

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання особистості

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр

(спеціальність 053 «Психологія»,

освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Петрової Марини Євгеніївни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, асистент
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

Проскурня Аліна Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2024

ЗМІСТ

ЗМІСТ.....	2
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ ОСОБИСТОСТІ.....	7
1.1 Поняття компульсивного переїдання особистості та його місце у розладах харчової поведінки.....	7
1.2 Сучасні концепції вивчення перфекціонізму як чинника компульсивного переїдання.....	15
1.3 Психологічні чинники компульсивного переїдання.....	23
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1 Етапи емпіричного дослідження.....	31
2.2 Характеристика психодіагностичних методик.....	33
2.3 Аналіз вибірки дослідження.....	42
Висновки до розділу 2.....	48
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ ОСОБИСТОСТІ.....	50
3.1 Індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням.....	50
3.2 Визначення впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання.....	68
Висновки до розділу 3.....	77
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	94
Додаток А.....	94
Додаток Б.....	99
Додаток В.....	100

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Поширеність компульсивного переїдання у світі у 2018-2020 роках становила 0,6-1,8% серед дорослих жінок і 0,3-0,7% серед дорослих чоловіків [38]. Особи з компульсивним переїданням відчувають значне погіршення якості життя, у той же час даний розлад часто не діагностується та не лікується. Етіологія компульсивного переїдання складна, вона включає генетичні, екологічні, психологічні та нейробіологічні фактори.

Компульсивне переїдання є не лише психологічною, але і комплексною проблемою, яка згубно впливає на різні системи організму [9]. Даний розлад харчової поведінки може підвищувати ризик серцево-судинних хвороб, порушувати гормональний баланс, а також спричиняти надмірне навантаження на суглоби та хребет [14]. Часто супутніми станами компульсивного переїдання є ожиріння, діабет 2 типу та гіпертонія. Дослідження механізмів та чинників компульсивного переїдання є важливим, оскільки краще розуміння природи даного розладу є ключовим для профілактики та лікування розладів харчової поведінки, а також для зменшення ризику виникнення пов'язаних з ним фізичних та психічних негативних наслідків для здоров'я.

Стандартизований коефіцієнт смертності від компульсивних переїдань оцінюється на рівні 1.5 – 1.8% [45].

Перфекціонізм як тенденція особистості до досконалості є значимим особистісним фактором, що може сприяти розвитку компульсивного переїдання. Сучасне суспільство пропагує високі стандарти в усіх сферах життя – у продуктивності, зовнішності, професійному та фінансовому успіху. Соціальний тиск, підвищена самокритичність та прагнення до бездоганності через емоційне виснаження може провокувати компульсивне переїдання як дезадаптивний спосіб регуляції емоцій.

Компульсивне переїдання часто залишається без уваги, частково через упереджене ставлення в суспільстві. Дослідження факторів впливу компульсивного переїдання є важливим для профілактики та лікування даного розладу. Крім цього, вивчення компульсивного переїдання є значущим для підвищення обізнаності суспільства, руйнування стереотипів та розширення програм профілактики та лікування цього розладу. Розуміння ролі перфекціонізму у розвитку компульсивного переїдання може допомогти у роботі психологам та психотерапевтам завдяки поглибленню розуміння причинно-наслідкових зв'язків між такою особистісною характеристикою, як перфекціонізм, та формування дезадаптивних способів регуляції емоцій, як компульсивне переїдання. Ці знання дозволять фахівцям ефективно допомагати клієнтам у подоланні компульсивного переїдання.

Мета дослідження:

визначити вплив перфекціонізму на розвиток компульсивного переїдання особистості.

Завдання дослідження:

1. провести теоретико-методологічний аналіз впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання
2. проаналізувати індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням
3. дослідити вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання

Об'єкт:

компульсивне переїдання особистості.

Предмет:

вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання особистості.

Методи дослідження.

Для вирішення завдань дослідження було використано теоретичні та емпіричні методи наукового дослідження:

- теоретичні методи: аналіз, синтез та систематизація під час дослідження сучасного стану предмету дослідження у науковій літературі та обробки одержаних результатів;
- емпіричні методи: анкетування та тестування з використанням таких методик, як
 - “Анкета скринінгу компульсивного переїдання” (“Binge eating disorder screener” – BEDS-7) в адаптації Ланюш Ф. В., Урбанович А. М., Козловської Х. Ю.,
 - “Шкала компульсивного переїдання” (“Binge eating scale” – BES) в адаптації Л. Н. Юрьєвої, В. В. Огоренко, А. В. Шорникова, В. А. Кокашинського
 - Велика тривимірна шкала перфекціонізму (“The Big Three Perfectionism Scale” – BTPS) у адаптації Т. В. Грубі
 - Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (“Symptom Check List-90 Revised” – SCL-90-R) в адаптації Дембицького С. та Середи Ю.
 - Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (“Eating Disorder Examination Questionnaire” – EDE-Q) в адаптації Українського Інституту Когнітивно-Поведінкової Терапії

Емпіричні показники було проаналізовано та оброблено за допомогою методів математичної статистики, а саме регресійного аналізу.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяло участь 74 респонденти, серед яких 14 чоловіків та 60 жінок у віці від 18 до 58 років. З них 29 осіб з компульсивним переїданням – 1 чоловік та 28 жінок.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що

вперше:

- досліджено вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання, що раніше досліджувалося здебільшого в контексті анорексії та булімії

- встановлено величину впливу жорсткого, самокритичного, нарцисичного та перфекціонізму в цілому на компульсивне переїдання.
набули подальшого розвитку положення про:
- вищу поширеність компульсивного переїдання серед жінок, ніж серед чоловіків;
- високу поширеність патопсихологічних симптомів, зокрема тривоги та депресії, у осіб з компульсивним переїданням.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані висновки та результати можуть бути застосовані у діагностиці компульсивного переїдання та роботі з даним розладом для психологів та психотерапевтів.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено з використанням обґрунтовано обраних обмежень та припущень при формуванні мети та завдань дослідження; збором даних для репрезентативної вибірки; з використанням сучасних, валідованих та апробованих емпіричних інструментів; використанням апробованих та загально визнаних наукових методів статистичного аналізу даних; поєднанням емпіричного аналізу з теоретичним для інтерпретації результатів.

Структура та обсяг роботи.

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 82 найменування, з них – 76 іноземною мовою, та 3 додатки. Дослідження містить 22 таблиці і 12 рисунків. Основний зміст викладено на 81 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 100 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Поняття компульсивного переїдання особистості та його місце у розладах харчової поведінки

Компульсивне переїдання – напоширеніший розлад харчової поведінки, що характеризується неконтрольованим споживанням незвично великої кількості їжі протягом двох-трьох годин [22]. Даний розлад спостерігається у 2-5% населення – частіше у жінок, ніж у чоловіків [68]. Епізод компульсивного переїдання у більшості випадків супроводжується відчуттям провини, сорому, відрази до себе. Також компульсивне переїдання супроводжується втратою контролю над спожитою їжею та її кількістю. Однією з характеристик компульсивного переїдання є надто швидке споживання їжі. При компульсивному переїданні немає компенсаторної очисної поведінки, на противагу булімії. Цей розлад супроводжується негативними наслідками не лише для фізичного, а й для психічного здоров'я. Компульсивне переїдання тягне за собою такі наслідки, як підвищений ризик ожиріння та психопатології. Даний розлад призводить до енергетичного дисбалансу, пов'язаний з високим рівнем коморбідності, а також має серйозні наслідки для здоров'я.

Процес харчування невід'ємний для життєдіяльності людини. Він регулюється відповідно до потреб внутрішнього середовища за рахунок регуляторних ланцюгів мозку. При цьому, на харчування також впливають сигнали навколишнього середовища. Деякі дослідники пов'язують поняття “гедоністичного голоду” з компульсивним переїданням [68]. Гедоністичний голод можна охарактеризувати як часті думки про їжу, попри відсутність дефіциту енергії.

Вперше цей розлад харчової поведінки (РХП) був визнаний як самостійний розлад у Діагностичному та статистичному посібнику DSM-5. Однак, компульсивне переїдання вперше з'явилося лише в DSM-IV – до

цього особи, що відповідали критеріям компульсивного переїдання, ставився діагноз “розлад харчової поведінки, є визначений іншим чином”.

Згідно з DSM-5, компульсивне переїдання має 5 діагностичних критеріїв [33]. Основними критеріями є:

1. Критерій 1 – справджуються обидві ознаки:
 - a. епізоди переїдання, що повторюються. За короткий проміжок часу, наприклад 2-3 години, людина з’їдає кількість їжі точно більшу, ніж та, яку з’їли би більшість людей за аналогічний період часу і за аналогічних обставин;
 - b. крім цього, людина під час цього ж епізоду переїдання не контролює що вона їсть і не може припинити їсти.
2. Критерій 2 – справджуються три і більше ознаки:
 - a. людина їсть відчутно швидше, ніж завжди;
 - b. їсть до відчуття дискомфорту і навіть болю;
 - c. не відчуває фізичного голоду, але продовжує їсти;
 - d. через сором їсть тоді, коли ніхто не бачить;
 - e. переїдання супроводжується почуттям провини та огиди до себе.
3. Критерій 3 – після переїдання наявний виражений дистрес
4. Критерій 4 – тривалість та частота переїдання – не рідше ніж 1 день на тиждень впродовж трьох місяців.
5. Критерій 5 – після переїдання не спостерігаються неприйнятні компенсаторні дії (голодування, очищення, надмірне фізичне навантаження); не відбувається виключно під час перебігу нервової булімії або анорексії.

Також у DSM-5 було введено класифікацію ступенів тяжкості КП, залежно від частоти епізодів КП протягом тижня. Відповідно, якщо епізоди КП траплялися від 1 до 3 разів на тиждень, такий ступінь вважається легким; від 4 до 7 разів на тиждень – помірним; 8-13 епізодів на тиждень – тяжким; від 14 епізодів і більше – екстремальним.

Вілфлі, Сітрон і Герман [82] вважають, що термін “велика кількість їжі” або “точно більша кількість їжі, яку більшість людей споживають протягом

аналогічного періоду часу за подібних обставин” в контексті першого критерію, є достатньо суб’єктивним. Більш точним критерієм вони вважають маркер того, що людина вживає велику кількість їжі тоді, коли не голодна.

З точки зору нейробіології клінічні функціональні зображення та когнітивні дослідження говорять про те, що компульсивне переїдання характеризується порушеними взаємопов’язаними проміжними фенотипами, такими як упередженість уваги до харчових сигналів, пресервативна або компульсивна поведінка, імпульсивність, обробка винагороди, мотивація. Важливо також розуміти механізми цих проміжних фенотипів. Наприклад, споживання їжі, зокрема смачної та гомеостатичної, і когнітивні аспекти, такі як компульсивність, імпульсивність, мотивація, обробка винагороди, можуть провокувати дезадаптивну поведінку, яка є ключовою для розвитку компульсивного переїдання у осіб, які є схильними до нього. Підвищена чутливість до винагороди, яка проявляється як сильній дофаміновий сигнал в смугастому тілі мозку, може бути сприятливим фактором ризику компульсивних переїдань [29].

Часто особи з компульсивним переїданням відрізняються компульсивністю, а також поведінковою негнучкістю у різних сферах життя [9]. Це описується тим, що вони обирають одні й ті самі варіанти вибору або поведінки, незважаючи на те, що обставини зазнали змін. Наприклад, вони можуть вдаватися до дитячих реакцій, таких як несвідома відмова від взяття відповідальності, попри те, що особа вже є дорослою. Такі люди мають схильність дотримуватися однієї й тієї ж звички або вибору, незалежно від зміни контексту.

Компульсивне переїдання (КП) є коморбідним з тривогою та депресією. Пацієнти з КП часто непокояться не лише з приводу їжі, але й з приводу власної ваги та форми. Компульсивне переїдання часто пов’язане з високим рівнем тривожності та депресії. Найпоширенішими супутніми розладами є тривожні розлади та розлади настрою. Окрім супутніх психічних розладів, певні профілі особистості також мали зв’язок з переїданнями. У одному з

досліджень тяжкість компульсивного переїдання корелювала з параноїдальними ідеями, психотизмом та чутливістю у міжособистісних стосунках [82]. Воно може погіршувати якість життя, а також мати серйозний вплив на здоров'я та благополуччя особистості [66]. Нові результати досліджень демонструють те, що більшість людей з компульсивним переїданням мали протягом життя не менш ніж один супутній психіатричний розлад [30]. У національному репрезентативному дослідженні, проведеному в США, 94% опитуваних повідомили про наявність симптомів психічних розладів протягом усього життя, з них 70% мали афективні розлади, 68% – розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, 59% – тривожні розлади, 49% – межові розлади особистості, 32% – посттравматичний стресовий розлад [45]. Додатково до супутніх психіатричних захворювань, люди з компульсивним переїданням повідомляють про проблеми з міжособистісними взаєминами, самооцінкою, самосвідомістю та самокритичністю.

Приналежність до різних меншин, насильство, травми, депривації, серйозні психічні захворювання можуть підвищувати ризик розвитку компульсивних переїдань. Дослідження Шихана та Германа показали, що іспаномовні особи та афроамериканці майже вдвічі частіше мають супутні тривожні та афективні розлади, аніж особи інших етнічних та расових приналежностей [69]. Проте, оскільки представників рідше звертаються за психіатричною допомогою, це призводить до того, що компульсивне переїдання може та супутні розлади можуть бути недостатньо дослідженими у даних групах населення.

Розлади харчової поведінки, і компульсивне переїдання зокрема, є розладом, що впливає на якість життя та збільшує статистику використання медичних послуг. Саме тому, говорячи про компульсивне переїдання, неможливо оминати його вплив на фізичне здоров'я та організм в цілому.

Компульсивне переїдання, що супроводжується підвищенням ваги, може чинити шкоду серцево-судинній системі: внаслідок збільшення маси

тіла підвищується ймовірність розвитку гіпертонії, порушення кровообігу [2]. Внаслідок даного розладу можуть розвиватися захворювання шлунково-кишечного тракту, такі як гастрит, холецистит, панкреатит. У деяких випадках збільшення ваги внаслідок компульсивного переїдання можуть сприяти ризику цукрового діабету 2-го типу та навіть раку [9].

Важливим компонентом у регуляції харчової поведінки є ендокринні механізми. У людей з компульсивним переїданням часто спостерігаються нейроендокринні зміни у механізмах, що сигналізують про голод і насичення. Ці зміни можуть також спричиняти компульсивні переїдання [35]. Також детально описано і те, що харчова поведінка є результатом взаємодії центральної нервової системи та периферичних тканин. У компульсивному переїданні спрацьовує не лише гомеостатичний механізм, заснований на метаболічній енергії, а також діють когнітивні, емоційні та мотиваційні процеси, що сприяють харчовій поведінці або пригнічують її. Дослідження вказують на те, що дисфункції гормонів, зокрема центральні, периферичні та ендокринні, беруть участь у гомеостатичних та гедонічних шляхах розвитку компульсивних переїдань. Дослідження про гомеостатичну регуляцію мозку демонструють те, що гіпоталамус оркеструє харчову поведінку: він отримує нейропептиди з сигналами від периферичних тканин [72]. Гіпоталамус є ключовим у регуляції сигналів голоду та насичення. Відповідно до цього дослідження, ураження гіпоталамуса можуть викликати зміни харчової поведінки у людей, що демонструють переїдання або обмеження в їжі, подібні за своїми ознаками до компульсивних переїдань.

Регуляція емоцій відіграє важливу роль у розвитку компульсивного переїдання. Цей термін описує здатність людини ефективно реагувати на повсякденні події та характеризує процеси, за допомогою яких психіка людини впливає на те, які емоції виникають у людини і коли вони виникають, а також те, як особа переживає емоції та виражає їх. Особа, що адаптивним способом регулює свої емоції, може впливати на афективні стани шляхом диференціювання, переживання, послаблення та керування ними. Науковці

припускають, що для осіб з РХП переїдання виступає у ролі засобу регуляції негативних емоцій, коли особа не володіє більш адаптивними стратегіями [30]. Тобто, проблема компульсивного переїдання більшою мірою полягає у неможливості адаптивно врегулювати емоції, аніж з виникненням негативних емоцій як таких. Неадаптивні стратегії регуляції емоцій, а також негативні емоції у цілому, мають роль у компульсивному переїданні, його розвитку та підтримці. Згідно з дослідженням емоційної регуляції в контексті компульсивного переїдання, найбільш значущими є емоції, що виникають у міжособистісних стосунках, зокрема самотність, розчарування або біль, а також емоція смутку та емоція гніву [31]. Особи з компульсивним переїданням часто придушують свої емоції, або перетравлюють їх в середині себе, обмірковуючи їх, замість того, щоб вивільнити їх, або обговорити з кимось. Такі патерни поведінки можуть призводити до того, що психопатологічні симптоми осіб з компульсивним переїданням посилюються. На відміну від здорових людей, особи з компульсивним переїданням набагато рідше використовують адаптивні стратегії роботи з негативними емоціями. Тому компульсивне переїдання часто пов'язують з такими формами дезадаптивних стратегій емоційної регуляції, як самоушкодження та зловживання психоактивними речовинами, які є проявами аутоагресії.

Гештальт-терапевти говорять про те, що за допомогою компульсивного переїдання особистість направляє всередину себе ту агресію, яка була адресована в бік інших людей або явищ, проте не була реалізована. Таке явище в гештальт-терапії називають ретрофлексією. На думку багатьох науковців, компульсивне переїдання розглядається як аутоагресивна поведінка [14]. Це підтверджується також і наведеними вище фактами про те, що повторювані епізоди компульсивного переїдання несуть шкоду як соматичному, так і психічному здоров'ю особистості. Така поведінка загрожує розвитку особистості, а також його цілісності, оскільки відхиляється від психологічних та медичних норм. Розлади харчової поведінки, і компульсивне переїдання зокрема, мають яскраві негативні

медико-соціальні наслідки, і серед усіх психічних захворювань мають найвищий рівень смертності [81].

DSM-5 говорить про те, що компульсивне переїдання та негативні емоції тісно пов'язані між собою. Компульсивному переїданню часто передують виражений дистрес, а також після епізоду компульсивного переїдання особа знову ж таки зустрічається з дистресом.

Згідно з дослідженням компульсивного переїдання у студентів та студенток коледжів [62], були виявлені гендерні відмінності між передумовами та післяумовами епізодів компульсивного переїдання. Результати вказали на те, що у жінок перед епізодом компульсивного переїдання частіше спостерігалися стрес та негативний вплив, а після – негативні емоційні стани, негативний образ тіла та відчуття незадоволеності собою. Жінки частіше вважали тригером до компульсивного переїдання діяльність, що супроводжувалася стресом, таку як певний конфлікт або проблеми з фінансами. У деяких випадках передумовою була також нудьга. Напротивагу, чоловіки вказували на такі передумови як голод, фізичні вправи та вживання психоактивних речовин, а після епізоду компульсивного переїдання вони відчували ситість та задоволеність. Окрім цього, відмінність була також у соціальних умовах вживання їжі: чоловіки повідомляли те, що епізоди компульсивних переїдань частіше траплялися з ними в соціальному середовищі і поза домом, тоді як епізоди компульсивних переїдань жінок зазвичай траплялися, коли вони були вдома або на самоті.

Підтверджено, що компульсивне переїдання має хронічний перебіг протягом життя [72]. Одним з методів для запобігання цьому розладу є вивчення поведінкових та когнітивних чинників, що пов'язані з переїданням. Часто особи з компульсивним переїданням переїдають саме смачною їжею, яка є надмірно жирною або солодкою. Через високий вміст жирів, їжа є калорійною, а через високий вміст цукру – спричиняє різке підвищення рівня глюкози у крові. Люди з компульсивним переїданням мають тенденцію вживати саме смачну їжу для вирішення проблем, покращення настрою або

зменшення занепокоєння. Часто таку їжу вживають не через голод, а з інших психологічних причин – наприклад, щоб знизити рівень емоційної напруги, подолати труднощі, отримати відчуття винагороди, покращити емоційний стан. Також важливу роль відіграють соціальні мотиви. Відповідно до моделі “Шкали мотивів смачного харчування” (Palatable Eating Motives Scale – PEMS), є 4 основні мотиви переїдання смачною їжею: соціальні мотиви, мотиви відповідності, мотиви покращення та мотиви подолання [65]. І мотив копінгу, він же мотив подолання проблем і негативних почуттів, показував унікальну дисперсію індексу маси тіла, спричинену оцінками компульсивного переїдання. Ускладнюючий момент полягає також і в тому, що смачна їжа ускладнює контроль людини над тим, яку її кількість вона спожила. Окрім цього, через порівняно вищу калорійність смачної їжі, у особистості посилюються почуття, характерні для компульсивного переїдання – провина, сором, страждання. Вивчення мотивів переїдання може допомогти особам з компульсивним переїданням зробити вибір на користь здорової їжі в моменти найбільшої вразливості до мотивів моделі PEMS.

Говорячи про харчування, важливо виділити такі види, як гедоністичне, метаболічне та гомеостатичне харчування. Гедоністичне харчування зазвичай характеризує прийом їжі при відсутності метаболічних потреб або голоду. Потребу в гедоністичному харчуванні можна задовільнити споживанням надзвичайно смачної їжі, яка зазвичай калорійна та має високий вміст жирів, солі та цукру. Велика різноманітність та висока доступність до їжі в сучасному середовищі робить гедоністичне харчування вагомим чинником компульсивного переїдання.

Дослідження вказують на те, що люди з компульсивним переїданням мають нижчий рівень якості життя у таких сферах як фізична функція, самооцінка, сексуальне життя, міжособистісні взаємини та робота [69]. Також у частки людей з компульсивним переїданням були виявлені рольові порушення, що характеризують здатність виконувати очікувані ролі у різних сферах життя. Наприклад, було виявлено зв'язок між компульсивним

переїданням та зниженими шансами вийти заміж у жінок (але не у чоловіків), і знижені шанси на працевлаштування у чоловіків (але не у жінок).

Компульсивне переїдання необхідно вивчати як комплексну проблему, яка може вивчатися у двох напрямках. Перший напрямок – це те, що компульсивне переїдання може бути фактором, який перешкоджає задоволеності життям. Другий напрямок – незадоволеність життя може виступати фактором, що провокує компульсивні переїдання.

Як наслідок, компульсивне переїдання є предметом комплексного і важливого дослідження, і є серйозною проблемою мультиаспектної етіології, загрозовою для здоров'я особистості.

1.2 Сучасні концепції вивчення перфекціонізму як чинника компульсивного переїдання

Розглядаючи перфекціонізм як потенційний чинник компульсивного переїдання, варто приділити увагу тому, чим є перфекціонізм як риса особистості. Перфекціонізм – це тенденція особистості, що характеризується прагненням до досконалості, високою критичністю до себе та інтроєктами про те, що оточення очікує від людини бездоганності. Фрост визначав перфекціонізм як багатовимірний особистісний конструкт, який характеризується прагненням особистості досягти найвищого стандарту або очікувань з можливих, у той же час уникнувши будь-яких хиб та недоліків.

Науковцями була підтверджена теорія про те, що особистість, яка має перфекціоністські очікування, не маючи змоги їх задовольнити, вдається до компульсивного переїдання. Дослідження показали, що занепокоєння помилками може не лише сприяти, але й прогнозувати компульсивне переїдання [67]. Відповідно до трансдіагностичної моделі РХП, перфекціонізм є одним з чотирьох основних підтримуючих процесів, що пов'язаний із самооцінкою, рушійним фактором якої є прагнення досягти успіху попри несприятливі наслідки та психологічні симптоми [68].

Відповідно до двовимірної моделі перфекціонізму, ця риса містить у собі два аспекти – перфекціоністські прагнення та перфекціоністські

побоювання або переживання [73]. Перфекціоністські прагнення характеризуються прагненням до недосяжних стандартів та бездоганності. Перфекціоністські побоювання, у свою чергу, включають надмірне занепокоєння навіть найменшими помилками, страх соціального осуду, підвищену самокритику та відсутність задоволення від власних досягнень. Також, крім прагнень та побоювань, деякі дослідники до цих аспектів включають також поняття порядку, разом з яким вони утворюють тривимірну модель перфекціонізму [14]. Порядок в контексті перфекціонізму характеризується тенденцією до системності та акуратності. Проте, немає чіткого консенсусу про те, чи порядок варто вважати елементом перфекціонізму [20]. Також дослідники розходяться у думках про те, чи варто вважати порядок частиною адаптивного перфекціонізму, або окремим виміром перфекціонізму. Підставами для цього вважалося те, що порядок мав відносно низькі кореляції як з загальним показником перфекціонізму, так і з іншими його субшкалами.

Гевіт і Флетт розробили модель перфекціонізму, що складається з трьох вимірів, які відрізняються за метою і джерелом мотивації та поведінки у перфекціонізмі. Ця модель складається з таких видів перфекціонізму: самоорієнтований, орієнтований на інших і соціально приписаний. *Самоорієнтований перфекціонізм (СОП)* має у основі нереалістично високі стандарти, критичну оцінку власних дій, прагнення досягти ідеалу, а також нівелювати невдачі. *Соціально приписаний перфекціонізм (СПП)* базується на переконанні у тому, що інші люди мають надмірно високі стандарти до особи, критично оцінюють її і створюють тиск для того, щоб особистість була досконалою. *Перфекціонізм, орієнтований на інших (ПОІ)* відрізняється тим, що особистість ставить надмірно високі стандарти для оточення [44].

Спочатку виокремлювали такі типи перфекціонізму: позитивного прагнення та неадаптивний оціночний. Вважалося, що один з факторів є адаптивним, а інший дезадаптивним адаптивний та дезадаптивний типи перфекціонізму. Проте, залишається відкритим питання, чи дійсно ці фактори

є дезадаптивними або адаптивними, і у якій мірі. Тому більшість дослідників все ж оперують поняттями перфекціоністських прагнень та перфекціоністських побоювань. Вважається, що така класифікація більш точно передає поняття перфекціонізму, акцентуючи на тому, що дані фактори є не різними видами перфекціонізму, а є вимірами спільної характеристики, такої як перфекціонізм. Дані виміри важливо розрізняти, оскільки часто вони тяжіють до полярно протилежних кореляцій між психологічними наслідками та процесами. У той час як перфекціоністські побоювання стабільно демонструють зв'язок з такими наслідками, які можна вважати “дезадаптивними” – негативними та дисфункціональними, перфекціоністські прагнення ж, на противагу, у багатьох випадках корелюють з “адаптивними наслідками” – здоровими та умовно позитивними [73]. Через це, зокрема, дослідники задавалися питанням: якщо перфекціонізм складається як з адаптивних, так і з неадаптивних складових, і, відповідно, сам може бути як адаптивним, так і дезадаптивним, яким міг би бути “комбінований ефект” перфекціонізму. Вивчення значення адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму в контексті психологічного благополуччя, проведене у Ширазському університеті, показало, що адаптивний перфекціонізм має кращий вплив на ментальне благополуччя, ніж дезадаптивний, а також, ніж відсутність перфекціонізму у особистості. Це показало те, що “адаптивні перфекціоністи” отримали вищі бали за шкалами цілі в житті, стосунків з оточуючими та самопочуття, ніж ті опитувані, які були оцінені в ході тестування як “не перфекціоністи” та ті, які мали характеристики дезадаптивного перфекціонізму [35].

Аналіз адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму в контексті тривоги показав, що особистість з дезадаптивним перфекціонізмом може відчувати більшу тривогу, оскільки використовує механізми подолання труднощів, направлені на уникнення емоцій [78].

Нейротизм, сумлінність, орієнтація на досягнення цілей та прагнення до академічної успішності вважаються корелятами перфекціонізму.

Сумлінність характеризується рівнем залученості людини у дії, направлені на досягнення мети, системність та пріоритезацію. Порядок є фундаментальною складовою сумлінності, і вищі кореляції спостерігаються у сумлінності саме з порядком та організацією, аніж з такими факторами, як високі та особисті стандарти. Нейротизм описується як рівень негативної емоційності, що може характеризуватися високим рівнем тривоги, напруги та смутку. Дослідники вважали, що дезадаптивний перфекціонізм є похідною невротичних потреб, напружених на догодження іншим, а саме нейротизму [20]. Це може виявлятися як почуття тривоги, надмірного страху, невпевненості, коли йдеться про невдачі. Тому вважається, що нейротизм має позитивний зв'язок з показниками дезадаптивного перфекціонізму, і у меншій мірі – з факторами порядку. Нейротизм та сумлінність мають концептуальний зв'язок з перфекціонізмом.

Крізь призму психопатології першим перфекціонізм описав Холлендер. Він описував це явище як обов'язок свій або інших про більш високу якість виконання певних дій та цілей, аніж цього потребує ситуація. І хоча клінічна психологія вважає перфекціонізм особистісною диспозицією, що пов'язана з проблемами психічного здоров'я та психопатологією, проте дослідження виявили, що перфекціонізм – це багатовимірна характеристика, що має як адаптивні аспекти, так і дезадаптивні. Часто перфекціонізм супроводжується тривогою та страхом, оскільки люди з проявами перфекціонізму ставлять перед собою високі вимоги і переживають дистрес через те, що можуть не досягти тих ідеалів, які є у їхніх уявленнях, або можуть не досягти поставлених цілей. Нестабільність та невпевненість, які супроводжують даний спосіб мислення, можуть спричиняти стани хронічної тривоги та постійного стресу. Крім цього, особистість, що має високий рівень перфекціонізму, часто має негативне уявлення про себе. Неспроможність досягти бажаного результату, разом із постійним прагненням ідеалу, можуть створювати внутрішній конфлікт. Такі мисленнєві шаблони можуть сприяти розвитку депресивних симптомів. Зокрема і негативне мислення в цілому, що

слідуює за негативним сприйняттям власних досягнень та себе самого, може утворювати замкнуте коло та ставати підґрунтям для розвитку тривоги та депресії, або посилювати їх, якщо вони першопочатково спостерігаються у особистості.

Через це, надмірний перфекціонізм є проблемою, що може погіршувати якість життя зокрема тому, що перфекціонізм часто пов'язаний з високим рівнем стресу. Тому на фоні надмірного перфекціонізму можуть спостерігатися симптоми тривоги, депресії, obsесивно-компульсивного розладу та інші.

Новітні дослідження говорять про те, що і перфекціонізм, і компульсивне переїдання, є розладами, що характеризуються коморбідністю з депресією та тривогою. Мета-аналіз досліджень на тему перфекціонізму та РХП показав, що є підвищений ризик розвитку РХП у людей з проявами перфекціонізму [79]. Психіатрична коморбідність зустрічається дуже часто у осіб, що мають РХП. Одне з досліджень розладів харчової поведінки проведене серед пацієнтів клінік у Швеції, показало, що щонайменше 71% пацієнтів, що мають РХП, і які зверталися до клінік, мали щонайменше один психіатричний розлад [76]. Серед них найбільша кількість пацієнтів мала тривожні розлади. Варто також зазначити, що, згідно з цим дослідженням, висока психіатрична коморбідність РХП підтверджується як для жінок, так і для чоловіків – незалежно від статі. Інше дослідження, проведене на пацієнтах стаціонару, показало, що більша частина пацієнтів мала не менше ніж два інші супутні розлади.

Дослідження, проведене за допомогою “Великої тривимірної шкали перфекціонізму” (“The Big Three Perfectionism scale” – BTPS) серед 602 студентів, які також пройшли тестування на соціальну тривожність та депресію, показало, що всі три виміри BTPS мають зв'язок як з депресією, так і з тривожністю [70]. BTPS включає такі види перфекціонізму, як “жорсткий”, “самокритичний” і “нарцисичний”. За даними проведеного регресійного аналізу, нарцисичний, ригідний та самокритичний

перфекціонізм мають чіткий зв'язок із самопрезентацією та когніціями перфекціонізму, які, у свою чергу, суттєво впливають на емоційне напруження, зумовлюють дистрес та негативні переживання.

Існує інтегративна модель перфекціонізму та переїдання (РМОВЕ), яка описує зв'язок, що існує між цими двома аспектами [28]. Дана модель базується на гіпотезі про те, що соціально орієнтований перфекціонізм збільшує ризик виникнення емоційного переїдання завдяки передбачуваним тригерам переїдання, таким як обмеження в харчування, міжособистісні розбіжності, низька міжособистісна оцінка та депресивні стани. Інше дослідження, проведене серед підлітків середнього віку 13,3 років, показало, що самокритичний перфекціонізм та симптоми переїдання пов'язані [71]. Було перевірено гіпотезу про те, що самокритичний перфекціонізм стає поштовхом до того, що психологічні потреби в автономії, спорідненості та компетентності зазнають фрустрації, що, у свою чергу, підвищує ризик виникнення компульсивного переїдання. Значний позитивний зв'язок спостерігається між компульсивними переїданнями, перфекціонізмом та індексом маси тіла [78]. Такий зв'язок спостерігається і у клінічних, і у неклінічних вибірках. На індекс маси тіла безпосередньо впливає збільшення ваги. Зі збільшенням ваги суб'єктивне відчуття невідповідності ідеалам тіла може посилювати перфекціоністські занепокоєння. На противагу цьому, перфекціоністи, схильні до переїдання, часто відчувають сильне почуття самодокору та провини після епізоду переїдання, що також може впливати на те, що перфекціоністські побоювання збільшуються. Соціально приписаний, самоорієнтований та орієнтований на інших перфекціонізм мають різний зв'язок з переїданнями. Модель негативної біноміальної регресії з нульовою інфляцією визначили, що на щоденному рівні соціально приписаний перфекціонізм впливає на переїдання [27].

Огляд зв'язку перфекціонізму з негативним мисленням тривожними та депресивними симптомами, проведений у розрізі медіаційної моделі, що застосовувалася у дослідженні, проведеному зі студентами одного з

канадських університетів протягом року, підтвердило зв'язок між перфекціонізмом, депресією, тривогою та негативним мисленням. У більше ніж 35% з 902 студентів було виявлено симптоми тривоги та депресії [49]. Тобто, можна стверджувати про зв'язок перфекціонізму не лише з тривожними та депресивними симптомами, але й із негативним мисленням та станами настрою в цілому.

Відповідно до перфекціоністської моделі переїдань Шеррі та Холла, люди з високим рівнем перфекціонізму часто створюють у своєму житті такі умови, які можуть сприяти переїданню [66]. Вони можуть обмежувати споживання калорій, створювати для себе певні харчові правила, часто вони невдоволені результатами дієт. Причинами цього можуть бути сумніви щодо себе та щодо власних дій. З іншого боку, перфекціонізм, що супроводжується соціальною тривожністю, що пов'язана зі страхом оцінки зовнішнього вигляду, впливає на обмеження у харчуванні. Перфекціонізм також може виявлятися фактором вразливості, що міг би провокувати компульсивні переїдання через обмеження харчування, викликані спробами досягти недосяжних ідеалів стрункості. При цьому, обмеження у харчуванні, у свою чергу, можуть бути основою для компульсивних переїдань. Додатково, соціальна тривожність є важливим компонентом у зв'язку між перфекціонізмом та компульсивним переїданням, оскільки перфекціонізм може спонукати людину надмірно стежити за своїм зовнішнім виглядом і невпинно шукати недоліки. У такому випадку, переїдання може виступати в ролі способу уникнення або подолання підвищеної тривожності з приводу зовнішнього вигляду.

Переживання щодо помилок також мали зв'язок з компульсивними переїданнями [22]. При цьому, соціальна тривожність виявилася найбільш значущим предиктором обмежень у харчуванні. В цілому, перфекціоністські побоювання у людей з розладами харчової поведінки можуть проявлятися як страх переїсти або набрати зайву вагу [68]. Коли перфекціоніст не може відповідати поставленим собі високим особистісним стандартам, це зазвичай

призводить до негативної оцінки та самокритики. В результаті, це може підтримувати розлад харчової поведінки, оскільки у особистості може з'являтися ще більш рішуче прагнення досягти нових цілей, таких як харчування та контроль ваги. Ці висновки можуть стати вирішальними при лікуванні як компульсивних переїдань, так і адиктивної поведінки.

Перфекціоністи встановлюють для себе надто високі стандарти і не допускають можливості для того, аби зробити помилку. Вони сприймають як загрозу успіху навіть незначні помилки. Як результат, перфекціоністи можуть рідко відчувати задоволення від власних досягнень через те, що вони постійно сумніваються у якості виконаної роботи і піддають самих себе самокритиці. Тому перфекціоністів часто супроводжують думки про невдачу, провина, сором, що може впливати на низьку самооцінку [44]. Внутрішня напруга, викликана високими прагненнями та нереалістичними стандартами, може призводити до дистресу, у відповідь на який особистість може використовувати компульсивне переїдання як спосіб зниження психологічної напруги і уникнення негативних переживань. Однак, перфекціоністські прагнення у поєднанні з компульсивними переїданнями можуть утворювати замкнене коло, де обидва аспекти підживлюють один одного. Переїдання може тимчасово полегшувати аверсивне сприйняття, зміщуючи фокус уваги до їжі, безпосереднього оточення. Але щойно самосвідомість повертається до початкового стану, самокритика та емоційний дистрес повертаються також, а часто навіть посилюються.

Доведено також і той факт, що гірші результати лікування компульсивних переїдань спостерігаються у осіб з високим рівнем перфекціонізму [68]. Одним з пояснень цьому є те, що перфекціонізм взаємодії з процесами мислення та симптомами, що стосуються розладів харчової поведінки, підтримуючи рушійні фактори їхньої патології. З цього випливає те, що робота над зниженням рівня перфекціонізму була продемонстрована як профілактика розладу харчової поведінки [66].

Існують докази про те, що переїдання і перфекціонізм пов'язані між собою, проте напрямок цього зв'язку залишається маловивченим фактом. Різні гіпотези свідчать про протилежні явища: перфекціоністські побоювання можуть прогнозувати збільшення переїдань, або переїдання може прогнозувати збільшення перфекціоністських побоювань [32]. У зв'язку з цим, незрозуміло, чи перфекціонізм є передумовою, наслідком переїдання, чи і тим, і іншим. Розуміння напрямку зв'язку між перфекціонізмом та компульсивним переїданням є надзвичайно важливим для лікування компульсивних переїдань, а також для з'ясування його потенційних психологічних механізмів.

1.3 Психологічні чинники компульсивного переїдання

Дослідження вказують на те, що існує численна кількість факторів, що потенційно можуть спричиняти або підтримувати компульсивне переїдання. Серед них, зокрема, психологічні, когнітивні, особистісні фактори та інші. Дослідження нейробіологічних особливостей компульсивного переїдання говорять про те, що люди з компульсивним переїданням, порівняно з людьми, які його не мають, відрізняються більшою когнітивною увагою до їжі, зниженою чутливістю до винагороди, та зміненою активацією мозку в тих його частинах, що відповідають за компульсивність та імпульсивність [46]. Окрім цього, дані досліджень свідчать про те, що стрес і емоційна регуляція мають зв'язок з розвитком компульсивних переїдань. Зв'язок компульсивного переїдання з іншими психіатричними розладами та високий рівень смертності через розлади харчової поведінки серед людства спонукає клініцистів та дослідників вивчати нейрохімічні, фізіологічні та генетичні чинники, причетні до розвитку компульсивного переїдання. В умовах поширеності ожиріння серед населення, значна увага приділяється компульсивному переїданню та конструкту “харчової залежності”, що з'явився відносно нещодавно. Відмінність харчової залежності від компульсивного переїдання полягає в тому, що харчова залежність характеризується споживанням саме смачної їжі, гедоністичним харчуванням,

тоді як компульсивне переїдання не завжди супроводжується споживанням смачної їжі, а епізоди переїдання можуть супроводжуватися переїданням звичайною їжею.

Доведено те, що особистісні риси відіграють роль у розвитку компульсивних переїдань [48]. Високий показник нейротизму може корелювати з діагнозом компульсивного переїдання. Змішані дані також свідчать про те, що сумлінність та відкритість до нового досвіду також пов'язані з розладами харчової поведінки. Також підвищена імпульсивність та прагнення до новизни були відзначені серед осіб із компульсивним переїданням, порівняно з контрольною групою. Ці дослідження сукупно свідчать про те, що велику роль у етіології компульсивного переїдання можуть посідати особистісні риси.

Емоційні чинники та емоційна регуляція відіграють велику роль у розвитку компульсивного переїдання. Як було зазначено у попередньому розділі, часто у пацієнтів з компульсивним переїданням були діагностовані розлади настрою, а також тривожні розлади. Дослідники, що вивчали передісторію епізодів компульсивного переїдання, виявили, що поганий настрій або тривога часто передували даному процесу [52]. При даному розладі, найбільш частою досліджуваною негативною був смуток або депресивний настрій. Це дослідження також показало і те, що існує прямий зв'язок між гострим смутком, депресивними симптомами і поведінкою, що пов'язана з переїданням. Результати вказують на те, що компульсивне переїдання більш важкого ступеню пов'язане з вищим рівнем депресії. Також було досліджено і вплив інших емоцій на компульсивне переїдання. Було виявлено, що фрустрація, гнів, депресія, тривога та смуток складають більше 95% станів, що передують компульсивному переїданню. З цього переліку емоцій частіше переїданню передували розчарування та гнів. Ці емоції також були пов'язані і з іншими емоціями, що виникають у міжособистісному контексті – зі злістю, люттю, зневірою, провинною, образою, бунтарством та ревностями. Проте, з цього переліку, ключовою емоцією є саме гнів, оскільки

гнів, почуття самотності та болю часто передували компульсивним переїданням.

Дослідження, у якому порівнювалася реакція на стрес та пов'язані з ним емоціями між групою людей з компульсивним переїданням та групою зі здоровими однолітками, показало, що люди з компульсивним переїданням переживають ці емоції інакше, ніж друга група [31]. Результати показали, що люди з компульсивним переїданням частіше зазнають стресу у таких сферах як робота, навчання, друзі, сім'я, а також важче переносять негативні настрої у порівнянні зі здоровими людьми. Для людей з компульсивним переїданням також щоденні клопоти сприймаються як більш стресові. Систематичний огляд також продемонстрував і те, що люди з компульсивним переїданням та РХП в цілому мають меншу емоційну обізнаність, і можуть навіть стикатися з алекситимією. Де Янг, Зандер та Андерсон з'ясували, що особи з психопатологією переїдання мали меншу кількість епізодів переїдання у ті тижні, коли вони стикалися з меншим рівнем стресу та негативних емоцій [30]. Дослідження “адиктивного апетиту” показало, що жінки з компульсивними переїданнями значно частіше використовують споживання їжі з метою отримання винагороди [50]. Це підкреслює те, що процеси емоційної регуляції та адикції є потенційними мішеннями у лікуванні компульсивних переїдань.

Психосоціальний стрес, пов'язаний з незадоволеністю тілом у жінок з компульсивним переїданням, є іншим важливим чинником компульсивного переїдання. У даному дослідженні опитувані заповнили Трірський стрес-тест, також був виміряний їхній рівень кортизолу у слині, щоб оцінити їхній рівень стресу, а також, щоб перевірити, чи впливає видимість тіла, учасники в деяких дослідженнях стояли перед дзеркалом, або ні [55]. В умовах даного дослідження, гострий соціально-оціночний стрес призвів до вищої незадоволеності своїм тілом лише у жінок з компульсивним переїданням. Це свідчить про те, що психосоціальний, або гострий соціально-оціночний стрес, відіграє важливу роль у незадоволеності тілом у пацієнтів з

компульсивним переїданням. Дослідження 408 жінок у віці ввід 18 до 40 років показало, що приблизно чверть загальної дисперсії між переїданням та незадоволеністю тілом [42].

Відповідно до дослідження Даннера [28] особи з компульсивним переїданням оцінили свою здатність емоційної регуляції гірше, ніж особи з іншими розладами харчової поведінки.

Румінація тісно пов'язана з рівнем тяжкості психопатології компульсивного переїдання. Ті люди, які є зацикленими на своєму тілі, його розмірах та зовнішньому вигляді, часто мають вищий рівень тяжкості компульсивного переїдання.

Переконання про функцію їжі впливають компульсивне переїдання, згідно з дослідженням Де Янга, Зандера і Андерсон. Вибірка пацієнтів протягом 12 тижнів заповнювала щоденник з частотою компульсивних переїдань, перед цим заповнивши опитувальник очікувань від їжі. Згідно з результатами, люди, що очікували від їжі полегшення негативних настроїв та симптомів, частіше переїдали. Натомість, люди, що очікували, що їжа є корисною та приємною як винагорода, мали нижню частоту компульсивних переїдань. Тому можна стверджувати, що терапія компульсивних переїдань має включати в себе роботу над упередженнями та очікуваннями з приводу їжі, її функцій та очікувань з приводу неї.

Вважається, що компульсивне переїдання є помірно спадковим. На особливості даного розладу впливають в меншій мірі індивідуальні впливи навколишнього середовища, і у більшій мірі – адитивні генетичні ефекти. Оцінка спадковості компульсивного переїдання коливається у відсотковому інтервалі 17-82%. Спадкові фактори значно впливають на ризик розвитку компульсивних переїдань, і значення впливу навколишніх умов змінюється залежно від генетики [48].

На компульсивне переїдання може впливати також і якість життя. Було досліджено, що компульсивне переїдання пов'язане з гіршою якістю життя,

зокрема через здоров'я, несприятливий життєвий досвід, а також фізичні та психологічні травми.

87% досліджень свідчать про те, що несприятливий життєвий досвід є фактором ризику розвитку компульсивних переїдань [68]. Поняття несприятливого життєвого досвіду описує всі види травматичного досвіду, отриманого особистістю в ранньому, підлітковому та дорослому віці. Видами такого досвіду можуть бути фізичне, сексуальне та емоційне насильство, булінг, а також серйозні нещасні випадки, що загрожували життю досліджуваного. Переважна більшість досліджень між травмою та розвитком компульсивних переїдань також підтверджують цей зв'язок. Часто фактором ризику може бути досвід, отриманий саме у ранньому віці. Компульсивне переїдання є одним з наслідків пережитих особистістю психологічних травм. Огляди свідчать про те, що вплив сексуального насильства в дитинстві є фактором дуже високого ризику розвитку компульсивних переїдань у дорослому віці. Також дитяча травма, що пов'язана з насильством, може бути пов'язана з компульсивним переїданням. Пацієнти з компульсивним переїданням часто повідомляли про більшу кількість фізичного насильства, також критичних зауважень з приводу фігури або ваги, знущань з боку однолітків. У цьому дослідженні було з'ясовано і те, що люди з компульсивним переїданням повідомляли про високу схильність до міжособистісної травми у будь-яких її формах.

Компенсаторне компульсивне переїдання у багатьох випадках провокується депривацією через обмеження у харчуванні [77]. Останнє, у свою чергу, є симптомом, важливим для розуміння природи компульсивного переїдання. Через це при лікуванні компульсивних переїдань часто вводиться такий важливий компонент, як зменшення дієтичних обмежень. Крім свідомого обмеження у харчуванні, на компульсивне переїдання може також впливати харчова незахищеність ("food insecurity"). Відповідно до мета-аналізу з 24 статей, проведеному Абене, Тонгом та іншими дослідниками [13], люди з харчовою незахищеністю, а саме з нестабільним

переїданням, з у 1.66 рази більшою ймовірністю будуть страждати від переїдання, аніж дорослі в групі з забезпеченим харчуванням.

Деякі дослідники отримали суперечливі результати про компульсивне переїдання: частина з них продемонструвала, що обмеження в харчуванні призводять до переїдань, тоді як інші виявили лише незначний ефект обмежень в харчуванні на компульсивне переїдання. З одного боку, таку розбіжність можуть бути зумовлені методологічними відмінностями. З іншого, є підстави вважати, що у взаємозв'язку дієтичних обмежень та переїдань може бути третя змінна. Одне з досліджень показало, що на зв'язок між цими факторами впливають також депресія та самооцінка. На підставі цього, можна сформулювати припущення про те, що цією третьою змінною може бути також і перфекціонізм.

Аналіз латентного профілю, проведений на 56 пацієнтах, діагностованих з компульсивним переїданням згідно DSM-5, показав, що не тільки перфекціонізм, а й імпульсивність пов'язані з даним розладом харчової поведінки [64]. Це емоційно мотивована схильність діяти необдуманно, або її також називають “негативною терміновістю”. Також імпульсивністю називають схильність діяти швидко, не беручи до уваги негативні наслідки. Поняття “дисконтування винагороди” нерозривно пов'язане як з імпульсивністю, так і з компульсивним переїданням. Це схильність віддавати перевагу меншій, але негайній винагороді, порівняно з більшою, але відкладеною у часі. Також було досліджено, що люди з компульсивним переїданням більш схильні до ризику заради винагороди, аніж люди, що не мають даного розладу [40].

Було досліджено, що люди з компульсивним переїданням схильні до дисконтування винагороди у різних сферах, таких як їжа, гроші, малорухлива активність, порівняно з людьми без компульсивного переїдання. Мета-аналіз показав, що імпульсивність часто спостерігається у осіб з компульсивним переїданням, а також з іншими розладами харчової поведінки [52]. За допомогою шкали перфекціонізму Фроста, шкали EDE-Q та опитувальника

Дікмана, пацієнти були оцінені на “здорові” та “нездорові” форми перфекціонізму, на імпульсивність та на розлади харчової поведінки відповідно. Також приблизно чверть пацієнтів було оцінено на додаткові симптоми депресії, obsесивно-компульсивного розладу, а також проаналізовано їхню самооцінку та особистісні особливості. За даним аналізом було виявлено такі профілі: здорова імпульсивність (ЗІ), нездорова імпульсивність (НІ), здоровий перфекціонізм (ЗП), нездоровий перфекціонізм (НП), а також здоровий та нездоровий перфекціонізм у комплексі (ЗП + НП). Було виявлено, що більший рівень психопатології компульсивного переїдання було виявлено у опитуваних, що підпадають під фактори ЗП+НП та НІ. Найбільш яскраво коморбідні симптоми були виражені у пацієнтів з ЗП+НП. Пацієнти, чиї результати належали до класів ЗП+НП та ЗП мали найвищі бали з особистісних властивостей, таких як кооперативність, наполегливість та уникнення шкоди.

Висновки до розділу 1

Компульсивне переїдання є розладом, що характеризується повторюваними епізодами неконтрольованого споживання великої кількості їжі за короткий проміжок часу. Даний розлад несе негативні наслідки як для фізичного, так і для психічного здоров'я людини.

Перфекціонізм характеризується прагненням особистості досягти недосяжних стандартів досконалості, високою критичністю до себе та страхом найменших помилок та недоліків.

Особистість, схильна до перфекціонізму, не маючи можливості задовільнити свої перфекціоністські очікування, а також страждаючи від перфекціоністських побоювань, може вдаватися до компульсивного переїдання як до способу емоційної регуляції.

Відповідно до сучасних праць науковців, що досліджують розлади харчової поведінки, на компульсивне переїдання можуть впливати різноманітні чинники. Такими чинниками можуть бути психологічні, когнітивні, нейробіологічні фактори.

Компульсивне переїдання може мати зв'язок з психіатричними розладами, а також є коморбідним з тривогою та депресією. Науковці говорять також і про те, що перфекціонізм часто зустрічається у осіб, що мають симптоми тривоги та депресії.

Незадоволеність власним тілом та вагою у жінок, спричинені перфекціонізмом, можуть спричиняти компульсивне переїдання. Також обмеження у їжі, спричинені прагненням до досконалості у зовнішності на тлі перфекціонізму можуть передувати епізодам компульсивного переїдання.

Сучасні дослідження дають підстави вважати, що перфекціонізм має вплив на компульсивне переїдання і цей вплив буде досліджено у наступних розділах даного дослідження.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Етапи емпіричного дослідження

Метою даного дослідження є аналіз впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання. Дослідження було побудоване з використанням описового дизайну та методології перехресного опитування. Даний підхід допоміг зібрати дані протягом відносно короткого періоду часу (2 місяці), оскільки опитування осіб проводилося з листопада по грудень 2024 року.

У якості інструменту для проведення опитування було використано анкету у Google Form (Додаток А), оскільки він є безкоштовним та зручним у використанні в режимі онлайн, а також дозволяє швидко та зручно автоматизувати збір та аналіз даних. Форму було структуровано на 10 розділів. Перший розділ містив питання про загальні відомості щодо опитуваних, такі як вік, стать та місце проживання (в Україні або поза межами України). У розділах від другого до десятого було розподілено запитань з методик, що використані у даному дослідженні, детальний опис яких буде наведено у розділі 2.2.:

1. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (“Symptom Check List-90 Revised” – SCL-90-R) в адаптації Дембицького С. та Середи Ю.
2. Анкета скринінгу компульсивного переїдання (“Binge eating disorder screener-7”) в адаптації Ланюш Ф. В., Урбанович А. М., Козловської Х. Ю.
3. Опитувальник “Шкала компульсивного переїдання” (“Binge eating scale” – BES) в адаптації Л.М. Юр’євої, В. В. Огоренко, А. В. Шорнікова, В.О. Кокашинського
4. Велика тривимірна шкала перфекціонізму (“The Big Three Perfectionism Scale” – BTPS) в адаптації Грубі Т. В.

5. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (“Eating Disorder Examination Questionnaire” – EDE-Q) в адаптації Українського Інституту Когнітивно поведінкової терапії.

Дане опитування було розповсюджено серед клієнтів психотерапевтів, акредитованих у Національній Асоціації Гештальт-Терапевтів України (НАГТУ), користувачів спільнот підтримки людей з РХП на платформі Facebook, користувачів груп психологічного спрямування на платформах Facebook, а також юзерів платформ Twitter та Instagram.

Емпіричне дослідження включало в себе наступні етапи:

1. Залучення цільової аудиторії до опитування у соціальних мережах – опитування було розповсюджено у спільнотах, пов’язаних з РХП, психологією та психотерапією в цілому.
2. Інформована згода – учасники дослідження мали змогу ознайомитися з метою дослідження, конфіденційністю відповідей, добровільністю відповідей, а такою контактною інформацією осіб, що проводять дослідження. Вся ця інформація містилася у інформаційному блоці перед першим розділом опитування.
3. Збір даних – щойно учасники ознайомилися з інформованою згодою, вони переходили безпосередньо до заповнення опитування. Проходження опитування займало приблизно 25-30 хвилин.
4. Обробка даних – зібрані дані було експортовано з Google Forms у Google Sheets, та у Jamovi. Використання Google Sheets дозволило розрахувати бали досліджуваних осіб за кожної методикою, тоді як програма для статистичного аналізу даних Jamovi слугувала для аналізу зібраних даних.
5. Аналіз даних – було проведено регресійний аналіз даних у програмі Jamovi, де було з’ясовано значущість факторів впливу на компульсивне переїдання, зокрема і перфекціонізму, а також визначено величину цього впливу та його напрямки.

Дослідження здійснювалося згідно з етичними принципами, а також забезпеченням анонімності учасників та конфіденційності їхніх даних. Перед проведенням дослідження та збором даних було отримано погодження від наукового керівника щодо методик.

2.2 Характеристика психодіагностичних методик

Для проведення даного дослідження було використано наступні методики:

1. Анкета скринінгу компульсивного переїдання (“Binge eating disorder screener” – BEDS-7).
2. Опитувальник “Шкала компульсивного переїдання” (“Binge eating scale” – BES)
3. Велика тривимірна шкала перфекціонізму (“The Big Three Perfectionism Scale” – BTPS)
4. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (“Symptom Check List-90 Revised” – SCL-90-R)
5. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (“Eating Disorder Examination Questionnaire” – EDE-Q)

Дані методики адаптовані українською мовою, а також апробовані на українській вибірці. Далі розглянемо більш детально кожен з методик, а також їхню роль у дослідженні впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Анкета скринінгу компульсивного переїдання (BEDS-7), адаптована в Україні Ланюш Ф. В., Урбанович А. М., Козловською Х. Ю. – анкета, що розроблена на основі визначених у DSM-5 критеріїв компульсивного переїдання. Дана методика апробована на 117 особах, з яких 45 чоловіків та 72 жінок середнього віку 58 років. Зазначена техніка дозволяє виокремити потенційних пацієнтів з компульсивним переїданням, після чого можемо застосовувати додаткові методики для того, щоб встановити остаточний діагноз. Ця анкета використовується не лише для психологів та

психотерапевтів, а також на щоденних засадах і для лікарів. У випадку даного дослідження ми будемо застосовувати “Шкалу компульсивного переїдання” (BES) для оцінки рівня компульсивного переїдання особи. Дана анкета містить 7 запитань, що сфокусовані на оцінці харчової поведінки опитуваного протягом останніх трьох місяців.

На перше запитання, що стосується того, чи людина за останні 3 місяці мала епізоди вживання такої кількості їжі, яку більшість людей могли би оцінити як “неадекватно велику”, досліджувана особа може відповісти лише позитивно або негативно: “Так” чи “Ні”. Якщо опитуваний дає відповідь “Ні”, для нього проходження анкети завершується, оскільки перший критерій DSM-5 не справджується. Отже, відповідно до анкети, людина не має компульсивного переїдання. У випадку позитивної відповіді, особа продовжує заповнення анкети, де вона має можливість оцінити кількісно різні симптоми компульсивного переїдання. Останнє, сьоме запитання, напрямлене на те, щоб оцінити компенсаторну поведінку та виключити нервову булімію, оскільки на нього людина має відповісти, чи викликала вона блювання після епізоду компульсивного переїдання. При валідації, дана методика порівнювалася зі “Шкалою компульсивного переїдання”. Остання – також використовується для діагностики компульсивного переїдання, але окрім цього також і для оцінки рівня тяжкості даного розладу.

Шкала компульсивного переїдання (BES) валідована Л.М. Юр’євою, В. В. Огоренко, А. В. Шорніковим, В.О. Кокашинським та адаптована українською мовою. Даний опитувальник дозволяє виявити та продіагностувати осіб, що мають даний розлад харчової поведінки. Шкала містить 16 запитань, що описують поведінкові та компульсивні особливості людини, тобто, дозволяє описати не лише харчову поведінку людини, а також її схильність до імпульсивності. Вона вимірює з одного боку поведінкові прояви, а з іншого – почуття та пізнання. Цю методику можна використовувати також і як інструмент для самозвіту. Кожне з запитань містить від трьох до чотирьох варіантів відповіді, кожен з яких описує рівень

тяжкості кожної характеристики, що описує компульсивне переїдання. Опитуваний може оцінити свою відповідь у числовому вираженні від “0” до “3”, де “0” вказує на відсутність проблем, пов’язаних з компульсивним переїданням, а “3” демонструє найвищий вияв вираженості проблеми з цим розладом. Сумарний бал може варіюватися у інтервалі від “0” до “46” – у цьому діапазоні автори методики пропонують вважати бал менший за 17 як відсутність проблем з компульсивним переїданням, або легкий ступінь; бал у діапазоні від 18 до 26 як середній ступінь важкості; результат вищий за 27 – як важкий ступінь проблем з компульсивним переїданням.

Завдяки своїй гнучкості, дана методика дозволяє не лише розрізнити людей що мають або не мають проблеми з переїданням, але й також визначити помірний та серйозний ступінь вираженості компульсивного переїдання. У результаті апробації даної шкали було виявлено, що вона є достовірним та надійним психодіагностичним інструментом для діагностики компульсивного переїдання. Шкала компульсивного переїдання є важливим інструментом для оцінки та визначення компульсивного переїдання.

Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q) адаптований Українським Інститутом Когнітивно-Поведінкової Терапії є версією опитувальника EDE (“Eating disorder examination”) для самозвіту. Дана методика має два виміри результуючих даних. З одного боку, вона кількісно оцінює певні характеристики, що пов’язані з особливостями харчової поведінки. Це дозволяє виміряти кількість днів або епізодів, протягом яких у особи спостерігалася якась з ключових особливостей порушень харчової поведінки. Таким особливостям відповідають шкали у EDE-Q: обмеження; стурбованість вагою; занепокоєння щодо їжі або форми тіла. Кожна підшкала складається з переліку питань, що оцінюють дану особливість, і для того, щоб отримати результат для кожної, необхідно розрахувати сумарний бал опитуваного для питань з відповідної шкали та поділити на цю кількість питань, тобто знайти середнє значення. Для того, щоб розрахувати глобальний бал за загальною шкалою, необхідно так само

розрахувати середнє значення, але вже для всіх питань шкали та їхньої сумарної кількості.

Підшкали опитувальника EDE-Q описують такі особливості харчової поведінки:

- Обмеження (Restraint) – відображає навмисні спроби контролювати кількість спожитої їжі або обмежувати споживання їжі для того, щоб досягти певної ваги тіла або форми. Це може включати дієти, пропуски прийомів їжі, відмова від конкретних продуктів.
- Занепокоєння щодо їжі (Eating Concern) – відображає надмірну стурбованість їжею, що може проявлятися у надмірному контролі над нею, а також у відчутті провини, сорому, страху після або перед прийомами їжі.
- Занепокоєння формою тіла (Shape concern) – характеризує надмірні переживання щодо форми власного тіла. Це може проявлятися як постійна невдоволеність та бажання змінити те, як виглядає власне тіло особи, а також постійне порівняння свого зовнішнього вигляду з іншими.
- Стурбованість вагою (Weight concern) – описує високий рівень занепокоєння щодо власної ваги. Дана особливість може проявлятися як страх набрати вагу, що супроводжується надто частим зважуванням, нав'язливим бажанням схуднути та постійна незадоволеність власною вагою.

Запитання, що використовуються для оцінки розладу харчової поведінки, уточнюють особливості, описані у кожній з відповідних підшкал.

Субшкала “Обмеження” містить такі запитання:

- Утримання від їжі;
- Уникання прийомів їжі;
- Уникання їжі;
- Дієтичні правила;
- Пустий шлунок.

Підшкалу “Занепокоєння щодо їжі” описують такі запитання:

- Стурбованість щодо калорій, прийомів їжі або їжі в цілому;
- Страх втратити контроль над їжею;
- Соціальні правила що стосуються їжі;
- Провина щодо їжі.

Блок “Занепокоєння формою тіла” описують такі запитання:

- Бажання мати пустий шлунок;
- Стурбованість вагою та формою тіла;
- Страх набрати вагу;
- Незадоволеність формою свого тіла;
- Дискомфорт від огляду тіла;
- Відчуття свого тіла “жирним”.

Остання частина опитувальника, “Стурбованість вагою”, містить такі запитання:

- Важливість ваги;
- Реакція на регулярне зважування;
- Стурбованість щодо форми тіла;
- Незадоволеність вагою;
- Бажання втратити вагу.

Для інтерпретації результатів автори розробили таблицю “Загальні норми” для кожної з підшкал, де міститься середнє значення (Mean), а також стандартне відхилення (SD), за яким можна визначити, чи результат є у межах норми, або ж нижче чи вище за норму.

Показник	Mean	SD	N
Загальний EDE	1.554	1.213	243
Обмеження	1.251	1.323	243
Занепокоєння щодо їжі	0.624	0.859	243

Занепокоєння формою тіла	2.149	1.602	243
Стурбованість вагою	1.587	1.389	243

Велика тривимірна шкала перфекціонізму адаптована Грубі Т. В. [15] українською мовою і адаптована на вибірці, що складає 350 осіб, які є викладачами закладів вищої освіти з усіх регіонів України. Результати досліджень показали, що ВTPS має значний потенціал предиктора для різноманіття розладів [65]. Дана методика складається з трьох шкал та десяти підшкал. На вищому структурному рівні вона оцінює 3 глобальні фактори, що відповідають шкалам з методики, кожен з яких розподіляється на підшкали:

- “жорсткий перфекціонізм”:
 - “перфекціонізм, орієнтований на себе”,
 - “проблеми з самооцінкою”;
- “самокритичний перфекціонізм”:
 - “стурбованість помилками”,
 - “сумніви у власних діях”,
 - “самокритика”,
 - “соціально приписаний перфекціонізм”.
- “нарцисичний перфекціонізм”:
 - “перфекціонізм, орієнтований на інших”,
 - “гіперкритика”,
 - “впевненість у тому, що усі мені щось винні”,
 - “претензійність”.

Три основні шкали характеризують різні типи перфекціонізму.

“Жорсткий перфекціонізм” – описує жорстку вимогливість до себе, бездоганне, безпомилкове та своєчасне виконання діяльності.

“Самокритичний перфекціонізм” – демонструє тенденцію до надмірної самокритики у відповідь на невідповідність високим стандартам або на власні помилки.

“Нарцисичний перфекціонізм” – характеризує схильність людини до високого ступеня власної “грандіозності”, вважати себе кращими за інших, бездоганними та з нереалістичними очікуваннями.

Підшкали перфекціонізму описують розгалуження більш вузьконаправлених схильностей особистості.

“Перфекціонізм, орієнтований на себе” – описується як жага до досконалості або переконання, що все має бути досконалим та має надмірну важливість.

“Проблеми з самооцінкою” – визначається як труднощі з самоцінністю та встановлення недосяжних стандартів.

“Стурбованість помилками” – характеризується схильністю надмірно негативно реагувати на раптові помилки та невдачі.

“Сумніви у власних діях” – відображають невпевненість у власній спроможності діяти результативно.

“Самокритика” – описує тенденцію до суворої самокритики тоді, коли певна діяльність не може виконатися особою досконало.

“Соціально приписаний перфекціонізм” – описує схильність вважати, що оточуючі вимагають від особи досконалості.

“Перфекціонізм, орієнтований на інших” – позначає схильність мати щодо оточуючих нереалістичні очікування.

“Гіперкритика” – виражається як знецінення поведінки та дій оточуючих, надмірна прискіпливість та схильності вимагати від оточуючих досконалості.

“Впевненість у тому, що усі мені щось винні” – не підкріплене реальними доказами враження, що оточуючі захоплюються неперевершеністю та недосконалістю особистості.

“Претензійність” – стійка тенденція людини вважати себе досконалою та кращою за інших.

Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R) адаптований Дембіцьким С. та Середою Ю. [4] та валідований в Україні. Дана методика дозволяє оцінити перелік психологічних симптомів та дистрес загалом. SCL-90R містить дев'ять симптоматичних вимірів, такі як:

- соматизація (somatization);
- обсесивно-компульсивний розлад (obsessive-compulsive);
- міжособистісна сензитивність (interpersonal sensitivity);
- депресія (depression);
- тривожність (anxiety);
- ворожість (hostility);
- фобійна тривожність (phobic anxiety);
- параноїдальні ідеї (paranoid ideation);
- психози (psychoticism).

Окрім цього, дана методика дозволяє оцінити три індекси психологічного дистресу:

1. глобальний індекс тяжкості дистресу (Global Severity Index);
2. індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index)
3. загальна кількість виявлених симптомів (Positive Symptoms Total).

Завдяки такій структурі методики можна інтерпретувати результати як за кожним симптоматичним виміром окремо, так і на підставі балів узагальнених в цілому або за конкретним індексом.

Доцільно розглянути змістові особливості дев'яти симптоматичних вимірів, як включені у методику SCL-90-R.

Соматизація – демонструє дистрес, що пов'язаний з фізичним дискомфортом – почуттям слабкості, болями в серці, м'язах, головними болями тощо.

Обсесивно-компульсивний розлад – описується нав'язливими думками, проблемами з пам'яттю, побоюванням помилитися і сповільненням дій через це, розсосередженістю, труднощами у прийнятті рішень, тощо.

Міжособистісна сензитивність – характеризується незадоволенням іншими людьми, скутістю у спілкуванні, почуттям ніяковості на людях, сором'язливістю, низькою самооцінкою тощо.

Депресія – описує занепад сил і млявість, почуття самотності, смуток, зневіру, втрату інтересу до всього, відчай.

Тривожність – визначається як безпричинний несподіваний страх, надмірне хвилювання, не відповідне до ситуації, напруга, раптове відчуття жаху або раптова безпричинна паніка.

Ворожість – описується роздратуванням без явної на те причини, прагненням завдати фізичної шкоди оточуючим, раптові спалахи гніву.

Фобійна тривожність – відрізняється почуттям страху у публічних місцях, на вулиці, страх виходити з дому, перебувати у громадських місцях або транспорті.

Параноїдальні ідеї – описують такі відчуття, як відсутність довіри до людей, наявність переконань та ідей, що, на думку особи, не поділяються оточенням, а також віра в те, що в усіх негараздах особи винні інші.

Психотизм – відрізняється тим, що особа чує голоси, які окрім неї ніхто не чує. Це поєднується з відчуттям самотності як наодинці, так і в оточенні інших людей, а також переконанням про себе, що особа має бути покарана за свої гріхи.

Окрім цього методика включає в себе сім важливих додаткових симптомів, таких як: поганий апетит, вранішнє безсоння, труднощі з засинанням, тривожний сон, переїдання, думки про смерть, почуття провини.

З кожним симптоматичним виміром пов'язано 6-13 питань, які є індикаторами для кожного виміру або шкали. На кожен з пунктів методики опитуваний має дати відповідь про те, наскільки сильно його тривожили описані в питанні симптоми протягом останнього тижня, включаючи день

опитування. Особа має надати відповідь за 5-бальною шкалою, де “0” – симптоми “зовсім не турбували”, “1” – турбували “трохи”, “2” – турбували “помірно”, “3” – симптоми відчувалися “сильно”, “4” – “дуже сильно”.

Для того, щоб отримати результати за кожним симптоматичним виміром, розраховується сумарний питань всіх відповідних індикаторів. Також можна розрахувати бали за раніше описаними індексами:

Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI) – найбільш інформативний серед індексів даної методики. Він дозволяє оцінити загальний рівень психічного дистресу особи. Також він враховує сумарну інтенсивність симптомів особи.

Загальна кількість виявлених симптомів (PST) – визначає кількість симптомів, які опитувана особа оцінила позитивно, тобто будь-яким варіантом, окрім “зовсім не турбує”. Цей показник оцінює лише кількісно симптоми за різними шкалами, але не дає оцінки тяжкості або інтенсивності симптомів особи.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) – оцінює інтенсивність емоційного дистресу у зв’язку з пов’язаними симптомами. Даний індекс враховує не лише наявність симптомів, але й їхню тяжкість та міру того, наскільки ці симптоми впливають на психічне благополуччя людини.

2.3 Аналіз вибірки дослідження

Під час етапу збору даних було отримано 74 анкет респондентів.

Для проведення дослідження впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання, з загальної вибірки ми виділяємо лише тих осіб, які мають компульсивне переїдання. Це визначається за допомогою Анкети скринінгу компульсивного переїдання [79] – беремо тих осіб, що мають позитивний результат за даною методикою. Також до вибірки ми додаємо тих осіб, для яких за критеріями DSM-5 можемо діагностувати компульсивне переїдання, базуючись на відкритих запитаннях з опитувальника щодо розладів харчової поведінки [65]. І додатково тих, які за шкалою компульсивного переїдання

мають середній або високий рівень компульсивного переїдання [81]. Такий підхід використано для того, щоб врахувати ймовірність того, що людина, яка має компульсивне переїдання, зробила помилку при заповненні анкети, що могло призвести до помилкової класифікації досліджуваного як людини без компульсивного переїдання.

Після відсіювання було отримано вибірку з 29 осіб, що мають компульсивне переїдання.

Співвідношення жінок та чоловіків серед усіх респондентів

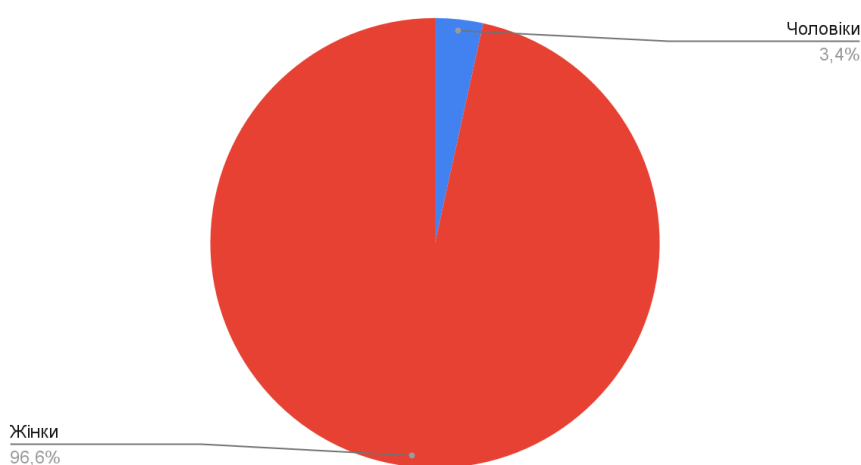


Рис. 2.1. Діаграма співвідношення жінок та чоловіків серед усіх респондентів

Проаналізуємо характеристики вибірки осіб, що мають компульсивне переїдання – їхній вік, стать, місце проживання. Окремо також розглянемо частку осіб з компульсивним переїданням серед загальної вибірки, а також їхній розподіл за демографічними параметрами.

З загальної кількості респондентів 96,6% це жінки, і 3,4% – чоловіки (рис. 2.1.).

З них 71,6% наразі проживає в Україні і 28,4% – поза межами України (рис. 2.2.).

Місце проживання усіх респондентів

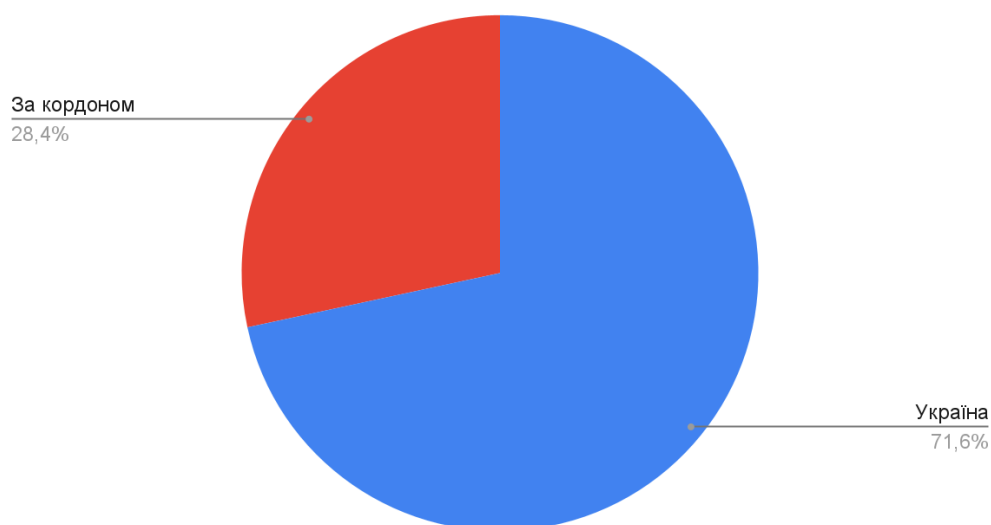


Рис. 2.2. Місце проживання усіх респондентів

Середній вік усіх опитуваних – 34,95 роки (рис. 2.3.).

Середній вік респондентів

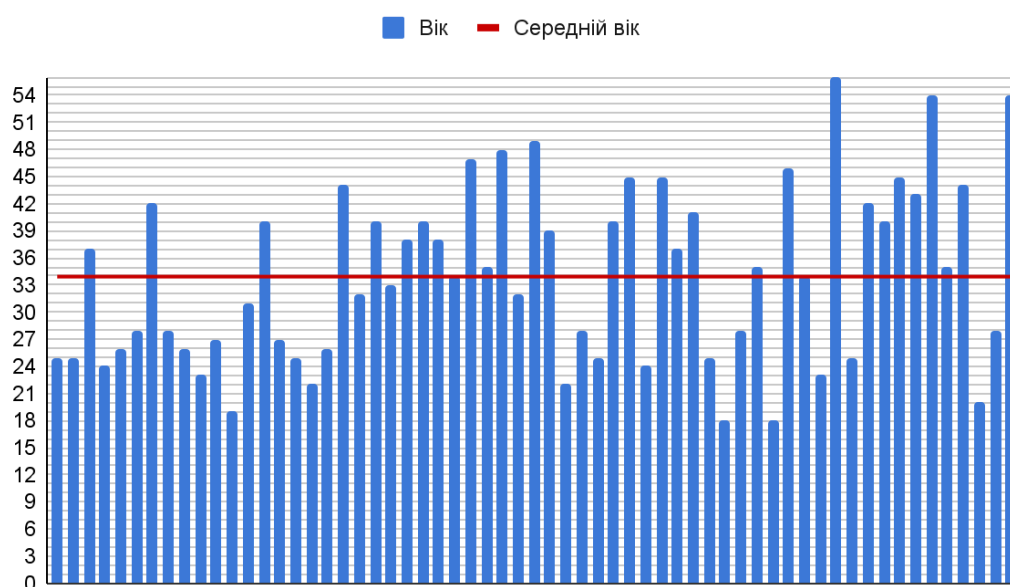


Рис. 2.3. Середній вік усіх респондентів

Середній вік респондентів з *компульсивним переїданням* – 36,03 роки (рис. 2.4.).

Середній вік осіб з компульсивним переїданням

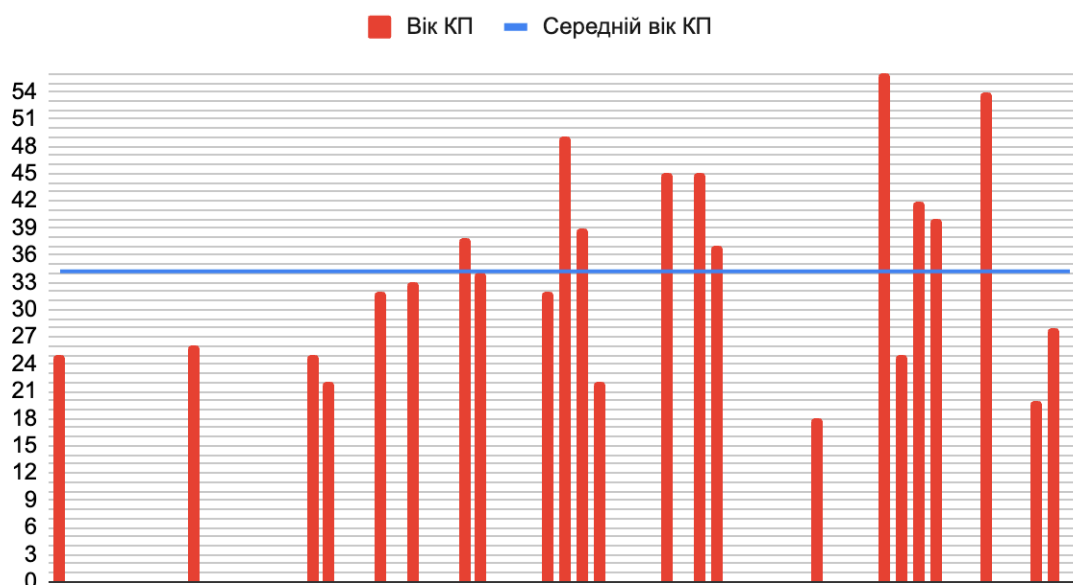


Рис. 2.4. Середній вік респондентів з компульсивним переїданням

Серед них більша частина, 96,55 % це жінки (28 осіб), а 3,45 % – чоловіки (1 особа) (рис. 2.5.).

Співвідношення жінок та чоловіків з компульсивним переїданням

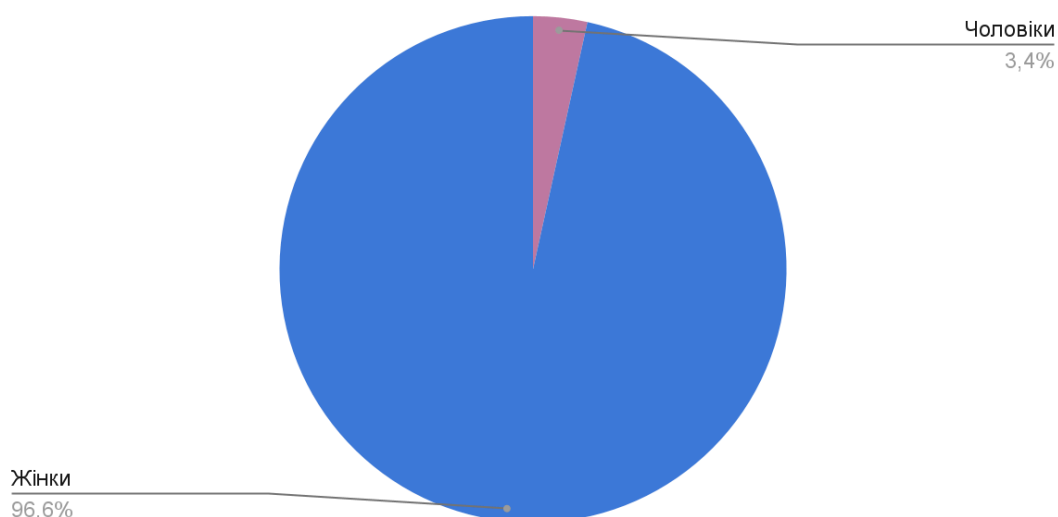


Рис. 2.5. Співвідношення жінок та чоловіків з компульсивним переїданням

В Україні проживає 72, 4 % опитуваних з компульсивним переїданням (21 осіб), а поза межами – 27, 6% осіб (8 осіб) (рис. 2.6.).

Місце проживання осіб з компульсивним переїданням

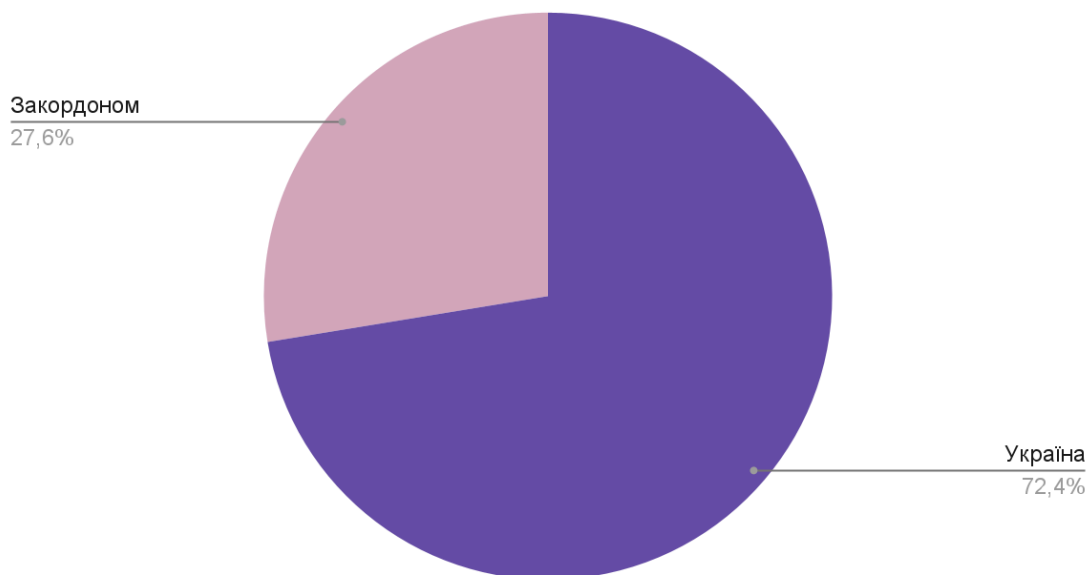


Рис. 2.6. Місце проживання опитуваних з компульсивним переїданням

Було виявлено, що серед усіх осіб, що брали участь у опитуванні, 39,2% мають компульсивне переїдання – 29 осіб з 74 (рис. 2.7.).

Відсоткова частка респондентів з компульсивним переїданням

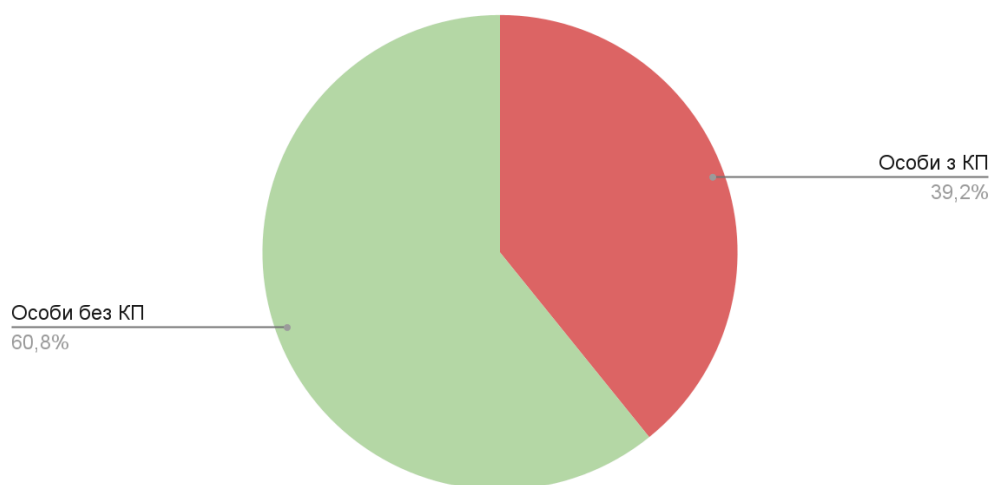


Рис. 2.7. Відсоток опитуваних з компульсивним переїданням

Проаналізувавши респондентів даного опитування, ми можемо побачити, що з усіх опитаних жінок 47,5% (рис. 2.8.) мають компульсивне переїдання, тоді як серед чоловіків – 7,1% (рис. 2.9.).

Відсоткова частка жінок з компульсивним переїданням

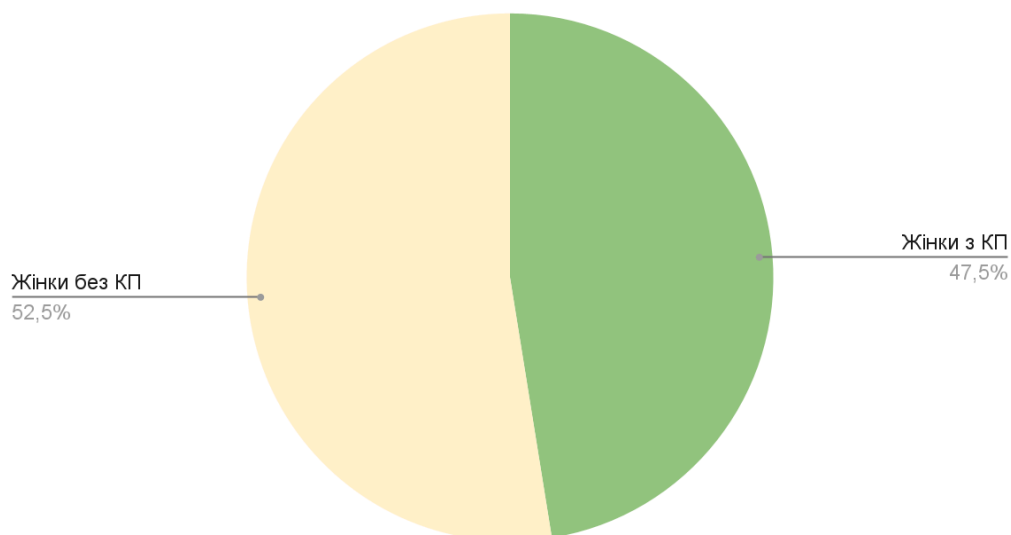


Рис. 2.8. Відсоткова частка жінок з компульсивним переїданням

Відсоткова частка чоловіків з компульсивним переїданням

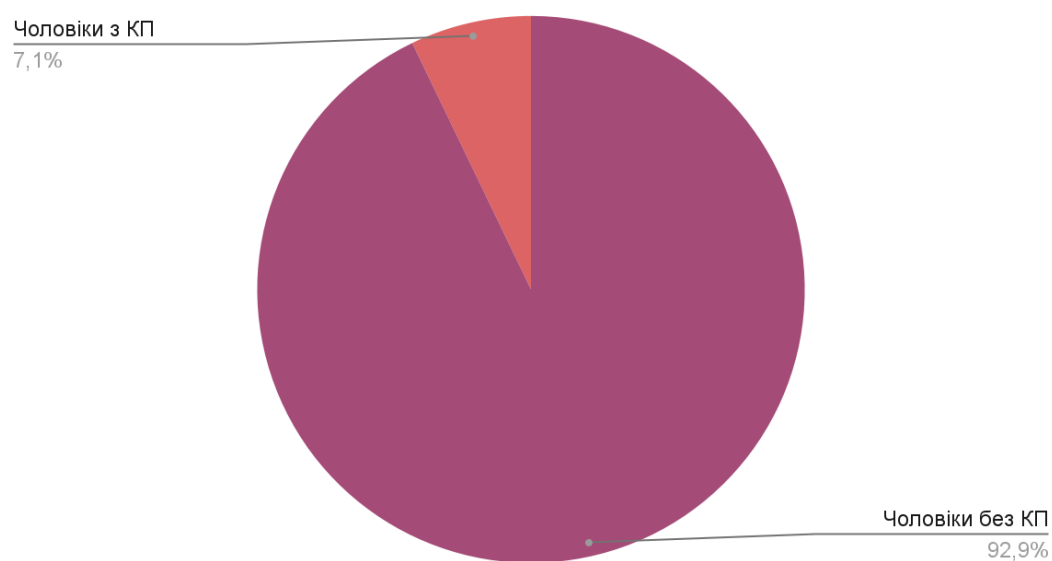


Рис. 2.9. Відсоткова частка чоловіків з компульсивним переїданням

Аналізуючи частку осіб з компульсивним переїданням за місцем проживання, бачимо, що з тих респондентів, які проживають в Україні, 39,6% (рис. 2.10.) мають компульсивне переїдання, тоді як серед тих, хто проживає поза межами України – 38,1%.

Відсоткова частка жителів України з КП

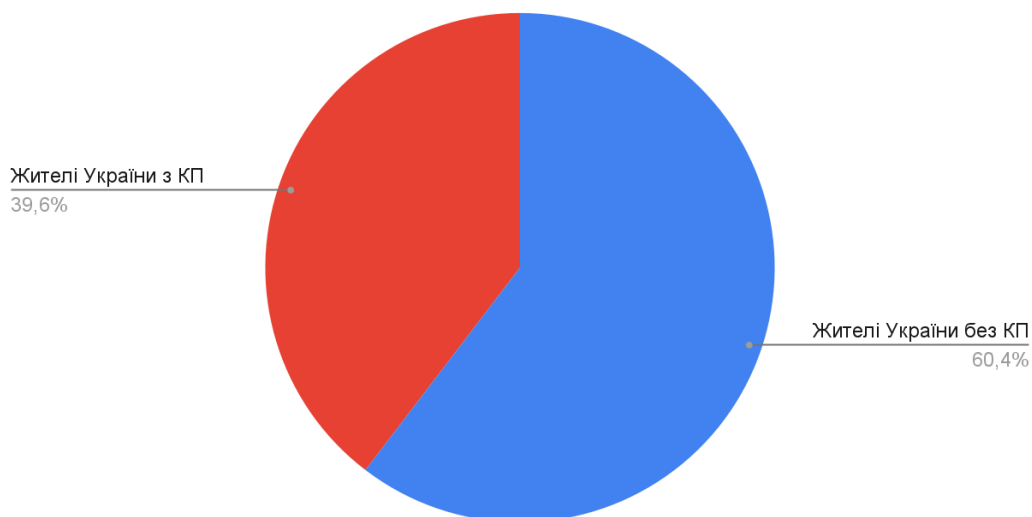


Рис. 2.10. Відсоткова частка осіб з компульсивним переїданням в Україні

Висновки до розділу 2

Вибір методик та емпіричного інструментарію був обґрунтований необхідністю виявити вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання, а також дослідити індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням. Використані інструменти дослідження відповідають стандартам сучасної науки та є апробованими.

Застосування методик дозволило оцінити такі аспекти:

1. рівень вираженості перфекціонізму та його виміри;
2. рівень прояву компульсивного переїдання;
3. патопсихологічні симптоматичні виміри, такі як тривожність, депресія, соматизація, ворожість, психотизм, нав'язливі ідеї, міжособистісна сензитивність та інші.

Аналіз вибірки показав такі результати:

1. З усієї вибірки у 74 особи 27 респонденти мають ознаки компульсивного переїдання;
2. З загальної кількості респондентів близько 80% це чоловіки і 20% жінки;
3. Осіб з компульсивним переїданням було відсіяно для аналізу за допомогою Анкети скринінгу компульсивного переїдання, а також Шкали компульсивного переїдання;
4. Серед осіб з компульсивним переїданням у вибірці дослідження 96% це жінки і 4% чоловіки;
5. Середній вік осіб з компульсивним переїданням становить 34 роки.

РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ ОСОБИСТОСТІ

3.1 Індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням

Використані у дослідженні методики дозволяють нам зібрати та проаналізувати індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням. З усіх респондентів за допомогою анкети скринінгу компульсивного переїдання [79], а також шкали компульсивного переїдання [81] ми відбираємо лише тих осіб, що мають компульсивне переїдання – базуючись на позитивному результаті за анкетною скринінгу, а також на середньому та високому рівні за шкалою компульсивного переїдання.

Вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання може бути краще зрозумілий через використання різних методик для оцінки індивідуально-психологічних особливостей осіб. Кожна з цих методик може допомогти сформуванню конкретні аспекти психологічного профілю, що пов'язані з компульсивним переїданням.

Анкета скринінгу компульсивного переїдання дозволяє виявити ранні ознаки компульсивного переїдання, такі як частота та інтенсивність переїдань, наявність стресу або емоційних тригерів, які можуть спровокувати епізоди переїдання. Вона допомагає зрозуміти, наскільки компульсивне переїдання може бути пов'язане з перфекціонізмом, такими аспектами як надмірна самокритика або високі стандарти щодо власної поведінки і зовнішнього вигляду. Дані з анкети скринінгу можуть підкреслити зв'язок між емоційною нестабільністю, тривогою та схильністю до компульсивного переїдання, що є важливим аспектом для розробки індивідуалізованого підходу в терапії.

Опитувальник BES допомагає оцінити частоту та інтенсивність епізодів компульсивного переїдання, а також пов'язані з цим емоційні стани, як-от

відчуття провини або дискомфорту після переїдання. Завдяки порівнянню результатів з показниками перфекціонізму, можна визначити, чи є компульсивне переїдання способом регуляції негативних емоцій або реакцією на несприятливі соціальні оцінки. Зокрема, високі показники перфекціонізму можуть бути пов'язані з прагненням до контролю та недосконалості, що може посилювати схильність до компульсивного переїдання як спосіб зниження стресу або самоствердження.

BTPS оцінює три аспекти перфекціонізму: орієнтований на себе, орієнтований на інших і соціально-приписаний. Дослідження показують, що перфекціонізм, орієнтований на себе, може супроводжуватися високими стандартами, надмірною самокритикою та тривогою через недосконалість. Орієнтований на інших перфекціонізм може проявлятися у прагненні відповідати очікуванням інших, що може створювати додатковий тиск і сприяти розвитку компульсивного переїдання як засобу зняття напруги. Соціально-приписаний перфекціонізм пов'язаний із прагненням відповідати соціальним стандартам і очікуванням, що також може бути основою для епізодів переїдання як способу відчуття контролю або самоствердження.

EDE-Q допомагає оцінити ризик розвитку розладів харчової поведінки, таких як компульсивне переїдання. Він оцінює такі аспекти, як стурбованість вагою, форми тіла і контролем над їжею. Зв'язок між високим перфекціонізмом і харчовою поведінкою можна простежити через високий рівень стресу, відчуття провини та самокритики, що можуть підвищувати ймовірність епізодів переїдання як засобу емоційного самозаспокоєння.

SCL-90-R оцінює загальний рівень психологічного стресу та психічного благополуччя, що дозволяє виявити зв'язок між компульсивним переїданням і перфекціонізмом. Високі показники тривожності, депресії та стресу можуть бути пов'язані з наявністю перфекціоністичних тенденцій, які, у свою чергу, підвищують схильність до компульсивного переїдання. Це важливий аспект для розробки стратегії управління харчовою поведінкою та зниження рівня стресу у людей з перфекціоністичними рисами.

Аналіз результатів Binge Eating Scale демонструє, що більшість осіб з загальної вибірки осіб з компульсивним переїданням у даному дослідженні (27 респондентів) має середній рівень компульсивного переїдання – 16 осіб. Високий рівень даного розладу спостерігався у 5 осіб, тоді як низький – у 4 осіб (таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1.

Рівень розладу осіб з компульсивним переїданням за шкалою Binge Eating Scale

№ Опитуваного	РЕЗУЛЬТАТ	
1	21	середній
9	22	середній
16	23	середній
17	14	низький
20	20	середній
22	18	середній
25	16	низький
26	15	низький
30	36	високий
31	33	високий
32	18	середній
33	30	високий
37	26	середній
39	24	середній
40	22	середній
46	23	середній
50	22	середній
51	19	середній
52	17	низький
53	21	середній
56	27	високий
59	30	високий
60	25	середній
63	26	середній
64	20	середній
66	27	високий

69	18	середній
72	14	низький
74	16	низький

Результати осіб з компульсивним переїданням за *Симптоматичним Опитувальником SCL-90R* демонструють те, що показники всіх його шкал у більшості осіб знаходяться за межами норми (таблиця 3.2.):

- за *шкалою ворожості* 19 з 29 осіб демонструють показник вище нормативного, і 10 осіб – у межах норми;
- за *шкалою фобійної тривожності* – 25 з 29 осіб мають показник вище нормативного значення, 4 особи – у межах норми;
- за *шкалою соматизації* 24 з 29 осіб мають показник вище нормативного значення, тоді як лише 5 осіб демонструють показник в межах нормативного;
- за *шкалою параноїдальних ідей*, так само як і за шкалою самотизації, лише 3 особи демонструють показник в межах нормативного і 24 особи – вище за нормативне;
- за *шкалою психотизму* – 26 з 29 респондентів продемонстрували значення вище норми, 3 особи – в межах норми;
- за *шкалами міжособистісної сензитивності та тривожності* лише 1 особа показала результат у межах норми, а решта 26 з 29 осіб – вище норми;
- *глобальний індекс тяжкості дистресу*, а також *шкали нав'язливих ідей, депресії, додаткових симптомів* показали результати за межами норми для всіх 29 з 29 респондентів.

Дані результати симптоматичних вимірів осіб з компульсивним переїданням демонструють те, що у більшості осіб з вибірки даного дослідження показники перевищують нормативні значення. Це підкреслює те, що група осіб з даним розладом харчової поведінки має високий рівень тривожності, депресивних проявів, соматизації, міжособистісної чутливості та інших патопсихологічних симптомів. Високий показник Загального

Індексу GSI говорить про те, що особи з компульсивним переїданням мають значний рівень загального психологічного дистресу. Такі результати підтверджують те, що існує тісний зв'язок між компульсивним переїданням та патопсихологічними симптомами і демонструють те, що даний розлад супроводжується значним психологічним дистресом.

Таблиця 3.2.

Результати осіб з компульсивним переїданням за симптоматичним опитувальником SCL-90R

№ Опитуваного	Соматизація	Нав'язливі ідеї / ОКР	Міжособистісна сензитивність	Депресія	Тривожність	Ворожість	Фобій на тривожність	Параноїдальні ідеї	Психотизм	Додаткові симптоми	Загальний індекс GSI
1	0,67	1,4	1,67	1,31	1,3	0,83	0,71	1,67	0,7	1,86	1,19
9	0,92	1,1	2,67	1,85	0,8	0,67	1,00	1,50	0,7	1,14	1,26
16	1,83	2,1	1,67	2,77	2,2	2,67	2,14	1,67	0,9	2,57	2,04
17	2,17	1,6	1,78	1,38	2,4	0,33	0,29	0,67	0,6	0,57	1,31
20	0,83	1,5	2,00	1,92	1,3	0,67	1,00	1,83	1,1	1,57	1,39
22	1,83	1,7	1,78	2,69	1,3	1,50	1,14	1,83	1,3	1,86	1,74
25	1,17	1,4	1,89	2,38	1,1	0,83	0,86	1,00	1,2	2,00	1,44
26	1,25	1,5	1,78	1,77	1,1	1,00	0,14	1,17	0,3	1,57	1,20
30	2,42	2,5	2,00	2,62	2,3	2,33	2,14	2,50	2,1	2,43	2,34
31	0,75	2,5	2,56	3,31	0,9	0,83	0,43	1,33	0,7	2,29	1,64
32	0,92	1,6	1,67	1,38	1,1	1,17	0,71	0,83	1	1,14	1,18
33	2,25	2,1	1,44	1,62	2,3	1,33	0,43	1,00	0,7	1,43	1,54
37	2,33	2,5	2,33	2,69	1,6	1,17	1,86	1,33	0,9	2,29	1,98
39	0,42	1,4	0,33	1,15	1,1	1,67	0,00	0,00	0,2	0,86	0,73
40	0,08	1,8	2,11	2,00	0,6	0,50	0,00	1,17	0,9	2,43	1,18
46	1,92	2,6	3,00	2,92	2,2	1,67	1,71	2,33	1,9	1,86	2,27
50	2,00	2,8	1,67	2,62	2,8	1,67	0,86	1,33	1,7	2,57	2,09
51	1,42	1,9	2,11	2,15	1,7	1,00	0,29	1,83	1,4	1,71	1,61
52	1,42	1,8	2,11	2,46	2,3	1,00	0,43	1,67	1,7	2,00	1,77
53	1,00	2,5	2,33	2,62	1	1,33	0,57	1,00	0,7	1,71	1,54
56	1,92	2	2,33	2,46	2,1	1,00	1,00	1,67	1,4	2,14	1,88
59	1,00	2	1,33	1,15	1,6	0,33	0,57	0,67	1,5	1,57	1,23
60	0,92	2	1,78	1,62	2,2	1,67	1,00	1,17	0,7	2,43	1,53
63	0,83	2,2	1,22	1,69	0,9	1,50	0,57	1,67	1,1	0,86	1,27

64	1,33	1,6	2,22	1,77	1,3	0,50	1,14	1,50	0,9	1,57	1,42
66	0,50	1,9	2,56	2,85	1,8	1,67	1,29	0,83	0,3	1,57	1,57
69	2,00	2,3	2,00	3,00	2,4	0,83	0,29	0,33	1,2	1,86	1,80
72	0,50	0,5	0,78	1,08	0,8	2,00	1,14	1,33	0,4	1,29	0,90
74	0,42	1,1	1,44	1,23	0,6	0,83	0,43	1,50	0,4	0,71	0,86

Опитувальник щодо розладів харчової поведінки EDE-Q дозволив дослідити тенденції респондентів з компульсивним переїданням до різних особливостей харчової поведінки. Результати за даною методикою продемонстрували, що особи з компульсивним переїданням мають у приблизно рівному співвідношенні **середній та високий рівень** за шкалами **обмеження, занепокоєння щодо їжі, занепокоєння формою тіла** (таблиця 3.3.):

- за **шкалою обмеження**: 15 осіб з середнім рівнем прояву, 14 – з високим;
- за **шкалою занепокоєння щодо їжі**: 11 осіб з середнім рівнем прояву, 18 – з високим;
- за **шкалою занепокоєння формою тіла**: 17 осіб з середнім рівнем прояву, 12 – з високим.

Таблиця 3.3.

Кількісні результати шкал EDE-Q осіб з компульсивним переїданням за опитувальником розладів харчової поведінки (ч.1)

№ Опитуваного	Обмеження (1-5)	Результат Обмеження (1-5)	Занепокоєння щодо їжі (7,9,19,21,20)	Результат Занепокоєння	Занепокоєння формою тіла (6,8,23,10,26,27,28,11)	Результат Занепокоєння формою
1	1,40	Середній	1,80	Високий	4,13	Високий
9	3,60	Високий	2,00	Високий	2,88	Середній
16	4,00	Високий	1,60	Високий	4,25	Високий
17	1,60	Середній	0,20	Середній	1,50	Середній
20	1,80	Середній	2,00	Високий	4,25	Високий

22	0,60	Середній	1,00	Середній	1,88	Середній
25	4,60	Високий	2,00	Високий	5,00	Високий
26	0,60	Середній	0,60	Середній	1,75	Середній
30	3,60	Високий	4,20	Високий	5,25	Високий
31	2,80	Високий	2,60	Високий	4,00	Високий
32	2,00	Середній	0,80	Середній	2,00	Середній
33	3,20	Високий	2,60	Високий	2,63	Середній
37	0,20	Середній	2,00	Високий	4,50	Високий
39	0,80	Середній	0,20	Середній	1,50	Середній
40	3,60	Високий	1,20	Середній	4,13	Високий
46	2,80	Високий	2,00	Високий	3,63	Середній
50	3,60	Високий	2,60	Високий	6,00	Високий
51	2,00	Середній	3,40	Високий	3,13	Середній
52	0,80	Середній	2,40	Високий	3,13	Середній
53	1,00	Середній	2,00	Високий	4,13	Високий
56	3,40	Високий	2,20	Високий	4,25	Високий
59	1,20	Середній	3,80	Високий	3,75	Середній
60	1,40	Середній	0,80	Середній	2,25	Середній
63	3,00	Високий	3,80	Високий	4,25	Високий
64	2,80	Високий	1,20	Середній	2,25	Середній
66	4,00	Високий	3,80	Високий	2,88	Середній
69	0,20	Середній	0,40	Середній	3,25	Середній
72	2,80	Високий	0,80	Середній	2,50	Середній
74	0,00	Середній	0,60	Середній	0,63	Середній

За загальним результатом та результатом стурбованості вагою респонденти продемонстрували здебільшого високий рівень прояву (таблиця 3.4.):

- за *шкалою стурбованості вагою* 10 осіб продемонстрували середній рівень прояву, тоді як решта 19 осіб – високий;
- за *загальним результатом* усі, окрім 1 особи продемонстрували високий рівень особливостей розладу харчової поведінки.

Кількісні результати шкал EDE-Q осіб з компульсивним переїданням за опитувальником розладів харчової поведінки (ч.2)

№ Опитуваного	Стурбованість вагою (22,24,8,28,12)	Результат Стурбованість вагою	Загальна	Результат Загальна
1	4,20	Високий	1,85	Середній
9	3,20	Високий	4,14	Високий
16	3,00	Високий	5,77	Високий
17	1,20	Середній	4,30	Високий
20	3,80	Високий	6,37	Високий
22	3,20	Високий	5,74	Високий
25	5,00	Високий	8,32	Високий
26	1,60	Середній	6,11	Високий
30	5,20	Високий	9,65	Високий
31	4,80	Високий	9,04	Високий
32	1,60	Середній	7,68	Високий
33	2,20	Середній	8,73	Високий
37	4,00	Високий	9,54	Високий
39	0,80	Середній	8,46	Високий
40	3,80	Високий	10,55	Високий
46	4,80	Високий	11,85	Високий
50	4,80	Високий	13,40	Високий
51	3,80	Високий	12,67	Високий
52	4,00	Високий	12,47	Високий
53	4,20	Високий	12,87	Високий
56	3,40	Високий	13,85	Високий
59	4,80	Високий	14,51	Високий
60	4,20	Високий	13,73	Високий
63	4,00	Високий	15,61	Високий
64	2,20	Середній	14,49	Високий
66	2,60	Середній	15,86	Високий
69	2,00	Середній	14,97	Високий
72	2,20	Середній	16,06	Високий
74	1,40	Середній	14,93	Високий

Кількісні результати особливостей харчової поведінки опитувальника EDE-Q свідчать про виражені порушення харчової поведінки у більшості респондентів з компульсивним переїданням. У даної групи осіб спостерігається високий рівень занепокоєння щодо їжі, форми тіла та ваги, а також високий рівень обмежень у харчуванні. Такі показники свідчать про значну поширеність негативного ставлення до власного тіла, надмірного обмеження та контролю харчування. Через це важливо впроваджувати комплексний підхід для розуміння та лікування компульсивного переїдання, враховуючи особливості харчової поведінки, психологічний стан та самооцінку щодо тіла.

Опитувальник EDE-Q, окрім особливостей харчової поведінки, дозволяє також зібрати дані про зріст, вагу респондентів, а також для жінок – зібрати інформацію про порушення циклу та прийом контрацептивів (таблиця 3.5.). Останні показники дозволяють виявити фактори, що могли впливати на компульсивне переїдання – такі як вагітність, збої у роботі гормональної системи, а також прийом гормональних препаратів. Дані про зріст та вагу дозволяють розрахувати індекс маси тіла (BMI – “Body mass index”) осіб з компульсивним переїданням.

Згідно з антропометричними даними респондентів (таблиця 3.5.) ми можемо зробити висновок про те, що більшість – 21 з 27 осіб з компульсивним переїданням мають надлишкову масу тіла ($BMI > 25$). Також було виявлено, що 2 особи мають недостатню вагу ($BMI < 18.5$). Лише для чотирьох осіб індекс маси тіла знаходиться в межах норми.

Таблиця 3.5.

Антропометричні та репродуктивні дані опитуваних осіб з компульсивним переїданням заповнені у рамках EDE-Q

№ Опитуваного	Яка у Вас зараз вага?	Який Ваш зріст зараз?	BMI (Індекс Маси Тіла)	За останні три-чотири місяці чи були у Вас пропущені менструації?	Якщо так, то скільки?	Чи Ви приймаєте контрацептиви?

1	66	165	24,24	Hi		0	Hi
9	50	160	19,53	Hi		0	Так
16	92	187	26,31	Я чоловік		0	-
17	57	175	18,61	Hi			Hi
20	100	165	36,73	Hi		0	Hi
22	80	165	29,38	Hi			Hi
25	65	156	26,71	Hi			No
26	85	177	27,13	Так	2, я вагітна		Hi
30	105	160	41,02	Так		1	ні
31	100	168	35,43	Так	менопауза		ні
32	49	164	18,22	Hi			ні
33	57	176	18,40	Hi			Hi
37	85	158	34,05	Hi		0	Hi
39	80	164	29,74	Hi		0	Hi
40	70	173	23,39	Hi	-		Hi
46	69	170	23,88	Hi		0	Hi
50	92	157	37,32		В мене видалили матку		Hi
51	80	172	27,04	Hi		0	0
52	120	172	40,56	Так	3 з 5		Hi
53	85	161	32,79	Hi			ні
56	87	164	32,35	Hi			Hi
59	79	170	27,34	Hi			Hi
60	92	165	33,79	Так	Через кожні 2 місяці протягом 8 місяців		Hi
63	77,5	170	26,82	Так	Менопауза		Hi
64	82	160	32,03	Так		2	ні
66	70	157	28,40	Hi			ні
69	78	164	29,00	Hi			ні
72	75	170	25,95	Так		2	Так
74	72	175	23,51	Hi			Hi

Інформація про репродуктивне здоров'я, надана респондентами у рамках опитувальника EDE-Q дозволила зібрати важливі дані для роботи з компульсивним переїданням. Згідно з відповідями респондентів, майже всі особи зазначили, що не приймають контрацептиви. Також вибірка містила 2

особи, що повідомили про менопаузу. Одна жінка повідомила про те, що в неї видалено матку та ще одна про вагітність. Такі дані свідчать про те, що у даній вибірці особи мають різноманітні зміни у репродуктивній системі, що можуть впливати на фізичний та психологічний стан жінок. Зокрема, репродуктивні зміни можуть свідчити про підвищену вразливість респонденток до психологічних та емоційних труднощів, і це потребує спеціального підходу до їхньої психотерапевтичної, а також медичної підтримки. Частина респонденток повідомила про те, що за останні 3-4 місяці у них були пропущені менструації. Пропущені менструації можуть свідчити про наявність гормональних дисбалансів або стресу у респонденток, що може впливати на харчову поведінку та емоційний стан в цілому. У свою чергу, це може бути пов'язане з різними психологічними факторами, і не виключено, що з перфекціонізмом. Це демонструє важливість врахування таких фізіологічних аспектів у комплексному підході до вивчення та роботи з компульсивним переїданням, а також перфекціонізму як предиктора.

Таблиця 3.6.

Відповіді на відкриті питання про поведінку, пов'язану з харчуванням та контролем ваги опитуваних осіб з компульсивним переїданням заповнені у

рамках EDE-Q

№ Опитуваного	За останні 28 днів, як часто Ви з'їдали кількість їжі, яку інші люди за звичайних умов назвали би неймовірно великою кількістю їжі? у скількох з цих випадків Ви би мали відчуття втрати контролю за тим, що їсте (в той час коли Ви їли)?	За останні 28 днів, скільки ДНІВ ставалися такі епізоди переїдання (Ви з'їдали неймовірно велику кількість їжі і мали в той час відчуття втрати контролю над їжею)?	За останні 28 днів, скільки разів Ви блювали з метою контролю за вагою чи формою?	За останні 28 днів, скільки разів Ви вживали проносні ліки з метою контролю за вагою та формою?	За останні 28 днів, скільки разів Ви мали надмірні фізичні навантаження, або тривалу зарядку, яка мала на меті контроль за вагою, формами, чи повнотою, чи спалювання калорій?
---------------	---	---	--	---	---	--

1	3	3	3	0	0	2
9	30-12	0	0	0	0	0
16	1 раз	1	1 раз	0	0	6
17	0	0	13	0	0	10
20	0 (я їм мало, але через свою вагу думаю, що все одно це забанато)	28	2	0	0	5
22	1-2 рази	1-2	1-2 дні	1 раз	Жодного разу	Жодного
25	2	2	2	0	1	1
26	3	3	3	0	0	0
30	22	25	16	5	4	17
31	1 раз	1 раз	1 раз	жодного	жодного	жодного
32	жодного разу	жодного разу	1-2	жодного разу	жодного разу	жодного разу
33	18	15	15	0	0	3
37	5	5	5	0	00	0
39	Кожен вечір	Кожен день	Кожен вечір	Жодного дня	Жодного днч	Жодного дня
40	Ні	-	-	Жодного	Жодного	Жодного
46	Близько 5-7 днів переїдань	2-3	6	0	0	7
50	0	0	0	0	0	0
51	5-6 днів	5-6 днів	До 10 днів	0	0	До 10 днів
52	2	0	0	0	0	2
53	0	0	0	0	0	0
56	15	15	10	0	0	5
59	6 днів	Всі рази	Точно не пам'ятаю, 6 днів	Жодного	Жодного	Жодного
60	1-3 дні, але частіше просто не встигаю поїсти	Періодично маю такі думки, приблизно 3 дні на місяць	3	Жодного	Жодного	Я маю фізично активну роботу
63	10	10	10	0	0	0
64	0	0	28	0	0	0
66	3	3	3	0	0	0
69	0	0	1	0	0	0
72	0	0	0	0	0	10

74	10	10	10	0	0	0
----	----	----	----	---	---	---

Аналіз даних демонструє те, що у респондентів переважають епізоди переїдання з відчуттям втрати контролю, що вказує на наявність компульсивної харчової поведінки. Також близько третини респондентів повідомили про те, що за останні 28 днів вони використовували надмірні фізичні навантаження для контролю за власною вагою та формою. Окрім цього, 2 особи відповіли, що використовували такі методи контролю ваги, як блювання та проносні ліки, що свідчить про те, що у даних осіб ми можемо підозрювати не компульсивне переїдання, а булімію. Використання таких стратегій свідчить про надмірну стурбованість вагою і формою тіла, що може бути пов'язаним з перфекціоністськими тенденціями або іншими психологічними чинниками. Дана інформація є важливою для розуміння зв'язку між особливостями харчової поведінки, психічним здоров'ям та перфекціонізмом у осіб з компульсивним переїданням.

Таблиця 3.7.

Показники осіб з компульсивним переїданням за підшкалами Великої Тривимірної Шкали Перфекціонізму

№ Опитуваного	Перфекціонізм, орієнтований на себе	Проблеми з самооцінкою	Стурбованість помилками	Сумніви у власних діях	Самокритика	Соціально-приписаний перфекціонізм	Перфекціонізм орієнтований на інших	Гіперкритика	Упевненість у тому, що мені всі щось винні	Претензійність
1	3	3,6	3,8	3	3,5	4	1,8	1,75	2	2
9	4,5	4,6	5	5	4,5	3,5	3,2	3,75	1,75	1
16	3,75	4	4,2	3,5	3,75	1,5	2,4	2,75	1,25	2
17	2,75	3	2	2	2,5	2,5	1,2	1	2	1,25
20	3,5	4,2	2,4	4,5	3,25	3,5	3	1,75	2,25	1,25
22	2,25	2,6	1,4	3,5	3,5	2	1	1,5	2,25	1
25	4	3,6	4,4	4	4,5	3,25	3	3	3	2,5
26	2,25	3	2,2	2,5	1,75	4,25	2,2	2,5	2	2,25
30	4,5	4,6	4,8	5	4,75	5	4	4,75	5	4,5

31	2,25	2,4	3	4	3,5	2,5	2	2,5	1	1
32	5	5	4,4	2,5	5	4,25	2	2	3	1
33	2,5	3,2	1,6	1,5	2,75	2,75	1	1	2,5	1,5
37	1,5	2	4,8	3,5	3,75	3	3,2	1,5	2,25	1
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	3,25	3,6	3,8	3	4	3,5	3,4	3,5	2,5	2,25
46	3,75	3,8	2,2	4,5	3,75	4,25	1,6	2,25	3	2
50	1,75	4	5	2,5	4	5	4	4	5	4,75
51	4,5	4,6	3,8	3	4	3	2,4	2,75	3	3
52	2,25	4,4	4,8	5	5	5	3	2,25	3,25	1,75
53	3	3,6	4,6	5	4,75	2	1,8	1,5	1	1
56	3,75	4	5	5	5	3,5	3,6	2,25	1	1
59	3,75	3,8	3,2	4,5	2,75	2	1,6	1,25	1,75	1,5
60	2	1,6	1,8	3	2	1,25	1,4	1,5	1,75	1,75
63	3,75	4	5	4	4	2,75	3	3,75	2,75	2
64	3,25	4	4,4	3	4,5	3,5	3,4	2,75	2,75	2,5
66	3,25	4,2	5	5	4	4	4,6	3,75	3,5	3
69	1,25	2,4	3,8	2,5	3,25	1,75	1,2	2	1	1
72	2	1,8	2,6	1	2	2,5	2	2	2,75	2
74	2,25	2	1,8	2	1,25	1	1,6	1,25	1	1

Згідно з Великою Тривимірною Шкалою Перфекціонізму, для інтерпретації результатів кожної шкали визначено такі діапазони:

- **Перфекціонізм, орієнтований на себе:**
 - Низький: <3.29
 - Середній: 3.29–3.98
 - Високий: >3.98
- **Проблеми з самооцінкою:**
 - Низький: <3.02
 - Середній: 3.02–3.87
 - Високий: >3.87
- **Стурбованість помилками:**
 - Низький: <2.43
 - Середній: 2.43–3.33
 - Високий: >3.33

- **Сумніви у власних діях:**
 - Низький: <1.86
 - Середній: 1.86–2.68
 - Високий: >2.68
- **Самокритика:**
 - Низький: <2.89
 - Середній: 2.89–3.69
 - Високий: >3.69
- **Соціально-приписаний перфекціонізм:**
 - Низький: <1.99
 - Середній: 1.99–3.16
 - Високий: >3.16
- **Перфекціонізм, орієнтований на інших:**
 - Низький: <2.45
 - Середній: 2.45–3.27
 - Високий: >3.27
- **Гіперкритика:**
 - Низький: <2.27
 - Середній: 2.27–2.99
 - Високий: >2.99
- **Упевненість у тому, що мені всі щось винні:**
 - Низький: <1.80
 - Середній: 1.80–2.62
 - Високий: >2.62
- **Претензійність:**
 - Низький: <2.10
 - Середній: 2.10–2.92
 - Високий: >2.92

Ці діапазони дозволяють класифікувати кожного з опитуваних щодо впливу різних аспектів перфекціонізму на ймовірність розвитку компульсивного переїдання.

Аналіз десяти вимірів субшкал перфекціонізму є важливим аспектом для розуміння особистісних характеристик та їх впливу на поведінку та взаємини в соціальному середовищі. Вивчення результатів за десятима субшкалами спрямоване на вивчення різних аспектів перфекціонізму серед осіб, зокрема орієнтованості на себе, самооцінки, стурбованості помилками, сумнівів у власних діях, самокритики, соціально-приписаного перфекціонізму, орієнтованості на інших, гіперкритики, упевненості у тому, що інші мають виконувати певні зобов'язання перед респондентами, та претензійності. Аналіз таких показників дозволяє виявити розподіл рівнів цих характеристик серед респондентів і допомогти краще зрозуміти, як ці риси можуть впливати на їхні життєві рішення, ставлення до себе та оточення.

На основі аналізу рівнів оцінок за шкалами перфекціонізму можна зробити наступні висновки:

- **Перфекціонізм, орієнтований на себе:** Розподіл рівнів за цією шкалою є збалансованим. 11 осіб мають низький рівень, 7 — середній, і 11 — високий. Це свідчить про те, що у вибірці представлені всі рівні орієнтації на власну досконалість приблизно однаково.
- **Проблеми з самооцінкою:** Найбільша частка респондентів має високий рівень за цією шкалою (20 осіб). Середній рівень притаманний 6 особам, а низький — лише 3. Це вказує на переважання труднощів із самооцінкою у вибірці.
- **Стурбованість помилками:** Високий рівень стурбованості помилками зафіксовано у 17 осіб, середній — у 7, низький — у 5. Дані свідчать, що значна частина досліджуваних схильна хвилюватися щодо можливих помилок.

- **Сумніви у власних діях:** Переважна більшість респондентів (25 осіб) має високий рівень за цією шкалою. Середній рівень у 3 осіб, і лише 1 особа демонструє низький рівень. Це говорить про сильну невпевненість у власних рішеннях серед вибірки.
- **Самокритика:** Високий рівень самокритичності має 19 осіб, середній — 8, низький — 2. Отже, тенденція до самокритики є вираженою у вибірці, що може свідчити про схильність до жорсткого самоаналізу.
- **Соціально-приписаний перфекціонізм:** За цією шкалою розподіл рівнів також збалансований: 11 осіб мають високий рівень, 9 — середній, і 9 — низький. Це показує різноманітність ставлення до зовнішніх очікувань.
- **Перфекціонізм, орієнтований на інших:** Найбільша кількість респондентів має низький рівень (15 осіб). Середній рівень — у 7 осіб, і високий також у 7. Це свідчить про те, що більшість опитаних не схильні вимагати досконалості від інших.
- **Гіперкритика:** Переважає низький рівень (15 осіб), середній рівень має 10 осіб, а високий лише 4. Це говорить про те, що гіперкритичність не є значущою рисою у вибірці.
- **Упевненість у тому, що мені всі щось винні:** Найбільше респондентів (14 осіб) мають низький рівень за цією шкалою. Середній рівень — у 8 осіб, і високий — у 7. Це свідчить про переважно невисоку схильність до почуття обов'язковості інших перед собою.
- **Претензійність:** Левова частка вибірки (20 осіб) демонструє низький рівень претензійності. Середній рівень має 5 осіб, і високий — лише 4. Це означає, що більшість респондентів не схильні висувати надмірні вимоги до оточення.

Дані, отримані за великою тривимірною шкалою перфекціонізму, свідчать, що у вибірці найбільш виражені такі риси, як сумніви у власних діях, самокритика та стурбованість помилками. Ці показники вказують на схильність до внутрішнього самозосередження та перфекціоністичних

установок, орієнтованих на себе. Водночас шкали, які відображають ставлення до інших (перфекціонізм, орієнтований на інших, гіперкритика, претензійність), демонструють переважно низькі або середні рівні, що вказує на поміркованість у вимогах до оточення.

Таблиця 3.8.

Показники глобальних шкал для осіб з компульсивним переїданням за Великою Тривимірною Шкалою Перфекціонізму

№ Опитуваного	Жорсткий (усталений) перфекціонізм		Самокритичний перфекціонізм		Нарцисичний перфекціонізм		Загальний рівень перфекціонізму	
1	3,33	середній	3,56	високий	1,88	низький	2,86	середній
9	4,56	високий	4,56	високий	2,47	середній	3,75	високий
16	3,89	високий	3,33	високий	2,12	низький	2,98	середній
17	2,89	низький	2,11	низький	1,35	низький	1,98	низький
20	3,89	високий	3,17	високий	2,12	низький	2,91	середній
22	2,44	низький	2,61	середній	1,41	низький	2,11	низький
25	3,78	середній	4,06	високий	2,88	високий	3,55	високий
26	2,67	низький	2,56	середній	2,24	низький	2,45	низький
30	4,56	високий	4,78	високий	4,53	високий	4,64	високий
31	2,33	низький	3,17	високий	1,65	низький	2,41	низький
32	5,00	високий	3,89	високий	2,00	низький	3,39	високий
33	2,89	низький	2,06	низький	1,47	низький	2,00	низький
37	1,78	низький	3,72	високий	2,06	низький	2,68	середній
39	1,00	низький	1,00	низький	1,00	низький	1,00	низький
40	3,44	середній	3,56	високий	2,94	високий	3,30	високий
46	3,78	середній	3,50	високий	2,18	низький	3,05	середній
50	3,00	низький	4,00	високий	4,41	високий	3,95	високий
51	4,56	високий	3,44	високий	2,76	середній	3,41	високий
52	3,44	середній	4,94	високий	2,59	середній	3,73	високий
53	3,33	середній	4,17	високий	1,35	низький	2,91	середній
56	3,89	високий	4,67	високий	2,06	низький	3,50	високий
59	3,78	середній	3,11	високий	1,53	низький	2,64	середній
60	1,78	низький	1,89	низький	1,59	низький	1,75	низький
63	3,89	високий	4,00	високий	2,88	високий	3,55	високий

64	3,67	середній	3,83	високий	2,88	високий	3,43	високий
66	3,78	середній	4,50	високий	3,76	високий	4,07	високий
69	1,89	низький	2,67	середній	1,29	низький	1,98	низький
72	1,89	низький	2,00	низький	2,18	низький	2,05	низький
74	2,11	низький	1,39	низький	1,24	низький	1,48	низький

Глобальні виміри Великої Тривимірної Шкали Перфекціонізму дозволили оцінити рівень жорсткого, самокритичного та нарцисичного перфекціонізму у осіб з компульсивним переїданням. У вибірці респондентів показники жорсткого перфекціонізму були розподілені у рівному співвідношенні між низьким, середнім та високим рівнем. Самокритичний перфекціонізм, у свою чергу, переважно був високого рівня у респондентів даної вибірки. Нарцисичний перфекціонізм був переважно на низькому рівні. Загальний рівень перфекціонізму, так само як і субшкала жорсткого перфекціонізму, не мав переваги до якогось певного рівня прояву у вибірці.

3.2 Визначення впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання

Щоб визначити вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання, нам необхідно застосувати регресійний аналіз. Для цього ми використаємо функцію “Linear regression”, що знаходиться в розділі “Analyses” застосунку Jamovi. У даному дослідженні ми будемо аналізувати вплив глобальних шкал перфекціонізму (жорсткий, самокритичний, нарцисичний перфекціонізм) та загального рівня перфекціонізму за Великою Тривимірною Шкалою Перфекціонізму (далі BTPS, “Big Three Perfectionism Scale”).

Розглянемо регресійну модель, що була побудована для визначення впливу *загального рівня перфекціонізму за BTPS на компульсивне переїдання* (таблиця 3.1).

Таблиця 3.9.

Регресійна модель впливу загального рівня перфекціонізму

R	R^2	$RMSE$	F	ρ
0.249	0.0620	5.34	1.78	0.193

Оскільки значення коефіцієнта кореляції (R) становить 0.249, це свідчить про те, що загальний рівень перфекціонізму впливає на компульсивне переїдання, але рівень цього впливу є слабким ($R < 0.3$, що свідчить про слабкий або майже відсутній зв'язок). З цього випливає те, що вплив загального рівня перфекціонізму на компульсивне переїдання є дуже слабким. Далі розглянемо те, який згідно нашої моделі виявлено відсотковий вплив загального рівня перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Коефіцієнт детермінації (R^2) величиною 0.0620 вказує на те, що лише 6,2% варіації компульсивного переїдання пояснюється загальним рівнем перфекціонізму.

Середнє квадратичне відхилення ($RMSE$) величиною 5.34 свідчить про те, що модель є не точною – в середньому прогнозовані значення моделі знаходяться на 5.34 одиниць далі від фактичних значень компульсивного переїдання. Враховуючи те, що шкала компульсивного переїдання надає значення в діапазоні від 0 до 46, то похибка у 5.34 одиниць може прогнозувати неправильний рівень компульсивного переїдання (наприклад, прогнозувати середній рівень, тоді як фактично особа має високий рівень компульсивного переїдання).

Критерій Фішера (F) величиною 1.78 демонструє те, що дана модель погано пояснює варіацію залежної змінної (компульсивного переїдання). Тобто перфекціонізм як фактор не дає достатньо інформації для того, щоб пояснити зміни у компульсивному переїданні. Рівень значущості (p) є 0.193 і більшим, ніж 0.05, що свідчить про те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання не є статистично значущим. Тобто ймовірність того, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі є випадковим, становить 19.3%. Тому ми не можемо довести те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі існує.

Для побудови регресійного рівняння впливу загального рівня перфекціонізму нам необхідно використати коефіцієнти регресії (таблиця 3.2.).

Коефіцієнти регресії загального рівня перфекціонізму

Змінна	Тип змінної	Коефіцієнт регресії, сила впливу
Компульсивне переїдання	Константа	17.46
Загальний рівень перфекціонізму	Предиктор	1.64

Базуючись на коефіцієнтах регресії, можемо побудувати наступне регресійне рівняння впливу загального рівня перфекціонізму на компульсивне переїдання, де Y відображає компульсивне переїдання, а X – це загальний рівень перфекціонізму:

$$Y = 17.46 + 1.64 \cdot X$$

Таким чином, на основі регресійного аналізу впливу загального рівня перфекціонізму за шкалою BPTS на компульсивне переїдання, можемо сказати, що хоча коефіцієнт регресії вказує на те, що з підвищенням рівня загального перфекціонізму компульсивне переїдання незначно збільшується ($X_1 = 1.64$ – додатній, більше одиниці), проте ця залежність є дуже слабкою ($R = 0.249$) та не є статистично значущою ($p = 0.193$). Дана модель пояснює лише 19.3% варіації рівня компульсивного переїдання ($R^2 = 0,0620$). Точність даної моделі свідчить про значну похибку ($RMSE = 5.34$). Таким чином, можна зробити висновок, що у вибірці даного дослідження загальний рівень перфекціонізму не є вагомим фактором, який впливає на компульсивне переїдання.

Окрім загального рівня перфекціонізму, Велика Тривимірна Шкала Перфекціонізму містить три глобальні шкали, вплив яких на компульсивне переїдання є також важливим визначити.

Проаналізуємо вплив *“жорсткого (усталеного)” перфекціонізму на компульсивне переїдання* у даній вибірці.

Таблиця 3.11

Регресійна модель впливу “жорсткого” перфекціонізму

R	R^2	$RMSE$	F	ρ
0.131	0.0172	5.47	0.474	0.497

Оскільки значення коефіцієнта кореляції (R) становить 0.131, це свідчить про те, що “жорсткий перфекціонізм” впливає на компульсивне переїдання, але рівень цього впливу є дуже слабким ($R < 0.3$, що свідчить про слабкий або майже відсутній зв’язок). З цього випливає те, що вплив “жорсткого” перфекціонізму на компульсивне переїдання є дуже слабким. Далі розглянемо те, який згідно нашої моделі виявлено відсотковий вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Коефіцієнт детермінації (R^2) величиною 0.0172 вказує на те, що лише 1.72% варіації компульсивного переїдання пояснюється рівнем “жорсткого” перфекціонізму. Це свідчить про те, що вплив “жорсткого” перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній вибірці майже відсутній.

Середнє квадратичне відхилення ($RMSE$) величиною 5.47 свідчить про те, що модель є не точною – в середньому прогнозовані значення моделі знаходяться на 5.47 одиниць далі від фактичних значень компульсивного переїдання. Враховуючи те, що шкала компульсивного переїдання надає значення в діапазоні від 0 до 46, то похибка у 5.47 одиниць може прогнозувати неправильний рівень компульсивного переїдання (наприклад, прогнозувати середній рівень, тоді як фактично особа має високий рівень компульсивного переїдання).

Критерій Фішера (F) величиною 0.474 демонструє те, що дана модель погано пояснює варіацію залежної змінної (компульсивного переїдання). Тобто перфекціонізм як фактор не дає достатньо інформації для того, щоб пояснити зміни у компульсивному переїданні. Рівень значущості (ρ) є 0.497 – більшим, ніж 0.05, що свідчить про те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання не є статистично значущим. Тобто ймовірність того,

що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі є випадковим, становить 49.7%. Тому ми не можемо довести те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі існує.

Для побудови регресійного рівняння впливу рівня “жорсткого” перфекціонізму нам необхідно використати коефіцієнти регресії (таблиця 3.4.).

Таблиця 3.12.

Коефіцієнти регресії “жорсткого” перфекціонізму

Змінна	Тип змінної	Коефіцієнт регресії, сила впливу
Компульсивне переїдання	Константа	19.792
“Жорсткий” перфекціонізм	Предиктор	0.741

Базуючись на коефіцієнтах регресії, можемо побудувати наступне регресійне рівняння впливу “жорсткого” перфекціонізму на компульсивне переїдання, де Y відображає компульсивне переїдання, а X – це “жорсткий” перфекціонізм:

$$Y = 19.792 + 0.741 \cdot X$$

Таким чином, на основі регресійного аналізу впливу “жорсткого”(“усталеного”) перфекціонізму за шкалою BPTS на компульсивне переїдання, можемо сказати, що коефіцієнт регресії вказує на те, що з підвищенням рівня “жорсткого” перфекціонізму компульсивне переїдання незначно збільшується ($X_1 = 0.741$ – додатній, менше одиниці), проте ця залежність є дуже слабкою ($R = 0.131$) та не є статистично значущою ($\rho = 0.497$). Дана модель пояснює лише 1.72% варіації рівня компульсивного переїдання ($R^2 = 0.0172$). Точність даної моделі свідчить про значну похибку ($RMSE = 5.47$). Таким чином, можна зробити висновок, що у вибірці даного дослідження рівень “жорсткого” перфекціонізму майже не впливає на компульсивне переїдання.

Розглянемо вплив *самокритичного перфекціонізму на компульсивне переїдання у даній вибірці*.

Таблиця 3.13

Регресійна модель впливу самокритичного перфекціонізму

R	R^2	$RMSE$	F	ρ
0.251	0.0628	5.34	1.81	0.190

Оскільки значення коефіцієнта кореляції (R) становить 0.251, це свідчить про те, що самокритичний перфекціонізм майже не впливає на компульсивне переїдання і рівень цього впливу є дуже слабким ($R < 0.3$, що свідчить про слабкий або майже відсутній зв'язок). З цього випливає те, що вплив самокритичного перфекціонізму на компульсивне переїдання є дуже слабким. Далі розглянемо те, який згідно нашої моделі виявлено відсотковий вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Коефіцієнт детермінації (R^2) величиною 0.0628 вказує на те, що лише 6.28% варіації компульсивного переїдання пояснюється самокритичним перфекціонізмом.

Середнє квадратичне відхилення ($RMSE$) величиною 5.34 свідчить про те, що модель є не точною – в середньому прогнозовані значення моделі знаходяться на 5.34 одиниць далі від фактичних значень компульсивного переїдання. Враховуючи те, що шкала компульсивного переїдання надає значення в діапазоні від 0 до 46, то похибка у 5.34 одиниць може прогнозувати неправильний рівень компульсивного переїдання (наприклад, прогнозувати середній рівень, тоді як фактично особа має високий рівень компульсивного переїдання).

Критерій Фішера (F) величиною 1.81 демонструє те, що дана модель погано пояснює варіацію залежної змінної (компульсивного переїдання). Тобто перфекціонізм як фактор не дає достатньо інформації для того, щоб пояснити зміни у компульсивному переїданні. Рівень значущості (ρ) є 0.190 і більшим, ніж 0.05, що свідчить про те, що вплив перфекціонізму на

компульсивне переїдання не є статистично значущим. Тобто ймовірність того, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі є випадковим, становить 19.0%. Тому ми не можемо довести те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі існує.

Для побудови регресійного рівняння впливу загального рівня перфекціонізму нам необхідно використати коефіцієнти регресії (таблиця 3.2.).

Таблиця 3.14.

Коефіцієнти регресії загального рівня перфекціонізму

Змінна	Тип змінної	Коефіцієнт регресії, сила впливу
Компульсивне переїдання	Константа	17.68
Самокритичний перфекціонізм	Предиктор	1.36

Базуючись на коефіцієнтах регресії, можемо побудувати наступне регресійне рівняння впливу загального рівня перфекціонізму на компульсивне переїдання, де Y відображає компульсивне переїдання, а X – це загальний рівень перфекціонізму:

$$Y = 17.68 + 1.36 \cdot X$$

Таким чином, на основі регресійного аналізу впливу самокритичного перфекціонізму за шкалою BPTS на компульсивне переїдання, можемо сказати, що хоча коефіцієнт регресії вказує на те, що з підвищенням рівня самокритичного перфекціонізму компульсивне переїдання незначно збільшується ($X_1 = 1.36$ – додатній, менше одиниці), проте ця залежність є дуже слабкою ($R = 0.251$) та не є статистично значущою ($p = 0.190$). Дана модель пояснює лише 6.28% варіації рівня компульсивного переїдання ($R^2 = 0,0628$). Точність даної моделі свідчить про значну похибку ($RMSE = 5.34$). Таким чином, можна зробити висновок, що у вибірці даного дослідження

самокритичний перфекціонізм не є вагомим фактором, який впливає на компульсивне переїдання.

Побудуємо регресійну модель для останньої шкали BPTS – *нарцисичного перфекціонізму і його впливу на компульсивне переїдання* (таблиця 3.7.).

Таблиця 3.15.

Регресійна модель впливу нарцисичного перфекціонізму

R	R^2	$RMSE$	F	ρ
0.231	0.0535	5.37	1.52	0.228

Оскільки значення коефіцієнта кореляції (R) становить 0.231, це свідчить про те, що нарцисичний перфекціонізм впливає на компульсивне переїдання, але рівень цього впливу є слабким ($R < 0.3$, що свідчить про слабкий або майже відсутній зв'язок). З цього випливає те, що вплив нарцисичного перфекціонізму на компульсивне переїдання є дуже слабким. Далі розглянемо те, який згідно нашої моделі виявлено відсотковий вплив нарцисичного перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Коефіцієнт детермінації (R^2) величиною 0.0535 вказує на те, що лише 5,35% варіації компульсивного переїдання пояснюється нарцисичним перфекціонізмом.

Середнє квадратичне відхилення ($RMSE$) величиною 5.37 свідчить про те, що модель є не точною – в середньому прогнозовані значення моделі знаходяться на 5.37 одиниць далі від фактичних значень компульсивного переїдання. Враховуючи те, що шкала компульсивного переїдання надає значення в діапазоні від 0 до 46, то похибка у 5.37 одиниць може прогнозувати неправильний рівень компульсивного переїдання (наприклад, прогнозувати середній рівень, тоді як фактично особа має високий рівень компульсивного переїдання).

Критерій Фішера (F) величиною 1.52 демонструє те, що дана модель погано пояснює варіацію залежної змінної (компульсивного переїдання).

Тобто перфекціонізм як фактор не дає достатньо інформації для того, щоб пояснити зміни у компульсивному переїданні. Рівень значущості (p) є 0.228 і більшим, ніж 0.05, що свідчить про те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання не є статистично значущим. Тобто ймовірність того, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі є випадковим, становить 22.8%. Тому ми не можемо довести те, що вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання в даній моделі існує.

Для побудови регресійного рівняння впливу нарцисичного перфекціонізму нам необхідно використати коефіцієнти регресії (таблиця 3.2.).

Таблиця 3.16.

Коефіцієнти регресії нарцисичного перфекціонізму

Змінна	Тип змінної	Коефіцієнт регресії, сила впливу
Компульсивне переїдання	Константа	18.92
Нарцисичний перфекціонізм	Предиктор	1.45

Базуючись на коефіцієнтах регресії, можемо побудувати наступне регресійне рівняння впливу нарцисичного перфекціонізму на компульсивне переїдання, де Y відображає компульсивне переїдання, а X – це нарцисичний перфекціонізм:

$$Y = 18.92 + 1.45 \cdot X$$

Таким чином, на основі регресійного аналізу впливу нарцисичного перфекціонізму за шкалою BPTS на компульсивне переїдання, можемо сказати, що хоча коефіцієнт регресії вказує на те, що з підвищенням рівня нарцисичного перфекціонізму компульсивне переїдання незначно збільшується ($X_1 = 1.45$ – додатній, більше одиниці), проте ця залежність є дуже слабкою ($R = 0.231$) та не є статистично значущою ($p = 0.228$). Дана модель пояснює лише 5.35% варіації рівня компульсивного переїдання ($R^2 =$

0,0535). Точність даної моделі свідчить про значну похибку ($RMSE = 5.37$). Таким чином, можна зробити висновок, що у вибірці даного дослідження нарцисичний перфекціонізм не є вагомим фактором, який впливає на компульсивне переїдання.

Висновки до розділу 3

У результаті аналізу впливу глобальних шкал Великої Тривимірної Шкали Перфекціонізму, а також загального рівня перфекціонізму на компульсивне переїдання, було одержано наступні висновки:

1. Як загальний рівень перфекціонізму, так і його підвиди – жорсткий, самокритичний, нарцисичний, не мають значущого впливу на рівень компульсивного переїдання.
2. Низькі показники коефіцієнтів детермінації та показники значущості вказують на слабкий зв'язок між різними формами перфекціонізму та компульсивним переїданням у даній вибірці.
3. Дані результати вказують на те, що необхідне подальше дослідження для виявлення та вивчення інших факторів, які мають значущий вплив на компульсивне переїдання.

Дані про індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням показали, що:

1. рівень даного розладу у більшості осіб з вибірки є середнім або високим;
2. у цих осіб показники патопсихологічних вимірів (тривога, депресія та ін.) знаходяться вище за норму;
3. особливості розладів харчової поведінки, такі як обмеження, занепокоєння щодо їжі, форми тіла, ваги демонструють переважно середній або високий рівень;
4. загальний рівень перфекціонізму варіюється – серед респондентів у вибірці рівномірно розподілені результати низького, середнього, та високого рівня;

5. жорсткий перфекціонізм зустрічався переважно на низькому або середньому рівні, самокритичний – на високому, нарцисичний – на низькому.

ВИСНОВКИ

У рамках даної роботи було визначено вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання. Для досягнення мети та завдань дослідження було виконано наступні етапи:

1. проведено теоретико-методологічний аналіз впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання:
 - проведено аналіз існуючих теоретичних джерел, наукових статей та публікацій, що дало змогу окреслити поняття компульсивного переїдання як розладу харчової поведінки, виявити чинники, що впливають на компульсивне переїдання, а також встановити місце перфекціонізму серед чинників даного розладу;
 - сформовано вибірку осіб з компульсивним переїданням, а також зібрано дані про рівень перфекціонізму респондентів, їхні патопсихологічні особливості та харчову поведінку.

2. проаналізовано індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням:
 - показники патопсихологічних вимірів, таких як тривога, депресія, ворожість, параноїдальні думки та ін. є вище нормативного значення у осіб з компульсивним переїданням;
 - більшість осіб з компульсивним переїданням мають середній або високий рівень прояву особливостей харчової поведінки, таких як обмеження, занепокоєння з приводу їжі, занепокоєння формою тіла та вагою;
 - рівень загального перфекціонізму у осіб з компульсивним переїданням у вибірці даного дослідження спостерігався у рівному співвідношенні зустрічається на низькому, середньому та високому рівнях;
 - жорсткий перфекціонізм у осіб з компульсивним переїданням з вибірки даного дослідження спостерігається між низьким та

середнім рівнем, самокритичний перфекціонізм – на високому рівні, нарцисичний перфекціонізм – на низькому рівні.

3. вивчено вплив перфекціонізму на компульсивне переїдання:

- жорсткий, самокритичний та нарцисичний перфекціонізм не показали статистично значущого впливу на компульсивне переїдання. Регресійний аналіз виявив, що найнижчий вплив має жорсткий перфекціонізм;
- загальний рівень перфекціонізму також не показав вагомого впливу на компульсивне переїдання;
- одержано регресійне рівняння впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання, виявлено міру та напрямок впливу перфекціонізму на даний розлад.

Використання Великої Тривимірної Шкали перфекціонізму дозволило зібрати дані для аналізу загального рівня перфекціонізму, а також глобальних вимірів, таких як жорсткий, самокритичний та нарцисичний перфекціонізм. У поєднанні зі шкалою компульсивного переїдання ці дані дозволили оцінити, як різні рівні та виміри перфекціонізму впливають на рівень компульсивного переїдання.

Включення оцінки симптоматичних вимірів у дане дослідження дозволило дослідити індивідуально-психологічні особливості осіб з компульсивним переїданням та поглибити розуміння поведінкових проявів, що можуть зустрічатися у осіб з даним розладом. Завдяки цьому було виявлено які саме патопсихологічні особливості є характерними для осіб з компульсивним переїданням. Це сприяло уточненню рівня прояву таких симптомів, як тривога, депресія, соматизація, нав'язливі ідеї, що забезпечило комплексний підхід у дослідженні впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання.

Застосування опитувальника щодо розладів харчової поведінки дозволило зібрати дані про частоту та інтенсивність проявів, пов'язаних з компульсивним переїданням, а також оцінити ключові особливості харчової поведінки у осіб з даним розладом. Це дало змогу глибше зрозуміти поведінкові особливості даної групи, а також створити основу для подальшого дослідження впливу перфекціонізму на формування компульсивного переїдання.

Одержані результати демонструють те, що у даній вибірці перфекціонізм не має значущого впливу на компульсивне переїдання. Базуючись на отриманих результатах можна говорити про те, що у наступних дослідженнях варто розглянути інші фактори впливу на компульсивне переїдання, щоб зрозуміти, що саме може бути предиктором компульсивного переїдання. Окрім цього, у наступних дослідженнях доцільно збільшити вибірку осіб з компульсивним переїданням для підтвердження або спростування впливу перфекціонізму на компульсивне переїдання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л. М. (2014). Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології, Випуск 25, 19-33. Доступно за посиланням: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158887/158137>
2. Баєв Андрій Борисович. (2020). Причини та форми прояву аутоагресивної поведінки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (ДДУВС, 15.05.2020).
3. Грубі Т. В. (2018). Адаптація психодіагностичної методики «Велика тривимірна шкала перфекціонізму». УДК 159.9:364-787.522]:17.036.2. Організаційна психологія. Економічна психологія, № 2 (13), 24-35.
4. Дембіцький С., Серета Ю. (2015). Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідація в Україні. Соціологія: теорія, методи, маркетинг, № 4, 40-71. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5.
5. Ланюш, Ф., Урбанович, А., & Козловська, Х. (2024). ADAPTATION AND OWN EXPERIENCE OF THE UKRAINIAN VERSION OF BINGE EATING DISORDER SCREENER-7 USE. Problems of Endocrine Pathology, 81(1), 90-95. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2024.1.12>
6. Лимар, Л. (2018). Психологічні аспекти атипового компульсивного переїдання. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (42), 93–113. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.93-113>
7. Огоренко, В. В., Юр'єва, Л. М., Шорніков, А. В., Кокашинський, В. О., & Карпова, Т. П. (2022). Зв'язок компульсивного переїдання з тривогою та депресією у студентів технічного ЗВО під час

війни. Вісник морської медицини, (№ 3), 54-60.
<https://repo.dma.dp.ua/8342/>

8. Осінцева Олена Євгенівна. (2023). Соціально-психологічний вплив харчової поведінки на якість життя. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (ДДУВС, 15 травня 2023 р.)
9. Сухомлінова, Ж. В., & Демочко, Г. Л. (2020). Психогенне переїдання: Причини, наслідки та критерії діагностики. У Prospects for the Development of Modern Science and Practice (с. 363). <https://doi.org/10.46299/isg.2020.xvi>
10. Український Інститут Когнітивно-Поведінкової Терапії (www.i-cbt.org.ua) ©2008, Fairburn С. (український переклад УІКПТ-2012). Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDE-Q). Режим доступу: EDE-Q.
11. Чим небезпечне переїдання [електронний ресурс]. Буковинський державний медичний університет. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6991-chim-nebezpechne-pereidannya/> (дата звернення: 10.11.2024).
12. Юр'єва, Л. М., Огоренко, В. В., Шорніков, А. В., & Кокашинський, В. О. (2022). Валідація української версії Шкали компульсивного переїдання. Діагностика та лікування психічних та наркологічних розладів. Режим доступу: [https://repo.dma.dp.ua/7816/1/Валідація української версії шкали компульсивного переїдання.pdf](https://repo.dma.dp.ua/7816/1/Валідація_української_версії_шкали_компульсивного_переїдання.pdf).
13. Abene, J. A., Tong, J., Minuk, J., Lindenfeldar, G., Chen, Y., & Chao, A. M. (2023). Food insecurity and binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 56(7), 1301-1322. <https://doi.org/10.1002/eat.23956>
14. Amianto, F., Lavagnino, L., Abbate-Daga, G., & Fassino, S. (2011). The forgotten psychosocial dimension of the obesity epidemic. The

Lancet, 378(9802), 1807–1808.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61778-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61778-9)

15. Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15, 70. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>
16. Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., Lehtinen, M., & Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-41>
17. Baenas, I., Miranda-Olivos, R., Solé-Morata, N., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2023). Neuroendocrinological factors in binge eating disorder: A narrative review. *Psychoneuroendocrinology*, 150, 106030. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106030>
18. Bernabéu-Brotóns, E., & Marchena-Giráldez, C. (2022). Emotional Eating and Perfectionism as Predictors of Symptoms of Binge Eating Disorder: The Role of Perfectionism as a Mediator between Emotional Eating and Body Mass Index. *Nutrients*, 14(16), 3361. <https://doi.org/10.3390/nu14163361>
19. Binge-Eating Scale (BES). Режим доступа: <https://novopsych.com.au/eating/binge-eating-scale-bes/>
20. Boggiano, M. M., Burgess, E. E., Turan, B., Soleymani, T., Daniel, S., Vinson, L. D., Lokken, K. L., Wingo, B. C., & Morse, A. (2014). Motives for eating tasty foods associated with binge-eating: Results from a student and a weight-loss seeking population. *Appetite*, 83, 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.026>
21. Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van der Kaap-Deeder, J., & Verstuyf, J. (2014). Self-critical perfectionism and binge eating

- symptoms: A longitudinal test of the intervening role of psychological need frustration. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 363–373. <https://doi.org/10.1037/a0036418>
22. Brosof, L. C., & Levinson, C. A. (2016). Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six-month three-wave longitudinal study. *Appetite*, 107, 295-304. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.015>
23. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., et al. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*, 165(6), 409-420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
24. Burgess, E. E., Turan, B., Lokken, K. L., Morse, A., & Boggiano, M. M. (2014). Profiling motives behind hedonic eating: Preliminary validation of the Palatable Eating Motives Scale. *Appetite*, 72, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.016>
25. Casale, S., Fioravanti, G., Rugai, L., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2019). What Lies Beyond the Superordinate Trait Perfectionism Factors? The Perfectionistic Self-Presentation and Perfectionism Cognitions Inventory Versus the Big Three Perfectionism Scale in Predicting Depression and Social Anxiety. *Journal of Personality Assessment*, 102(3), 370–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1573429>
26. Corbin, W. R., Papova, A., Morean, M. E., O'Malley, S. S., Krishnan-Sarin, S., Abi-Dargham, A., Anticevic, A., Pearlson, G., Petrakis, I., Pittman, B. P., & Krystal, J. H. (2015). Integrating acquired preparedness and dual process models of risk for heavy drinking and related problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 864–874. <https://doi.org/10.1037/adb0000093>
27. Crawford, J. R., & Howell, D. C. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry,

- anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 49-60.
<https://doi.org/10.1023/A:1005546719860>
28. Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3), 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>
29. Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6), 522–529. doi:10.1017/S1092852915000462
30. De Young, K. P., Zander, M., & Anderson, D. A. (2014). Beliefs about the emotional consequences of eating and binge eating frequency. *Eating Behaviors*, 15(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.012>
31. Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
32. Dong, W., Li, M., He, M., & Li, Z. (2021). Experimental testing and analytical modeling of Glulam moment connections with self-drilling dowels. *Journal of Structural Engineering*, 147(5), 04021047. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ST.1943-541X.0002977](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ST.1943-541X.0002977)
33. DSM-5: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
34. DSM-IV: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
35. Fallahchai R, Fallahi M, Moazen Jami A. (2019). Well-being and Perfectionism in Students: Adaptive versus Maladaptive. *IEEPJ*. 1(3), 222-230. doi:10.29252/ieepj.1.3.222

36. Fallahchai, R., Fallahi, M., & Moazen Jami, A. (2019). Well-being and Perfectionism in Students: Adaptive versus Maladaptive. *IIEPJ*, 1(3), 222-230. <https://doi.org/10.29252/ieepj.1.3.222>
37. Fox, C. K., Northrop, E. F., Rudser, K. D., Ryder, J. R., Kelly, A. S., Bensignor, M. O., Bomberg, E. M., Bramante, C. T., & Gross, A. C. (2021). Contribution of Hedonic Hunger and Binge Eating to Childhood Obesity. *Childhood Obesity*, 17(4). <https://doi.org/10.1089/chi.2020.0177>
38. Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., et al. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(16). <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
39. Grilo, C. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Wilson, G. T., & Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: Findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(6), 1335–1344. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002506>
40. Herman, B. K., Deal, L. S., DiBenedetti, D. B., Nelson, L., Fehnel, S. E., & Brown, T. M. (2015). Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(2), doi:10.4088/PCC.15m01896.
41. Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional Perfectionism and Burnout: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 269-288. <https://doi.org/10.1177/1088868315596286>
42. Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H. et al. Understanding the link between body image and binge eating: a model comparison approach. *Eat Weight Disord* 20, 81–89 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0141-4>
43. Hutson, P. H., Balodis, I. M., & Potenza, M. N. (2018). Binge-eating disorder: Clinical and therapeutic advances. *Pharmacology &*

Therapeutics, 182, 15-27.

<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.08.002>

44. Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. Á., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., Beato-Fernandez, L., & Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*, 230(3), 932-939.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.020>
45. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
46. Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 223-238.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
47. Kim, L. E., Chen, L., MacCann, C., Karlov, L., & Kleitman, S. (2015). Evidence for three factors of perfectionism: Perfectionistic Strivings, Order, and Perfectionistic Concerns. *Personality and Individual Differences*, 84, 16-22.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.033>
48. Kim, L. E., Chen, L., MacCann, C., Karlov, L., & Kleitman, S. (2015). Evidence for three factors of perfectionism: Perfectionistic Strivings, Order, and Perfectionistic Concerns. *Personality and Individual Differences*, 84, 16-22.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.033>.
49. Koren, R., Munn-Chernoff, M. A., Duncan, A. E., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Heath, A. C., & Agrawal, A. (2014). Is the Relationship Between Binge Eating Episodes and Personality

- Attributable to Genetic Factors? Twin Research and Human Genetics, 17(2), 65–71. <https://doi.org/10.1017/thg.2013.92>
50. Leslie, M., Turton, R., Burgess, E., Nazar, B. P., & Treasure, J. (2018). Testing the addictive appetite model of binge eating: The importance of craving, coping, and reward enhancement. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 541-550. <https://doi.org/10.1002/erv.2621>
51. Madigan, D. J., Stoeber, J., & Passfield, L. (2014). Perfectionism and burnout in junior athletes: A three-month longitudinal study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 37(3), 305-315. <https://doi.org/10.1123/jsep.2014-0266>
52. Merwin, K. E., Mackinnon, S. P., & O'Connor, R. M. (2022). Socially prescribed perfectionism predicts next-day binge eating behaviors over 20 days. *Journal of Counseling Psychology*, 69(4), 554-564. <https://doi.org/10.1037/cou0000576>
53. Naumann, E., Svaldi, J., Wyschka, T., Heinrichs, M., & von Dawans, B. (2018). Stress-induced body dissatisfaction in women with binge eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(6), 548-558.
54. Novelle, M. G., & Diéguez, C. (2018). Food Addiction and Binge Eating: Lessons Learned from Animal Models. *Nutrients*, 10(1), 71. <https://doi.org/10.3390/nu10010071>
55. Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
56. Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>

57. Phillips, K. E., Kelly-Weeder, S., & Farrell, K. (2016). Binge eating behavior in college students: What is a binge? *Applied Nursing Research*, 30, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.011>
58. Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, Anxiety, and Depressive Distress: Evidence for the Mediating Role of Negative Automatic Thoughts and Anxiety Sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477–483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>
59. Pruccoli, J., Mack, I., Klos, B., Schild, S., Stengel, A., Zipfel, S., Giel, K. E., & Schag, K. (2023). Mental Health Variables Impact Weight Loss, Especially in Patients with Obesity and Binge Eating: A Mediation Model on the Role of Eating Disorder Pathology. *Nutrients*, 15(18), 3915. <https://doi.org/10.3390/nu15183915>
60. Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2022). Substance Use Disorder and Anxiety, Depression, Eating Disorder, PTSD, and Phobia Comorbidities Among Individuals Attending Residential Substance Use Treatment Settings. *Journal of Dual Diagnosis*, 18(3), 165-176. <https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2090648>
61. Roh, E., Song, D., & Kim, M. S. (2016). Emerging role of the brain in the homeostatic regulation of energy and glucose metabolism. *Experimental and Molecular Medicine*, 48, e216. <https://doi.org/10.1038/emm.2016.4>
62. Schulte, E. M., Grilo, C. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, 44, 125-139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001>
63. Sheehan, D. V., & Herman, B. K. (2015). The Psychological and Medical Factors Associated With Untreated Binge Eating Disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(2), 10.4088/PCC.14r01732. <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01732>

64. Slof-Op't Landt, M. C. T., Claes, L., & van Furth, E. F. (2016). Classifying eating disorders based on "healthy" and "unhealthy" perfectionism and impulsivity. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 673-680. <https://doi.org/10.1002/eat.22557>
65. Smith, M. M., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Sherry, S. B. (2016). The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 670-687. <https://doi.org/10.1177/0734282916651539>
66. Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Stewart, S. H., Saklofske, D. H., & Mushquash, A. R. (2017). Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 26, 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.001>
67. Soltani, M., Salehi, B., & Kheirabadi, G. (2024). Explaining the relationship between perfectionism and binge eating disorder in female college students: The mediating role of cognitive emotion regulation. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 12(1), 67-80. URL: <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-901-en.html>
68. Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 50, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101769>
69. Stoeber, J. (2020). Perfectionism. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2027
70. Stoeber, J. How Other-Oriented Perfectionism Differs from Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism: Further Findings. *J Psychopathol Behav Assess* 37, 611–623 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9485-y>

71. Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*, 104, 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.039>
72. Stoeber, J., Damian, L. (2016). Perfectionism in Employees: Work Engagement, Workaholism, and Burnout. In: Sirois, F., Molnar, D. (eds) *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_12
73. Stoeber, J., Madigan, D. J., & Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Personality and Individual Differences*, 161, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109846>
74. Trojanowski, P. J., Adams, L. M., & Fischer, S. (2019). Understanding profiles of student binge drinking and eating: The importance of motives. *Addictive Behaviors*, 96, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.04.025>
75. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: Results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
76. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: Results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
77. Vacca, M., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2020). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *Eating Disorders Review*, 29(3), 32-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2793>

78. Vanstone, D. M., & Hicks, R. E. (2019). Transitioning to university: Coping styles as mediators between adaptive-maladaptive perfectionism and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 141, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.010>
79. Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., & Sánchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(101). Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-023-00817-9>
80. Voon, V. (2015). Cognitive biases in binge eating disorder: the hijacking of decision making. *CNS Spectrums*, 20(6), 566–573. doi:10.1017/S1092852915000681
81. Ward, P., & Rouzer, D. L. (1974). The Nature of Pathological Functioning From a Gestalt Perspective. *The Counseling Psychologist*, 4(4), 24-27. <https://doi.org/10.1177/001100007400400409>
82. Wilfley, D. E., Citrome, L., & Herman, B. K. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2213–2223. <https://doi.org/10.2147/NDT.S107777>

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЇДАННЯ – ВІДПОВІДІ
РЕСПОНДЕНТІВ

Протягом останніх 3 місяців чи були у Вас епізоди надмірного переїдання (наприклад, ви їли значно більше, ніж більшість людей з'їли би за той же період часу)	Ви почуваетесь занепокоєно через епізоди надмірного переїдання?	Протягом останніх 3 місяців... Під час епізодів надмірного переїдання як часто Ви відчували, що втрачаєте контроль над собою (наприклад, не могли зупинитися їсти, вважали необхідністю продовжувати їсти)?	Протягом останніх 3 місяців... Під час нападів переїдання як часто Ви продовжували їсти, хоча і не були голодні?
Так	Так	Інколи	Часто
Так	Ні	Інколи	Часто
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Так	Так	Інколи	Інколи
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Так	Так	Часто	Часто
Ні			
Ні			
Ні			
Так	Так	Ніколи або зрідка	Інколи
Так	Так	Інколи	Інколи
Так	Ні	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка
Так	Ні	Інколи	Інколи

Так	Так	Інколи	Часто
Так	Так	Інколи	Завжди
Так	Так	Ніколи або зрідка	Інколи
Ні			
Так	Так	Ніколи або зрідка	Часто
Так	Так	Часто	Часто
Так	Так	Завжди	Часто
Так	Ні	Інколи	Інколи
Так	Так	Часто	Часто
Так	Ні	Інколи	Інколи
Так	Так	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Так	Ні	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка
Так	Так	Завжди	Завжди
Так	Так	Ніколи або зрідка	Часто
Так	Ні	Інколи	Інколи
Ні			
Ні			
Ні			
Так	Так	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка
Так	Так	Часто	Завжди
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Ні			
Ні			
Так	Так	Часто	Інколи
Так	Так	Інколи	Часто
Так	Так	Інколи	Інколи
Ні			
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Ні			
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Так	Так	Інколи	Інколи
Так	Ні	Інколи	Інколи
Ні			

Ні			
Ні			
Ні			
Так	Так	Часто	Часто
Ні			
Так	Так	Інколи	Інколи
Так	Так	Часто	Часто
Так	Так	Часто	Часто
Ні			
Так	Так	Інколи	Часто
Так	Ні	Інколи	Інколи
Так	Так	Часто	Часто

Протягом останніх 3 місяців...	Протягом останніх 3 місяців...	Протягом останніх 3 місяців...	Результат
Наскільки часто Ви почувалися дискомфортно під час цих епізодів?	Під час нападів, як часто Ви відчували огиду до себе чи вину через переїдання?	Протягом останніх 3 місяців, як часто Ви викликали в себе блювання для того, щоб контролювати власну вагу та форму?	
Завжди	Завжди	Ніколи або зрідка	позитивний
Інколи	Інколи	Ніколи або зрідка	негативний
			негативний
			негативний
			негативний
			негативний
			негативний
Інколи	Часто	Ніколи або зрідка	позитивний
			негативний
			негативний
			негативний
			негативний
			негативний
Завжди	Часто	Ніколи або зрідка	позитивний
Інколи	Інколи	Ніколи або зрідка	позитивний
			негативний
			негативний

			негативний
Завжди	Завжди	Ніколи або зрідка	позитивний
Інколи	Інколи	Ніколи або зрідка	позитивний
Ніколи або зрідка	Інколи	Ніколи або зрідка	негативний
			негативний
			негативний
			негативний
			негативний
Завжди	Завжди	Ніколи або зрідка	позитивний
			негативний
Інколи	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка	негативний
Часто	Інколи	Ніколи або зрідка	позитивний
Часто	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка	негативний
			негативний
Часто	Інколи	Ніколи або зрідка	позитивний
Інколи	Ніколи або зрідка	Ніколи або зрідка	негативний
Часто	Інколи	Ніколи або зрідка	позитивний

РОЗРАХУНКИ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ТА ЖОРСТКОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ

Results

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²	RMSE	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.131	0.0172	5.47	0.474	1	27	0.497

Note. Models estimated using sample size of N=29

Model Coefficients - Комппульсивне переїдання

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	19.792	3.62	5.474	<.001
Жорсткий перфекціонізм	0.741	1.08	0.688	0.497

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²	RMSE	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.249	0.0620	5.34	1.78	1	27	0.193

Note. Models estimated using sample size of N=29

Model Coefficients - Комппульсивне переїдання

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	17.46	3.67	4.75	<.001
Загальний рівень перфекціонізму	1.64	1.22	1.34	0.193

РОЗРАХУНКИ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ НАРЦИСИЧНОГО ТА САМОКРИТИЧНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²	RMSE	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.251	0.0628	5.34	1.81	1	27	0.190

Note. Models estimated using sample size of N=29

Model Coefficients - Комппульсивне переїдання

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	17.68	3.50	5.05	<.001
Самокритичний перфекціонізм	1.36	1.01	1.34	0.190

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²	RMSE	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.231	0.0535	5.37	1.52	1	27	0.228

Note. Models estimated using sample size of N=29

Model Coefficients - Комппульсивне переїдання

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	18.92	2.83	6.69	<.001
Нарцисичний перфекціонізм	1.45	1.18	1.23	0.228