і «Обмеженням», середньої сили негативні – із усіма іншими параметрами, окрім Емоціогенної ХП із слабкою кореляцією.

За загальним індексом психологічного благополуччя спостерігали сильні або середньої сили взаємозв'язки із показниками дизрегуляції харчової поведінки: сильний негативний із «Занепокоєнням формою тіла» (-0,684), середньої сили позитивний із Екстернальною ХП, всі інші були негативними середньої сили.

Рівень тривожності за опитувальником Дж. Тейлор у осіб із нормальним ІМТ корелював із шкалами порушень харчової поведінки DEBQ і EDE-Q: виявлено сильну позитивну кореляцію із Обмежувальною ХП ( $r=0,7157$ ,  $p<0,01$ ), «Занепокоєнням щодо їжі» ( $r=0,6828$ ,  $p<0,01$ ), «Занепокоєнням формою тіла» ( $r=0,7455$ ,  $p<0,01$ ) та загальним індексом EDE-Q ( $r=0,7400$ ,

$p < 0,01$ ), позитивну середньої сили кореляцію із Емоціогенною ХП, «Обмеженням» і «Стурбованістю вагою», а також негативну середньої сили – із Екстернальною ХП.

Результати дослідження кореляції між індексами опитувальників порушень харчової поведінки DEBQ і EDE-Q та показниками шкал психологічного благополуччя К. Ріфф і проявів тривоги Дж. Тейлор у групі осіб із підвищеним ІМТ наведено у табл. 2.9.

Таблиця 2.9.

**Кореляція між параметрами шкал щодо порушень харчової поведінки і психологічного благополуччя та тривожності за підвищеного ІМТ (n=57)**

	DEBQ - Обмежувальна ХП	DEBQ - Емоціогенна ХП	DEBQ - Екстернальна ХП	EDE-Q - Обмеження	Занепокоєння щодо їжі	Занепокоєння формою тіла	EDE-Q - Стурбованість вагою	EDE-Q – Загальний індекс
Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф								
Позитивні відносини з оточуючими	0,1790	-0,5442 $p < 0,05$	-0,3009 $p < 0,05$	0,2508 $p < 0,05$	-0,394 $p < 0,01$	-0,079	0,008	-0,1218
Автономія	0,0702	-0,3144 $p < 0,05$	-0,0438	-0,0442	-0,463 $p < 0,01$	-0,291 $p < 0,05$	-0,1277	-0,2906 $p < 0,05$
Управління середовищем	0,1152	-0,4206 $p < 0,01$	-0,1245	0,0734	-0,338 $p < 0,01$	-0,082	0,0392	-0,0825
Особистісне зростання	0,1571	-0,3701 $p < 0,01$	-0,0646	0,06431	-0,343 $p < 0,01$	-0,15	0,0047	-0,1108
Цілі у житті	-0,0458	-0,3298 $p < 0,05$	0,0212	-0,5223 $p < 0,01$	-0,522 $p < 0,01$	-0,35 $p < 0,01$	-0,0948	-0,3293 $p < 0,05$
Самоприй- няття	0,0991	-0,178	-0,0433	0,0157	-0,153	0,1019	0,150	0,1013

Загальний індекс	0,1044	-0,4357 p<0,01	-0,1130	0,0729	-0,452 p<0,01	-0,184	-0,012	-0,1824
Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор								
Рівень тривожності	0,0741	0,5030 p<0,01	0,1993	0,140	<b><u>0,7622</u></b> p<0,01	0,4940 p<0,01	0,3508 p<0,01	0,5859 p<0,01

Загалом у групі осіб із надлишковою масою тіла переважали слабкі кореляційні зв'язки, що свідчило про слабку асоціацію між порушеннями харчової поведінки та показниками психологічного благополуччя і тривоги. За шкалою «Позитивні відносини з оточуючими» встановлено середньої сили негативний взаємозв'язок із Емоціогенною ХП і «Занепокоєнням щодо їжі». За індексами «Автономія» і «Управління середовищем» спостерігали середньої сили негативну кореляцію із «Занепокоєнням щодо їжі» та слабкий взаємозв'язок із усіма іншими показниками ХП. Шкала «Особистісне зростання» презентувала середньої сили негативну кореляцію із Емоціогенною ХП і «Занепокоєнням щодо їжі». За індексом «Цілі у житті» відмічено середньої сили негативний взаємозв'язок із «Обмеженням», «Занепокоєнням щодо їжі» і «Занепокоєнням формою тіла». За шкалою «Самосприйняття» усі кореляційні зв'язки були слабкими.

За загальним індексом психологічного благополуччя спостерігали негативну середньої сили кореляцію із Емоціогенною ХП та «Занепокоєнням щодо їжі».

При встановленні кореляції між рівнем тривожності за опитувальником Дж. Тейлор у осіб із підвищеним ІМТ та характеристиками харчової поведінки засвідчено сильну позитивну кореляцію із «Занепокоєнням щодо їжі», що було єдиним сильним взаємозв'язком у даній групі респондентів. Також спостерігали середньої сили позитивну кореляцію із Емоціогенною ХП, «Занепокоєнням формою тіла», «Занепокоєнням вагою» та загальним індексом EDE-Q.

Загалом у осіб основної групи дослідження із підвищеним рівнем ІМТ виявлено переважання осіб із порушеннями патернів харчової поведінки, а також вірогідно більш виражені індекси опитувальників DEBQ і EDE-Q. Параметри індексів порушень харчової поведінки у осіб групи порівняння із нормальною вагою не відрізнялися від таких, що прийняті нормальними за даними джерел літератури. Водночас, аналіз характеристик психологічного благополуччя і тривожності не виявив вірогідної відмінності між респондентами у контексті ІМТ. Встановлено наявність асоціацій між вираженістю параметрів порушень харчової поведінки, індексами психологічного благополуччя і тривожності в учасників дослідження із нормальною вагою, а також – незначну вираженість таких взаємозв'язків у респондентів із надлишковою вагою.

## ВИСНОВКИ

Для досягнення мети дослідження і виконання його завдань було розроблено комплексну програму виконання дослідження, яка включала у себе чотири послідовні структурно пов'язані етапи.

На першому етапі роботи було визначено дизайн дослідження, зокрема встановлено основну тематику дослідження, сформульовано його мету і завдання, потенційні наукове і практичне значення. Визначено об'єкт, предмет і методи дослідження, а також методику вибору потенційних джерел наукової інформації.

Другий етап дослідження передбачав роботу із науковими джерелами із обраного напрямку дослідження, вивчено і систематизовано актуальні дані щодо проблематики особливостей харчової поведінки у контексті нормальної чи надлишкової маси тіла.

Вивчення особливостей харчової поведінки, зокрема на етапі субклінічних її порушень, визначається значною поширеністю проблеми надлишкової ваги і ожиріння серед населення більшості країн. Питанням порушень харчових патернів присвячені численні публікації, зокрема Chew H., Power D., Frank G., Van Strien T., Tsompanaki E., Güner Ö., Dakanalis A., а щодо маніфестних розладів харчової поведінки базовим джерелом інформації є *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013). У наукових працях Frank G. висвітлено фізіологічні механізми, котрі сприяють прогресуванню порушень харчових звичок при надлишковій вазі, а дослідження Van Strien T. мали результатом розроблення Голландського опитувальника харчової поведінки як одного із базових в даній сфері.

Дослідження психологічного благополуччя, тривожності, резиліентності, а також ряду інших психопатологічних ознак і психологічних особливостей у загальній популяції та у контексті індексу маси тіла розкриті у наукових працях McCuen-Wurst C., Tsompanaki E., Ye Z., Power D., Langdon-Daly J., Obara-Golwbiowska M. Питання взаємозв'язків особливостей харчової поведінки, якості життя і психологічного благополуччя та надлишкової маси тіла детально

проаналізовано у оглядових мета-аналізах Linardon J. & Brennan L., Vartanian L. R. & Porter, A. M.

Вітчизняні науковці вивчали особливості харчової поведінки та психологічні аспекти у популяціях з нормальним та надлишковим індексом маси тіла, зокрема Мельник Т.І., Бріт О.В., Огієнко О.І., Шевченко С.М. та Яковлева Є.Л., а їх результати є особливо актуальними, зважаючи на аспект триваючого військового конфлікту.

На третьому етапі дослідження проведено діагностичне дослідження. У дослідження включено 78 респондентів віком від 25 до 75 років (молодого, середнього і похилого віку згідно із класифікацією ВООЗ). Серед учасників дослідження переважали жінки – 65 осіб (83,3 %), тоді як кількість чоловіків була меншою – 13 учасників (16,7 %). Середній вік у групі порівняння учасників із нормальним індексом маси тіла становив  $41,05 \pm 7,21$  роки, а ІМТ –  $21,88 \pm 1,67$  кг/м<sup>2</sup>. Середній вік у основній групі дослідження склав  $48,82 \pm 13,92$  роки, а ІМТ –  $29,40 \pm 3,10$  кг/м<sup>2</sup>.

У дослідженні використано такі методики оцінки особливостей харчової поведінки, як Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) і Шкала дослідження порушень харчової поведінки (Eating Disorder Examination, EDE-Q). Психологічне благополуччя респондентів характеризували за Шкалою психологічного благополуччя К.Рифф (Ryff Scale of Psychological Well-Being, PWB), а тривожність – за результатами Шкали проявів тривоги Дж. Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS).

Четвертий етап дослідження присвячений кількісному та якісному аналізу результатів опитувальників, застосованих на третьому етапі.

1. Теоретичний аналіз даних наукових досліджень щодо порушень харчової поведінки засвідчує значну різноманітність її проявів на субклінічному етапі у контексті маси тіла, а також взаємозв'язок із психологічними особливостями. Зміни патернів харчової поведінки є складною багатофакторною системою, ґрунтуються на фізіологічних особливостях та залежать від ряду соціальних і демографічних параметрів: віку, статі, соціально-

економічного статусу, родинного стану і підтримки, а також стану здоров'я загалом. Триваючий військовий конфлікт погіршує ступінь порушень харчової поведінки та психологічні параметри у популяції.

2. За результатами опитувальника DEBQ у обох групах дослідження не встановлено суттєвої різниці за індексом екстернальної поведінки, яка визначає дизрегуляцію харчування як споживання у відповідь на зовнішні стимули, пов'язані з їжею, незалежно від відчуття голоду чи насичення. У обох групах індекс був вищим від показника, визначеного як нормальний (до 2,7 балів) і становив  $2,91 \pm 0,57$  бали у респондентів групи порівняння та  $2,92 \pm 0,52$  бали при підвищеному ІМТ. Респонденти групи 2 осіб із надлишковим ІМТ демонстрували вірогідно вищі показники за індексами обмежувального та емоціогенного типу ХП, які становили у них  $2,91 \pm 0,90$  і  $2,18 \pm 0,98$  балів відповідно ( $p < 0,05$  за обома індексами). У групі 1 порівняння значення цих індексів були на рівні  $2,14 \pm 0,72$  і  $1,78 \pm 0,80$  балів та не виходили за межі рівнів, визначених нормальними за даними латератури (до 2,4 і 1,8 балів відповідно). Результати спостереження засвідчують, що при підвищеному ІМТ на переїдання впливає стримане харчування (тобто когнітивні спроби контролювати їжу, такі як обмеження кількості або типу споживаної їжі, часто для контролю ваги) в рамках обмежувальної ХП, а також тенденція споживати їжу як відповідь на негативні емоційні стани.

Дизрегуляція ХП є складним чинником, порушення якого можливе як у моноформі, так і шляхом поєднання двох чи навіть трьох типів порушень ХП. Проведено аналіз дисперсії ізольованих типів порушення ХП серед респондентів, а також варіантів їх комбінації. При аналізі ізольованих варіантів типів ХП становлено відсутність обмежувальної ХП у групі 1, тоді як у групі 2 її демонстрували 14,0 % осіб, відсутність емоціогенної ХП у всіх респондентів, та навіть переважання екстернальної ХП при нормальному ІМТ (19,0 %) порівняно із особами з підвищеним ІМТ (10,5 %). Вивчення поєднання підвищеного індексу ХП за двома підшкалами не продемонструвало вірогідної відмінності за групами, хоча загалом у групі 1 різні варіанти комбінацій презентували 33,3 % осіб, а у групі 2 – 26,3 %. У

групі з нормальним ІМТ виявлено переважання за дисперсією обмежувального + екстернального типів ХП та емоціогенного + екстернального типів ХП, а у осіб із підвищеним ІМТ – переважала комбінація обмежувальний + емоціогенний типи ХП.

Здійснено аналіз розподілу респондентів по підгрупах, у яких відсутні порушення ХП та наявне поєднання усіх трьох типів порушення ХП, як протилежних характеристик опитувальника DEBQ. Підгрупа із відсутністю дизрегуляції ХП суттєво переважала у групі 1 і включала 28,6 % осіб проти 10,5 % у групі 2. Підгрупа із поєднанням трьох типів ХП, навпаки, була вірогідно більшою у групі 2 і включала 38,6 % респондентів проти 19,0 % у групі 1 ( $\chi^2=5,07$ ,  $p=0,02$  при порівнянні двох підгруп).

Аналіз даних результатів шкали EDE-Q щодо пов'язаних із харчуванням емоційних переживань чи дій, що відбувалися протягом останніх 28 днів, показав вірогідне переважання показників за усіма шкалами і загальним індексом EDE-Q у групі респондентів із підвищеним ІМТ порівняно із групою порівняння з нормальним ІМТ. За шкалою «Обмеження» індекси становили  $5,47 \pm 1,75$  балів у групі 1 і  $1,39 \pm 1,28$  балів у групі 2, за шкалою «Занепокоєння щодо їжі» -  $3,20 \pm 1,03$  і  $0,65 \pm 0,54$  балів, за шкалою «Занепокоєння формою тіла» -  $7,43 \pm 1,52$  і  $2,14 \pm 1,57$  балів, за шкалою «Стурбованість вагою» -  $6,39 \pm 1,27$  і  $1,78 \pm 1,27$  балів, а також за загальним індексом шкали EDE-Q -  $5,57 \pm 1,00$  і  $1,60 \pm 1,33$  балів відповідно. Таким чином, встановлено вірогідну відмінність за загальним індексом опитувальника EDE-Q та усіма шкалами у контексті рівня ІМТ,  $p < 0,05$ .

3. У групі 1 встановлено сильну позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами EDE-Q «Обмеження» ( $r=0,757$ ,  $p < 0,01$ ) і EDE-Q «Стурбованість вагою» ( $r=0,6616$ ,  $p < 0,01$ ), середньої сили позитивну кореляцію між ІМТ і шкалами DEBQ «Обмежувальна ХП» ( $r=0,6255$ ,  $p < 0,01$ ), EDE-Q «Занепокоєння щодо їжі» ( $r=0,3644$ ,  $p < 0,01$ ), EDE-Q «Занепокоєння формою тіла» ( $r=0,5970$ ,  $p < 0,01$ ) і загальним індексом опитувальника EDE-Q ( $r=0,6096$ ,  $p < 0,01$ ). Негативний середньої сили взаємозв'язок між ІМТ і шкалою DEBQ «Екстернальна ХП» ( $r=-0,4566$ ,  $p < 0,01$ ) засвідчує, що при зростанні ІМТ в межах норми зменшується

споживання їжі у відповідь на зовнішні чинники. У осіб із підвищеною масою тіла не виявлено кореляційних зв'язків середньої сили чи сильних між ІМТ і шкалами опитувальників EDE-Q і DEBQ, незважаючи на те, що переважна більшість показників, котрі характеризують порушення ХП, у цій групі були вірогідно гіршими, ніж в групі учасників із нормальним ІМТ.

4. Дослідження психологічного благополуччя здійснено з використанням опитувальника К. Ріфф та оцінювався за такими шкалами, як «Позитивні відносини з оточуючими», «Автономія», «Управління середовищем», «Особистісне зростання», «Цілі у житті», «Самоприйняття» та за загальним індексом опитувальника. Згідно з отриманими даними, у респондентів із надлишковою масою тіла відмічено тенденцію до гірших показників відносно респондентів групи 1 за загальним індексом опитувальника ( $61,3 \pm 8,6$  проти  $65,4 \pm 5,9$  балів), проте як за загальним індексом опитувальника, так і за його окремими шкалами вірогідної відмінності між особами із нормальним та підвищеним рівнями ІМТ не спостерігали. За шкалою «Управління середовищем» навіть спостерігали тенденцію до вищого рівня індексу у респондентів із підвищеним ІМТ порівняно із особами з нормальною вагою ( $63,7 \pm 8,2$  проти  $61,1 \pm 6,8$ ).

5. Вивчення рівня тривоги із використанням шкали проявів тривоги Дж. Тейлор передбачало розподіл учасників у підгрупі залежно від кількості набраних ними балів. У жодній із груп дослідження не було виявлено учасників із дуже високим або низьким рівнями тривоги. У групах осіб із нормальним і підвищеним ІМТ переважали підгрупа середнього (з тенденцією до високого) рівня тривожності (16-24 бали), до якої увійшли 42,9 % респондентів групи 1 і 42,1 % групи 2, а також підгрупа високого рівня тривожності (25-39 балів) із 38,1 % і 36,8 % осіб відповідно. Дещо менша частка учасників дослідження презентувала середній (з тенденцією до низького) рівень тривожності (5-15 балів), дану підгрупу склали 19,0 % осіб з нормальною вагою та 21,1 % учасників із підвищеним ІМТ. Загалом вірогідної відмінності дисперсії за рівнями між групами дослідження не виявлено ( $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,98$ ).

6. Проаналізовано кореляцію між параметрами опитувальників порушень харчової поведінки DEBQ і EDE-Q та індексами шкал психологічного благополуччя К. Ріфф і проявів тривоги Дж. Тейлор. У осіб групи порівняння з нормальною вагою спостерігали середньої сили асоціацію загального індексу психологічного благополуччя з індексами типів ХП: обмежувальною ХП ( $r=-0,4640$ ,  $p<0,01$ ), емоціогенною ХП ( $r=-0,5982$ ,  $p<0,01$ ), екстернальною ХП ( $r=0,5742$ ,  $p<0,01$ ), а також із загальним індексом опитувальника EDE-Q ( $r=-0,6200$ ,  $p<0,01$ ). Відмічено сильний взаємозв'язок між показниками вираженості тривожності за шкалою Дж. Тейлор і обмежувальною ХП ( $r=0,7157$ ,  $p<0,01$ ) та загальним індексом EDE-Q ( $r=0,7400$ ,  $p<0,01$ ), а також різнонаправлений середньої сили – із емоціогенною ХП ( $r=0,5931$ ,  $p<0,01$ ), екстернальною ХП ( $r=-0,4022$ ,  $p<0,01$ ).

Загалом у групі осіб із надлишковою масою тіла переважали слабкі кореляційні зв'язки між рівнями індексів за опитувальниками, використаними у дослідженні, що свідчило про слабку асоціацію між порушеннями харчової поведінки та показниками психологічного благополуччя і тривоги. Відмічено слабку кореляцію загального індексу психологічного благополуччя із обмежувальною ХП ( $r=0,1044$ ,  $p>0,05$ ), екстернальною ХП ( $r=-0,1130$ ,  $p>0,05$ ) і загальним індексом EDE-Q ( $r=-0,1824$ ,  $p>0,05$ ), а також середньої сили – із емоціогенною ХП ( $r=-0,4357$ ,  $p<0,01$ ). Спостерігали слабку різнонаправлену асоціацію між рівнем тривожності та обмежувальною ХП ( $r=0,0741$ ,  $p>0,05$ ), екстернальною ХП ( $r=0,1993$ ,  $p>0,05$ ) та середньої сили позитивну – із емоціогенною ХП ( $r=0,5030$ ,  $p<0,01$ ) та загальним індексом EDE-Q ( $r=0,5859$ ,  $p<0,01$ ).

Загалом у осіб основної групи дослідження із підвищеним рівнем ІМТ виявлено переважання осіб із порушеннями патернів харчової поведінки, а також вірогідно більш виражені індекси опитувальників DEBQ і EDE-Q. Параметри індексів порушень харчової поведінки у осіб групи порівняння із нормальною вагою не відрізнялися від таких, що прийняті нормальними за даними джерел літератури. Водночас, аналіз характеристик психологічного благополуччя і тривожності не виявив вірогідної відмінності між

респондентами у контексті ІМТ. Встановлено наявність асоціацій між вираженістю параметрів порушень харчової поведінки, індексами психологічного благополуччя і тривожності в учасників дослідження із нормальною вагою, а також – незначну вираженість таких взаємозв'язків у респондентів із надлишковою вагою.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абатуров, О.Є., Нікуліна, А.О. (2020). порушення харчової поведінки при різних фенотипах ожиріння у дітей. *Здоров'я дитини*, 15 (5), 316-320.
2. Батюх, О.В. (2024). Прогнозування впливу порушень сну і тривожності на розвиток серцево-судинних захворювань у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії. Тернопіль – 237 стор.м
3. Бріт, О. В. (2018). Психологічні чинники формування надлишкової маси тіла у дорослих. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки"*, (2), 12-17.
4. Демешкіна, Л.В. (2025). Взаємозв'язки між емоціогенним типом харчової поведінки та психоемоційним станом хворих з гастроентерологічною патологією в умовах дії факторів воєнного часу в Україні. *Гастроентерологія*, 59(2), 90-95. doi: 10.22141/2308-2097.59.2.2025.672
5. Карсканова, С. В. (2011). Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота*, (1), 1-10.
6. Ковальчук, О. В. (2021). Особливості мотивації до схуднення у осіб із надлишковою вагою. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, (8), 45-52.
7. Мельник, Т.І. (2022). Взаємозв'язок між стресовою стійкістю та хаотичним харчуванням. *Психологія і суспільство*, 1, 112–8.
8. Огієнко, О. І. (2020). Психологічні особливості осіб із надлишковою масою тіла. *Український психологічний журнал*, (1), 75-85.
9. Подлубна, І. М. (2019). Емоційний інтелект як чинник регуляції харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології*, (15), 150-165.
10. Савченко, В. В. (2023). Досвід переживання вагоїзму та його вплив на психічне здоров'я. *Український вісник психології*, (4), 112-120.
11. Соделевська, В.В. (2024). Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3).

12. Шевченко, С. М. (2017). *Психологія харчової поведінки*: монографія. К.: Центр учбової літератури.
13. Шмига, Б.Л. (2024). Психологічні особливості розладів харчової поведінки у підлітковому віці. Робота на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр». Луцьк, 95 стор.
14. Яковлєва, Є. Л. (2018). Емоційне переїдання: психологічні механізми та шляхи корекції. *Психологія і суспільство*, (3), 102-115.
15. Alberga, A. S. et al. (2019). Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e116. doi: 10.1017/S1463423619000227.
16. Alexatou, O. et al. (2025). Exploring the Impact of Emotional Eating Among University Students: A Literature Review. *Med. Sci*, 13(2), 56. doi: 10.3390/medsci13020056
17. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
18. Bazo Perez, M., Frazier, L.D. (2024). Risk and resilience in eating disorders: differentiating pathways among psychosocial predictors. *J Eat Disord*, 12, 62.
19. Boutari, C., Mantzoros, C.S. (2022). A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*, 133, 155217. doi: 10.1016/j.metabol.2022.155217.
20. Cerea, S. et al. (2024). Eating disorder symptom dimensions and protective factors A structural network analysis study. *Appetite*, 197, 107326. doi: 10.1016/j.appet.2024.107326.
21. Chew, H.S.J. et al. (2025). The global prevalence of emotional eating in overweight and obese populations: a systematic review and meta-analysis. *Br J Psychol*, 116(2), 484-498. doi: 10.1111/bjop.12768.
22. Cooper, Z., Fairburn, C.G., Hawker D.M. *Cognitive-Behavioral Treatment for Obesity: A Clinical Guide*. The Guilford Press. 2003. 232 pages.

23. Cooper, M. et al. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eat Disord*, 30(1), 54–76. doi: 10.1080/10640266.2020.1790271
24. Dakanalis, A. et al. (2023). The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. doi: 10.3390/nu15051173.
25. D`Souza, M. S. et al. (2020). From fad to fact: Evaluating the impact of emerging diets on the prevention of cardiovascular disease. *Am J Med*, 133(10), 1126-1134. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.017.
26. Durso, L. E., Latner, J. D. (2018). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80-S86. doi: 10.1038/oby.2008.448.
27. Frank, G.K.W. (2022). The role of reward systems in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 45(2), 239–52.
28. Frank, G.K.W., Shott, M.E., DeGuzman, M.C. (2019). The neurobiology of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 28(4), 629-640. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.007.
29. Franco, J.V.A. et al. (2025). Weight-neutral interventions for people with obesity and the perspective of patients, carers and healthcare professionals: a mixed methods review. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), CD016107. doi: 10.1002/14651858.CD016107.
30. GBD 2021 US Obesity Forecasting Collaborators. National-level and state-level prevalence of overweight and obesity among children, adolescents, and adults in the USA, 1990–2021, and forecasts up to 2050 (2024). *Lancet*, 404(10469), 2278-2298. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01548-4.
31. Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67-74. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.01.002.

32. Gulich, M. et al. (2024). War exposure and changes in eating behaviours among Ukrainian school-aged children: A cross-sectional online survey. *Matern Child Nutr*, 21(1), e13729. doi: 10.1111/mcn.13729.
33. Güner, Ö., Aydin, A. (2022). Determining the relationship between anxiety levels, stress coping styles and emotional eating of women in the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs*, 41, 241-247. doi: 10.1016/j.apnu.2022.08.002.
34. Hazzard, V. M. et al. (2020). Food insecurity and eating disorders: a review of emerging evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 74. doi: 10.1007/s11920-020-01200-0.
35. Helsinki Institute / news summary: *Stress caused by the war in Ukraine can affect children's eating behaviour*. 2025.
36. Hrabosky, J. I. et al. (2022). Body image and psychosocial functioning in obesity. In T. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2, 200-206.
37. Kösem, D.D., Bektas, M. (2025). The effect of emotional eating in adolescents on obesity: A systematic review and meta-analysis study. *J Pediatr Nurs*, 81, e39-e46. doi: 10.1016/j.pedn.2025.01.029.
38. Langdon-Daly, J., Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *J Eat Disord*, 5, 12. doi: 10.1186/s40337-017-0141-7
39. Linardon, J., Brennan, L. (2017). The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 715-730. doi: 10.1002/eat.22719.
40. Liu, J. et al. (2025). Mindfulness-based interventions for binge eating: an updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 48, 57-89.
41. McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., Allison, K.C. (2017). Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related co-morbidities. *Ann N Y Acad Sci*, 1411(1), 96–105. doi: 10.1111/nyas.13467

42. Obara-Golwbiowska, M. (2025). Psychological predictors of eating Behavior: The role of maladaptive schemas and emotion regulation across BMI, gender, and age groups. *Appetite*, 215, 108243. doi: 10.1016/j.appet.2025.108243.
43. Okati-Aliabad, H., Ansari-Moghaddam, A., Kargar, S., Jabbari, N. (2022). Prevalence of Obesity and Overweight among Adults in the Middle East Countries from 2000 to 2020: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obes*, 8074837. doi: 10.1155/2022/8074837.
44. Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Ralston, J., Wilding, J. (2021). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Glob Health*, 6(10), e006351. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006351.
45. Palmeira, L., Cunha M., Pinto-Gouveia J. (2019). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *J Health Psychol*, 24(8), 1056-1069. doi: 10.1177/1359105316686668.
46. Pape, M. et al. (2021). Food Addiction and Its Relationship to Weight - and Addiction-Related Psychological Parameters in Individuals With Overweight and Obesity. *Front Psychol*, 12, 736454. doi: 10.3389/fpsyg.2021.736454.
47. Pitil, P.P., Ghazali, S.R. (2024). Acceptance and Commitment Therapy and weight-related difficulties in overweight and obese adults: A systematic review. *Psychol Rep*, 127(6), 2873-2897. doi: 10.1177/00332941221149172.
48. Power, D. et al. (2025). Emotional Eating Interventions for Adults Living With Overweight or Obesity: a systematic review and Meta-Analysis of Behaviour Change Techniques. *J Hum Nutr Diet*, 38(1), e13410. doi: 10.1111/jhn.13410
49. Rubino, F. et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x.
50. Schaefer, L. M., Thompson, J. K. (2018). The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3). *Psychol Assess*, 30(10), 1330–1341. doi: 10.1037/pas0000576

51. Smith, J. et al. (2023). Emotional Eating Interventions for Adults Living with Overweight or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(3), 2722. doi: 10.3390/ijerph20032722
52. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (2020).
53. Stival, C., Lugo, A., Odone, A. et al. (2022). Prevalence and Correlates of Overweight and Obesity in 12 European Countries in 2017-2018. *Obes Facts*, 15(5), 655-665. doi: 10.1159/000525792.
54. Simpson, C. C., Mazzeo, S. E. (2017). Skinny is not enough: A content analysis of fitspiration on pinterest. *Health Communication*, 32(5), 560-567. doi: 10.1080/10410236.2016.1140273.
55. Tsompanaki, E. et al. (2025). The impact of weight loss interventions on disordered eating symptoms in people with overweight and obesity: a systematic review & meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 80, 103049. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.103049.
56. Van Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35. doi: 10.1007/s11892-018-1000-x.
57. Vartanian, L. R., Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3-14. doi: 10.1016/j.appet.2016.01.034.
58. World Health Organization (2023). *Obesity*. Fact sheet.
59. Ye. Z. et al. (2020). Resilience, Social Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Appl Psychol Health Well Being*, 12(4), 1074–1094. doi: 10.1111/aphw.12211

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### Голландський опитувальник харчової поведінки

Перед вами низка питань щодо вашої поведінки, пов'язаної з прийомом їжі. Виберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці в кожній з описаних ситуацій. Дайте відповідь на них однією з п'яти можливих відповідей: «ніколи» (1), «рідко» (2), «іноді» (3), «часто» (4) та «дуже часто» (5), підкресливши цифру у відповідному стовпці бланка тесту.

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1. Якщо ваша вага починає наростати, ви їсте менше, ніж звичайно?	1	2	3	4	5
2. Чи намагаєтесь ви їсти менше, ніж вам хотілося б під час звичайного прийому їжі?	1	2	3	4	5
3. Чи часто ви відмовляєтесь від їжі та пиття через те, що турбуєтесь про свою вагу?	1	2	3	4	5
4. Чи уважно ви контролюєте кількість з'їденого?	1	2	3	4	5
5. Чи вибираєте їжу навмисно, щоб схуднути?	1	2	3	4	5
6. Якщо ви переїли, чи будете ви наступного дня їсти менше?	1	2	3	4	5
7. Чи намагаєтесь ви їсти менше, щоб не набрати вагу?	1	2	3	4	5
8. Чи часто ви намагаєтесь не їсти між звичайними прийомами їжі через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5
9. Чи часто ви намагаєтесь не їсти ввечері через те, що стежите за своєю вагою?	1	2	3	4	5

10. Чи має значення ваша вага, коли ви їсте?	1	2	3	4	5
11. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви роздратовані?	1	2	3	4	5
12. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам нема чого робити?	1	2	3	4	5
13. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви пригнічені чи збентежені?	1	2	3	4	5
14. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам самотньо?	1	2	3	4	5
15. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вас хтось підвів?	1	2	3	4	5
16. Чи виникає у вас бажання їсти, коли вам щось перешкоджає, встає на вашому шляху, або порушуються ваші плани, або щось не вдається?	1	2	3	4	5
17. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви відчуваєте якусь неприємність?	1	2	3	4	5
18. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви стривожені, стурбовані чи напружені?	1	2	3	4	5
19. Чи виникає у вас бажання їсти, коли все не так, все валиться з рук?	1	2	3	4	5
20. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви налякані?	1	2	3	4	5
21. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви розчаровані, коли зруйновані ваші сподівання?	1	2	3	4	5
22. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви схвильовані, засмучені?	1	2	3	4	5

23. Чи виникає у вас бажання їсти, коли ви сумуєте, втомлені, неспокійні?	1	2	3	4	5
24. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай, коли їжа смачна?	1	2	3	4	5
25. Якщо їжа добре виглядає і має добрий запах, чи їсте ви більше, ніж звичайно?	1	2	3	4	5
26. Якщо ви бачите смачну їжу і відчуваєте її запах, чи їсте ви більше звичайного?	1	2	3	4	5
27. Якщо у вас є щось смачне, чи з'їсте це негайно?	1	2	3	4	5
28. Якщо ви проходите повз пекарню (кондитерську), чи хочеться вам купити щось смачне?	1	2	3	4	5
29. Якщо ви проходите повз закусочну або кафе, чи хочеться вам купити щось смачне?	1	2	3	4	5
30. Якщо ви бачите, як їдять інші, чи є у вас бажання їсти?	1	2	3	4	5
31. Чи можете ви зупинитися, якщо їсте щось смачне?	1	2	3	4	5
32. Чи їсте ви більше, ніж зазвичай у компанії (коли їдять інші)?	1	2	3	4	5
33. Коли ви готуєте їжу, чи часто ви її пробуєте?	1	2	3	4	5

## ДОДАТОК Б

## ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (EDE-Q)

Інструкція: Наступні запитання відносяться до подій лише останніх чотирьох тижнів (28 днів). Просимо уважно прочитати кожне запитання.

Просимо відповісти на всі запитання. Дякуємо.

Запитання 1-12: Обведіть номер справа, який характерний для Вас.

Пам'ятайте, що запитання стосуються лише останніх 4 тижнів.

	Як часто за останні 28 днів	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
1	Чи Ви свідомо <u>пробували</u> обмежити кількість їжі, яку ви їсте, щоб вплинути на свою вагу чи форму, (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
2	Чи Ви залишалися довший період (8 годин бадьорості і довше) без їжі з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
3	Чи Ви <u>пробували</u> виключити зі свого харчування певні продукти, які Ви любите з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							
4	Чи Ви <u>пробували</u> дотримуватися певних правил харчування (наприклад, обмеження калорій) з метою вплинути на Вашу вагу чи форму (незалежно чи Вам вдалося це чи ні)?							

5	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>порожній</u> живіт з метою вплинути на Вашу вагу чи форму?							
6	Чи Ви маєте чітке бажання мати <u>абсолютно плоский</u> живіт?							
7	Чи думки про <u>їжу, харчування чи калорії</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням уваги на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
8	Чи думки про <u>вагу та форму</u> заставляють Вас мати труднощі з концентруванням на речах, що Вам подобаються (наприклад, роботі, спілкуванні, чи читанні)?							
9	Чи Ви маєте страх втратити контроль над кількістю їжі?							
10	Чи Ви маєте страх набрати вагу?							
11	Чи Ви відчуваєте себе товстим (ою)?							
12	Чи Ви маєте чітке бажання втратити вагу?							

Запитання 13-18: просимо написати потрібне число замість крапочок справа.

Пам'ятайте, що питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів.)

За останні 4 тижні (28 днів) .....

13	За останні 28 днів, як <u>часто</u> Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би <u>неймовірно великою кількістю</u> їжі?	.....
----	---	-------

<b>14</b>	.... у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	.....
<b>15</b>	За останні 28 днів, скільки <b>ДНІВ</b> ставалися такі епізоди переїдання ( Ви з'їдали неймовірну велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	.....
<b>16</b>	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	.....
<b>17</b>	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	.....
<b>18</b>	За останні 28 днів, <u>скільки разів</u> Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?	.....

Запитання 19-21: просимо обвести вибране число. Просимо пам'ятати, що для цих запитань компульсивне переїдання означає таку кількість їжі, яку інші люди за таких самих обставин назвали би надмірно великою, а також присутнє відчуття втрати контролю над кількістю їжі.

<b>19</b>	За останні 28 днів скільки днів Ви їли таємно (крадькома) не рахуючи епізоди переїдання	Жодного дня	1-5 дні	6-12 днів	13-15 днів	16-22 дні	23-27 днів	Кожен день
		0	1	2	3	4	5	6

<b>20</b>	Скільки часу Ви відчуваєте себе винним(ою) коли їсте (відчуття, що Ви робите щось погане) тому, що це вплине на вашу вагу та форму? Не рахуючи епізоди переїдання	Зовсім ні	Трохи часу	Менше половини часу	Половину часу	Більшу полови ну часу	Майже весь час	Весь час
		0	1	2	3	4	5	6
<b>21</b>	За останні 28 днів, як сильно Ви хвилювалися через те, що люди бачать, що Ви їсте?	Зовсім ні		Трохи		Середньо		Сильно
		0	1	2	3	4	5	6

Запитання 22-28: Просимо обвести справа відповідний номер. Пам'ятайте, що всі питання стосуються лише останніх 4 тижнів (28 днів).

	За останні 28 днів.....	Зовсім ні		Трохи		Середньо		Сильно
<b>22</b>	Чи Ваша <u>вага</u> впливає на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
<b>23</b>	Чи Ваші <u>форми</u> впливають на те, як Ви думаєте (судите) про себе?	0	1	2	3	4	5	6
<b>24</b>	Наскільки Вас засмутить те, що Вас попросять зважуватися щотижня (не частіше, ні рідше) наступні чотири тижні?	0	1	2	3	4	5	6
<b>25</b>	Наскільки Ви не задоволені власною <u>вагою</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
<b>26</b>	Наскільки Ви не задоволені власними <u>формами</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

27	Наскільки Вам не комфортно коли Ви бачите своє тіло (дивитися на себе в дзеркалі, у вітрині магазину, коли роздягаєтесь, чи приймаєте ванну або душ)?	0	1	2	3	4	5	6
28	Наскільки некомфортно Ви чуєтесь коли <u>інші</u> бачать Вашу форму чи фігуру (в загальній переодягальні, в басейні, або коли Ви в облягаючому одязі)	0	1	2	3	4	5	6

## ДОДАТОК В

### Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф

Наступні твердження щодо Ваших відчуттів стосовно себе і Вашого життя. Будь ласка, пам'ятайте, що тут немає правильних та неправильних відповідей.

Обведіть цифру, що відповідає в найбільшій мірі ступеню Вашої згоди або незгоди з кожним твердженням на даний момент	Повністю не згоден	Здебільшого, не згоден	Де в чому не згоден	Де в чому згоден	Швидше, згоден	Повністю згоден
1. Багато людей вважають мене люблячим і дбайливим.	1	2	3	4	5	6
2. Іноді я змінюю свою поведінку або образ думок, щоб відповідати запитам оточуючих.	1	2	3	4	5	6
3. Взагалі, я вважаю, що сам несу відповідальність за те, як я живу.	1	2	3	4	5	6
4. Я не зацікавлений в діяльності, яка розширить мій світогляд.	1	2	3	4	5	6
5. Мені приємно думати про те, що я зробив у минулому і що сподіваюся зробити в майбутньому.	1	2	3	4	5	6
6. Коли я проглядаю історію свого життя, я випробовую задоволення від того, як все склалося.	1	2	3	4	5	6
7. Вважаю підтримку близьких відносин складною і даремною.	1	2	3	4	5	6

8. Я не боюся висловлювати вголос те, що я думаю, навіть якщо це не відповідає думці оточуючих.	1	2	3	4	5	6
9. Потреби повсякденного життя часто нервують мене.	1	2	3	4	5	6
10. Взагалі, я вважаю, що продовжую дізнаватися більше про себе з часом.	1	2	3	4	5	6
11. Я живу одним днем і не замислююся серйозно щодо май-бутнього.	1	2	3	4	5	6
12. Взагалі, я відчуваю упевненість і позитивне відношення до себе.	1	2	3	4	5	6
13. Я часто відчуваю себе самотнім через те, що у мене мало близьких друзів, з якими є можливість поділитися своїми переживаннями.	1	2	3	4	5	6
14. Зазвичай на мої рішення не впливають дії оточуючих.	1	2	3	4	5	6
15. Я не дуже добре відповідаю людям і оточуючому суспільству.	1	2	3	4	5	6
16. Я належу до людей, які відкриті для всього нового.	1	2	3	4	5	6
17. Я прагну зосередитися на сьогоднішньому, оскільки майбутнє майже постійно приносить мені проблеми.	1	2	3	4	5	6
18. Мені здається, що багато з людей, яких я знаю, одержали від життя більше, ніж я.	1	2	3	4	5	6
19. Я відчуваю задоволення від особистого і взаємного спілкування з членами сім'ї або друзями.	1	2	3	4	5	6

20. Я схильний турбуватися про те, що оточуючи думають про мене.	1	2	3	4	5	6
21. Я досить добре справляюся з більшістю щоденних обов'язків.	1	2	3	4	5	6
22. Я не хочу що-небудь робити повному, в моєму житті мене все влаштовує таким, як воно є.	1	2	3	4	5	6
23. У мене є відчуття спрямованості і мета в житті.	1	2	3	4	5	6
24. Була б можливість, я б багато що в собі змінив.	1	2	3	4	5	6
25. Для мене важливо бути хорошим слухачем, коли мої друзі розповідають мені про свої проблеми.	1	2	3	4	5	6
26. Бути задоволеним самим собою важливіше, ніж отримувати схвалення оточуючих.	1	2	3	4	5	6
27. Я часто відчуваю себе заваленим своїми обов'язками.	1	2	3	4	5	6
28. Я вважаю, що важливо переживати новий досвід, який кидає виклик моїй думці про себе і про світ.	1	2	3	4	5	6
29. Мої повсякденні справи здаються мені банальними і незначними.	1	2	3	4	5	6
30. Мені подобається більша частина моїх якостей.	1	2	3	4	5	6
31. Я знаю небагато людей, охочих вислухати, коли мені потрібне з кимсь поговорити.	1	2	3	4	5	6

32. Я схильний піддаватися впливу людей з твердими переконаннями.	1	2	3	4	5	6
33. Якби я був незадоволений своєю життєвою ситуацією, я б зробив ефективні кроки, щоб її змінити.	1	2	3	4	5	6
34. Якщо подумати, я не досяг більшого як особистість за останні декілька років.	1	2	3	4	5	6
35. Я не маю чіткого усвідомлення того, чого я намагаюся досягти в житті.	1	2	3	4	5	6
36. У минулому я зробив декілька помилок, але я вважаю, що в цілому все вийшло благополучно.	1	2	3	4	5	6
37. Я вважаю, що отримую багато від своїх друзів.	1	2	3	4	5	6
38. Люди рідко переконують мене робити те, що я не хочу .	1	2	3	4	5	6
39. Зазвичай я добре піклуюся про свої особисті фінанси і справи.	1	2	3	4	5	6
40. З моєї точки зору люди будь-якого віку здатні продовжувати подальше особове зростання і розвиток.	1	2	3	4	5	6
41. Я звик ставити перед собою цілі, але зараз це здається марною тратою часу.	1	2	3	4	5	6
42. У багатьох відношеннях я відчуваю розчарування щодо моїх досягнень в житті.	1	2	3	4	5	6
43. Мені здається, що у більшості оточуючих людей більше друзів, ніж у мене.	1	2	3	4	5	6

44. Для мене важливіше пристосуватися до інших, ніж залишитися одному зі своїми принципами.	I	2	3	4	5	6
45. Я відчуваю стрес через те, що не можу впоратися зі всіма справами, які я вимушений робити щодня.	1	2	3	4	5	6
46. З часом я почав більше розуміти життя, що зробило мене сильнішою і здібнішою людиною.	I	2	3	4	5	6
47. Мені приносить задоволення будувати плани на майбутнє і працювати над їх втіленням в життя.	1	2	3	4	5	6
48. Здебільшого я горджуся тим, хто я є, і життям, яким я живу.	1	2	3	4	5	6
49. Люди назвали б мене людиною, готовою приділити час іншим.	1	2	3	4	5	6
50. Я впевнений в своїй думці, навіть якщо вона суперечить загальній.	1	2	3	4	5	6
51. Мені добре вдається розподілити свій час так, щоб я міг справлятися з усім, що повинно бути зроблено.	1	2	3	4	5	6
52. Мені здається, що я став значно розвиненіший як особа з часом.	1	2	3	4	5	6
53. Я — людина, що активно виконує те, що заплановано мною.	1	2	3	4	5	6
54. Я заздрю тому, як живуть більшість людей.	1	2	3	4	5	6
55. У мене ніколи не було досить теплих і довірливих стосунків з іншими.	1	2	3	4	5	6

56. Мені складно висловлювати свою думку щодо спірних питань.	1	2	3	4	5	6
57. Кожен мій день розписаний, але я отримую відчуття задоволення від того, що зі всім справляюся.	1	2	3	4	5	6
58. Мені не подобається опинятися в нових ситуаціях, які вимагають від мене зміни старого доброго способу дії.	1	2	3	4	5	6
59. Деякі люди безцільно блукають життям, але я не відношуся до таких людей.	1	2	3	4	5	6
60. Моє ставлення до себе, ймовірно, не таке позитивне, як те, що відчувають до себе більшість людей.	1	2	3	4	5	6
61. Я часто відчуваю, що залишаюся осторонь, коли справа стосується дружби.	1	2	3	4	5	6
62. Я часто змінюю свої рішення, якщо мої друзі або члени сім'ї не згодні з ними.	1	2	3	4	5	6
63. Я відчуваю напругу, коли намагаюся розпланувати свої дії, оскільки я ніколи не виконую до кінця все, що запланував.	1	2	3	4	5	6
64. Для мене життя — це безперервний процес навчання, змін та росту.	1	2	3	4	5	6
65. Іноді мені здається, що я зробив все в моєму житті, що було потрібно.	1	2	3	4	5	6
66. Багато днів я прокидаюся пригнічений думками про те, як я прожив своє життя.	1	2	3	4	5	6

67. Я знаю, що можу довіряти своїм друзям, а вони знають, що можуть довіряти мені.	1	2	3	4	5	6
68. Я не відношуся до людей, які піддаються соціальному тиску думати або поступати певним чином.	1	2	3	4	5	6
69. Мої спроби знайти вид діяльності і взаємовідношення, відповідні для мене, були вельми успішними.	1	2	3	4	5	6
70. Мені приносить задоволення бачити, як мої погляди міняються і «дорослішають» з роками.	1	2	3	4	5	6
71. Мої цілі в житті є для мене швидше джерелом задоволення, ніж розчарування.	1	2	3	4	5	6
72. У минулому були зльоти і падіння, але в цілому я б не став нічого міняти.	1	2	3	4	5	6
73. Мені складно по-справжньому відкритися, коли я спілкуюся з оточуючими.	1	2	3	4	5	6
74. Мене турбує те, як люди оцінюють вибори, зроблені мною в житті.	1	2	3	4	5	6
75. Мені складно розпланувати своє життя так, щоб мене це влаштовувало.	1	2	3	4	5	6
76. Я давним-давно перестав намагатися поліпшити або змінити що-небудь в своєму житті.	1	2	3	4	5	6
77. Мені приємно думати про те, чого я досяг у житті.	1	2	3	4	5	6

78. Коли я порівнюю себе з друзями і знайомими, я переживаю приємні почуття від того, ким я є.	1	2	3	4	5	6
79. Мої друзі і я співпереживаємо проблемам один одного.	1	2	3	4	5	6
80. Я оцінюю себе за тим, що я вважаю важливим, а не за цінностями, які вважають важливими оточуючі.	1	2	3	4	5	6
81. Я спромігся створити свій власний будинок і спосіб життя, які найбільш відповідають моїм перевагам.	1	2	3	4	5	6
82. Правильно говорять, що старого пса новим трюкам не навчиш.	1	2	3	4	5	6
83. Зрештою я можу з упевненістю сказати, що моє життя не багато стоїть.	1	2	3	4	5	6
84. У всіх є свої недоліки, але, здається, у мене їх більш ніж до- статньо.	1	2	3	4	5	6

## ДОДАТОК Г

**Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакідзе)**

Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей ("так" або "ні"). У реєстраційному банку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак "+" (так), якщо згодні, або "-" (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтесь

<b>У клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак "+" (так), якщо згодні, або "-" (ні), якщо не згодні</b>	<b>Відповідь</b>
1. Я можу довго працювати не втомлюючись.	
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.	
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.	
4. У мене рідко болить голова.	
5. Я впевнений у своїх силах.	
6. Очікування мене нервує.	
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.	
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим	
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.	
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував все те, що мені доручали.	
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.	
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.	
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.	
14. Я не надто сором'язливий.	
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великим напруженням.	
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.	
17. Я червонію не частіше, ніж інші.	
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці	

19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.	
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.	
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.	
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.	
23. Мене часто мучать нічні кошмари.	
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.	
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.	
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.	
27. В іграх я волію скоріше виграти, ніж програти.	
28. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей.	
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх	
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.	
31. Мій шлунок сильно турбує мене.	
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.	
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.	
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.	
35. Я легко ніяковію.	
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути	
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.	
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.	
39. Я ніколи не спізнився на побачення або роботу.	
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі	

41. Іноді мені хочеться вилятися	
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.	
43. Мене турбують можливі невдачі.	
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.	
45. Мене нерідко охоплює відчай.	
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.	
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.	
48. Я майже завжди відчуваю відчуття голоду.	
49. Мені не вистачає впевненості в собі.	
50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.	
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.	
52. У мене дуже рідко болить живіт.	
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.	
54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.	
55. Я завжди відповідаю на листи відразу ж після прочитання.	
56. Я легко засмучуюсь.	
57. Практично я ніколи не червонію.	
58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів і знайомих.	
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.	
60. Зазвичай я працюю з великою напругою.	