

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
ЗАЛЕЖНІСТЬ ТИПІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ
ВІД ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДНИКІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр»

з напрямку 053 «Психологія»

ОНП «Клінічна психологія з основами психотерапії»

Студентки ОКР «Магістр»

Нещерет Анни Сергіївни

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор

Крупельницька Людмила Францівна

Допустити до захисту на ЕК №2

Протокол № _____ від _____

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології:

д. психолог. наук, проф. Крупельницька Людмила Францівна

(підпис)

КИЇВ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	9
1.1. Харчова поведінка як предмет психологічного вивчення.....	9
1.2. Психологічні чинники харчової поведінки.....	26
1.3. Наукові підходи до розуміння перфекціонізму як чинника харчової поведінки.....	35
Висновки до розділу 1	40
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ТИПІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДНИКІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ	42
2.1. Концептуальна модель та гіпотези.....	42
2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження.....	44
2.1.1. Етапи емпіричного дослідження.....	45
2.1.2. Характеристика психодіагностичних методик.....	45
2.3. Формування вибірки та збір даних.....	55
Висновки до розділу 2	56
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ТИПІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДНИКІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ	59
3.1. Первинна обробка отриманих даних.....	59
3.2. Первинна діагностика типів харчової поведінки та психологічних складників перфекціонізму.....	66
3.2.1. Первинна діагностика типів харчової поведінки за допомогою	

Голландського опитувальника харчової поведінки.....	66
3.2.2. Первинна діагностика психологічних складників перфекціонізму за допомогою Великої тривимірної шкали перфекціонізму.....	69
3.3. Встановлення зв'язків між психологічними складниками перфекціонізму та типами порушення харчової поведінки.....	78
3.4. Дослідження психологічних складників перфекціонізму як предикторів типів порушення харчової поведінки.....	88
Висновки до розділу 3.....	93
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97
ДОДАТКИ.....	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АН – анорексія нервова

БН – булімія нервова

КП – компульсивне переїдання

ОН – нервова орторексія

ПЗ – перфекціоністські занепокоєння

ПП – перфекціоністські прагнення

ПХП – порушення харчової поведінки

РХП – розлад харчової поведінки

ТПХП – тип порушення харчової поведінки

ТХП – тип харчової поведінки

ХП – харчова поведінка

DEBQ – The Dutch Eating Behavior Questionnaire

TBTPS – The Big Three Perfectionism Scale

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Розлади харчової поведінки (РХП) займають друге місце за смертністю серед психічних розладів. Їх поширеність від початку 21 століття уже подвоїлася й продовжує зростати – від 3,5% до 7,8% [41].

Кількість людей, що страждає від нав'язливих думок щодо їжі, стурбованості виглядом тіла та вагою, які супроводжують людей із порушеннями харчової поведінки (ПХП) на регулярній основі, продовжує зростати. Це відбувається на фоні оголошеного повернення у 2020-х епохи «героїнового шику», якій характерні стандарти краси, сформовані надвимогами до худорлявості тіла [68].

Бажання соціальної приналежності підштовхує до зіставлення себе із вимогами соціуму. У випадку, якщо ці стандарти жорсткі й обмежені, вони мають потенціал чинити психологічний тиск на усіх, хто їм не відповідає, а саме на більшість людей. Наразі наявна двояка картина: з одного боку, лідерами думок та медіа транслюється риторика бодіпозитиву та прийняття свого тіла, з іншого боку, ті ж лідери думок й медіа у своїй більшості продовжують транслювати конкретні форми або необхідні кроки на шляху до них.

Тема ПХП та РХП тісно переплітається із темою стандартів – як соціально-приписаних, так і особистісних. У даному контексті доцільним виступає звернення до феномену перфекціонізму – прагненню до бездоганності, що детермінує обсяг особистісних вимог індивіда, попри спроможність їм відповідати. Саме тому дане дослідження спрямоване на проведення паралелей та виявлення зв'язку між психологічними складниками перфекціонізму як багатовимірною явища та типами харчової поведінки (ТХП), які здатні слугувати передумовою розвитку того чи іншого ПХП або РХП.

Проблема перфекціонізму й ПХП розглядалася низкою українських та закордонних дослідників. З тематикою ПХП серед українських вчених працювали Л. Абсалямова, Л. Бурлачук, П. Карпенко, Н. Чубарова, В. Шебанова, С. Шеремета та інші; серед іноземних – Г. Брах, М. Вудман, Г. Меллі, С. Левінсон, М. Соарес, Х. Фейрбьорн та інші. Тематику перфекціонізму серед українських вчених досліджували Т. Грубі, Л. Карамушка, М. Лемещук, Г. Чепурна та інші; серед

іноземних А. Баленсіо, Л. Бамбері, Л. Брософ, М. Вакка, Х. Вотсон, П. Гуал, Дж. Кастро-Форніелс, Х. Левінсон, К. Лімбург, К. Ломбардо, Дж. Флет, П. Хьюїт та інші.

К. Лімбург та Х. Вотсон здійснили метааналіз щодо виникнення психопатологій у зв'язку із вираженістю загальних психологічних складників перфекціонізму, тоді як Б. Майя та М. Соарес зосередилися на зв'язку перфекціонізму з обсесивно-компульсивним розладом та РХП. М. Вакка, А. Балесіо та К. Ломбардо досліджували зв'язок перфекціонізму з окремими симптомами РХП у дорослих. Дж. Кастро-Форніелес збузив фокус і займався дослідженням ролі орієнтованого на себе перфекціонізму у формуванні РХП. Серед українських вчених Л. Абсалямова розглядала перфекціонізм як один із психологічних чинників РХП у жінок.

Маловивченими залишаються питання зв'язку ПХП та РХП із типами перфекціонізму та його більш деталізованими психологічними складниками, що зазначили М. Вакка, А. Балесір та К. Ломбардо у результаті проведеного дослідження на тему зв'язку перфекціонізму із РХП. Також недостатньо дослідженою залишається здатність типів та психологічних складників перфекціонізму виступати предикторами ТПХП.

Мета дослідження: проаналізувати залежність типів порушення харчової поведінки від психологічних складників перфекціонізму.

Завдання дослідження:

1. здійснити теоретико-методологічний аналіз перфекціонізму як психологічного чинника ПХП;
2. встановити рівень вираженості психологічних складників перфекціонізму в досліджуваних та визначити характерні їм ТХП;
3. виявити зв'язки між психологічними складниками перфекціонізму та ТПХП;
4. проаналізувати типи та психологічні складники перфекціонізму як потенційні предиктори ТПХП.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка.

Предмет дослідження: залежність ТПХП від психологічних складників перфекціонізму.

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс із теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження:

- **теоретичні:** аналіз, синтез й узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми й опрацювання отриманих результатів; методи статистичного опрацювання даних;
- **емпіричні:** спостереження, бесіда, анкетування, тестування.

Методики: Голландський опитувальник харчової поведінки – The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) та Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шері – The Big Three Perfectionism Scale (в адаптації Т. Грубі).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описових статистик, кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції рангу Спірмена, виявлення статистично значущих відмінностей за U-критерієм Манна-Уїтні та регресійного аналізу за коефіцієнтом регресії.

База дослідження. У дослідженні взяли участь 120 респондентів, серед яких 103 жінки та 17 чоловіків віком від 12 до 47 років. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вперше:

- встановлено наявність зв'язку самокритичного типу перфекціонізму із трьома ТПХП серед жінок та виявлено, що він виступає предиктором кожного з них, причому визначено конкретні психологічні складники самокритичного перфекціонізму, які виступають предикторами конкретних ТПХП;
- встановлено наявність зв'язку жорсткого типу перфекціонізму із двома ТПХП серед жінок – обмежувальним та емоціогенним – та виявлено, що

він виступає предиктором обох, насамперед обмежувального, причому визначено конкретні психологічні складники жорсткого перфекціонізму, які виступають предикторами конкретних ТПХП.

Набули подальшого розвитку положення про:

- наявність зв'язку між перфекціонізмом та ПХП, а також здатність перфекціонізму виступати предиктором ПХП;
- вищу поширеність ПХП серед жінок, аніж чоловіків;
- відмінність психологічних чинників ПХП між жінками та чоловіками.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами та психотерапевтами у роботі із клієнтами, що страждають на ПХП та РХП.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 76 найменування та 2 додатки. Дослідження містить 22 таблиці і 12 рисунків. Основний зміст викладено на 96 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 108 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Харчова поведінка як предмет психологічного вивчення

Харчова поведінка (ХП) – це низка дій, спрямованих на задоволення вітальних потреб людини, у точці їх контакту із культурою харчування, притаманною середовищу, у якому ці потреби задовольнятимуться. Тому її походження має не біологічну, а біосоціальну природу [1]. Даний термін по-різному описується авторами, оскільки виступає збірним поняттям відносно форм поведінки, звичок, смакових уподобань, емоційного супроводу споживання їжі тощо, які є індивідуальними для кожної особистості – для кожного природний процес харчування здатен мати власні смисли, зміст, спрямованість [18].

У даному пункті окреслюється феномен «харчування» або ж «харчової поведінки» у контексті психологічних вчень, що знайшло відображення у типології ХП, та його вплив на психологічний стан індивіда – це спрямовано на висвітлення значущості харчування у контексті психологічного добробуту. Також розглядаються сценарії, коли природна ХП порушується із психологічних причин, що може призвести до ПХП, надано їх опис та опис трьох основних РХП, до яких можуть поглибитися ПХП.

Роль харчування у психологічному добробуті. Відповідно до піраміди потреб Маслоу, представника гуманістичного напрямку психотерапії, харчування належить до базових фізіологічних потреб, що формують першу із п'яти сходинок піраміди – її основу (рис. 1.1) [57].

Піраміда потреб Маслоу

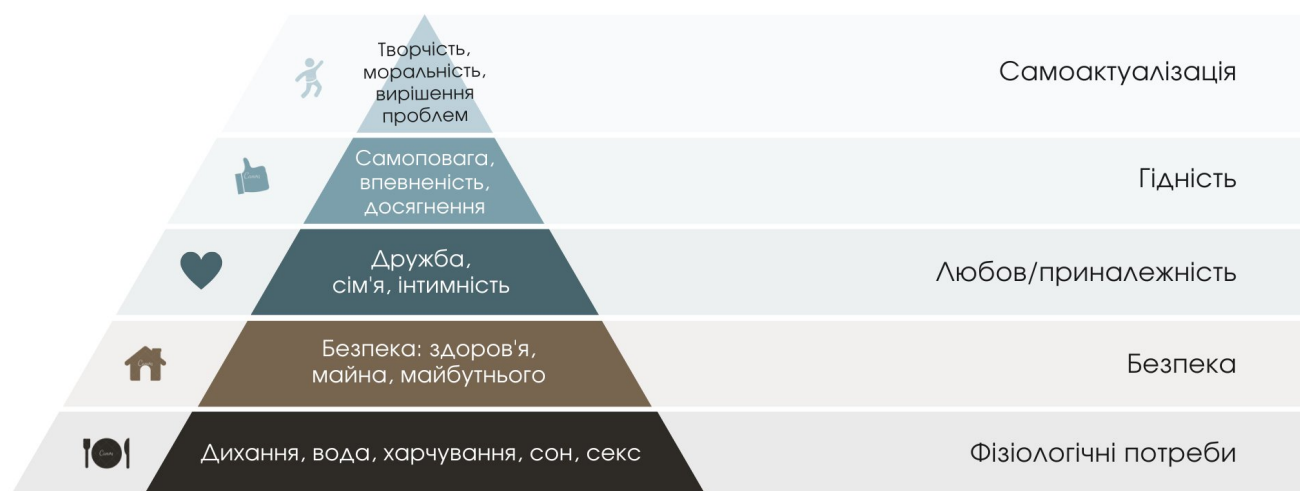


Рис. 1.1. Піраміда потреб Маслоу. Складено авторкою за джерелом [57]

Як наслідок, труднощі, що виникають із харчуванням можуть ускладнювати просування пірамідою вгору для задоволення решти потреб – потреби у безпеці, соціальних потреб, потреби у повазі та самоактуалізації.

У контексті фізіології функція харчування полягає у збалансуванні енергетичних ресурсів організму. Досягається це шляхом залучення усіх систем організму: харчування – це єдиний фізіологічний процес, якому це притаманно [18]. У контексті психології харчування можна розглядати як базову потребу, підґрунтям до задоволення якої слугує сигнал із мозку (нейропсихологія), форму контакту зі світом (гештальт-терапія), відображенням відносин із материнською фігурою як годувальницею (психоаналітичний підхід), відображення культурних традицій (соціальна психологія).

При цьому серед ключових функцій їжі енергетична – надавати поживні речовини, які мусять компенсувати енерговитрати організму, та пластична – ці поживні речовини мають слугувати матеріалом для самовідновлення організму [7]. Споживання їжі природно формує процес, у якому людина має отримувати насолоду як від задоволення потреби, так і від смакових властивостей їжі (мотиваційна функція їжі).

Однак у випадку, коли природний процес порушується й асоціативні забарвлення від їжі із позитивних перетворюються в негативні – задоволення та

радість замінюються почуттям провини, соромом тощо, – формується основа для дистресу від їжі. Відхилення від нормальної ХП проявляється також у тому, що мотиваційна функція їжі перетворюється на «терапевтичну» й виходить на перший план. Унаслідок цього відбувається спотворення механізмів реалізації енергетичної та пластичної функції їжі, необхідних для підтримки гомеостазу організму. Порушення харчування через підміну його ролі може призвести до порушення гомеостазу організму, необхідного для його якісного функціонування особистості, підриваючи її здоров'я та психологічний добробут.

Враховуючи те, що обмін речовин та енергії виступають основою життєдіяльності та найважливішою характеристикою живої матерії, його порушення у короткотривалій перспективі може підірвати поточні процеси становлення особистості, ускладнюючи людині задоволення інших загальнолюдських потреб й підняття вверх пірамідою Маслоу, а у довготривалій – мати руйнівні наслідки для людського організму, що теж ускладнюватиме процеси самоактуалізації [7]. Крім того, речовини, що надходять із їжею, мають вплив на свідомість шляхом впливу на нейромедіатори, а також на гормональний фон та решту систем, що відображається на стані ясності свідомості індивіда [16].

Харчування як складова психологічного добробуту також розглядається в парадигмі позитивної психотерапії Н. Пезешкіана. Один із її ключових концептів звучить наступним чином: «щаслива не та людина, у якої немає проблем, а та людина, яка вміє їх вирішувати». Для імплементації цього розуміння у життя людина має прагнути до балансу у житті, який би створив сприятливий фон для такого світогляду й стану свідомості. Бачення такого балансу Н. Пезешкіан запропонував у своїй балансовій моделі.

Відповідно до неї людина має прагнути до рівномірного розподілу 100% енергії між наступними сферами:

- 25% – сфера тіла (відчуттів);
- 25% – сфера діяльності (розуму);
- 25% – сфера контактів (традицій);
- 25% – сфера сенсів (фантазії, уява) [19; 30].

Взаємодія цих сфер нагадує вершника, який цілеспрямовано (діяльність) прямує до цілі (фантазія), для чого йому необхідно мати міцного коня (тіло) й помічників на випадок падіння, щоб якомога швидше піднятися (контакти). На переконання Пезешкіана, стан рівноваги сприятиме тому, що життєвим подіям буде складніше збити нас із вектора руху [3].

Балансова модель із вказаним розподілом між сферами схематично зображена на рис. 1.2.

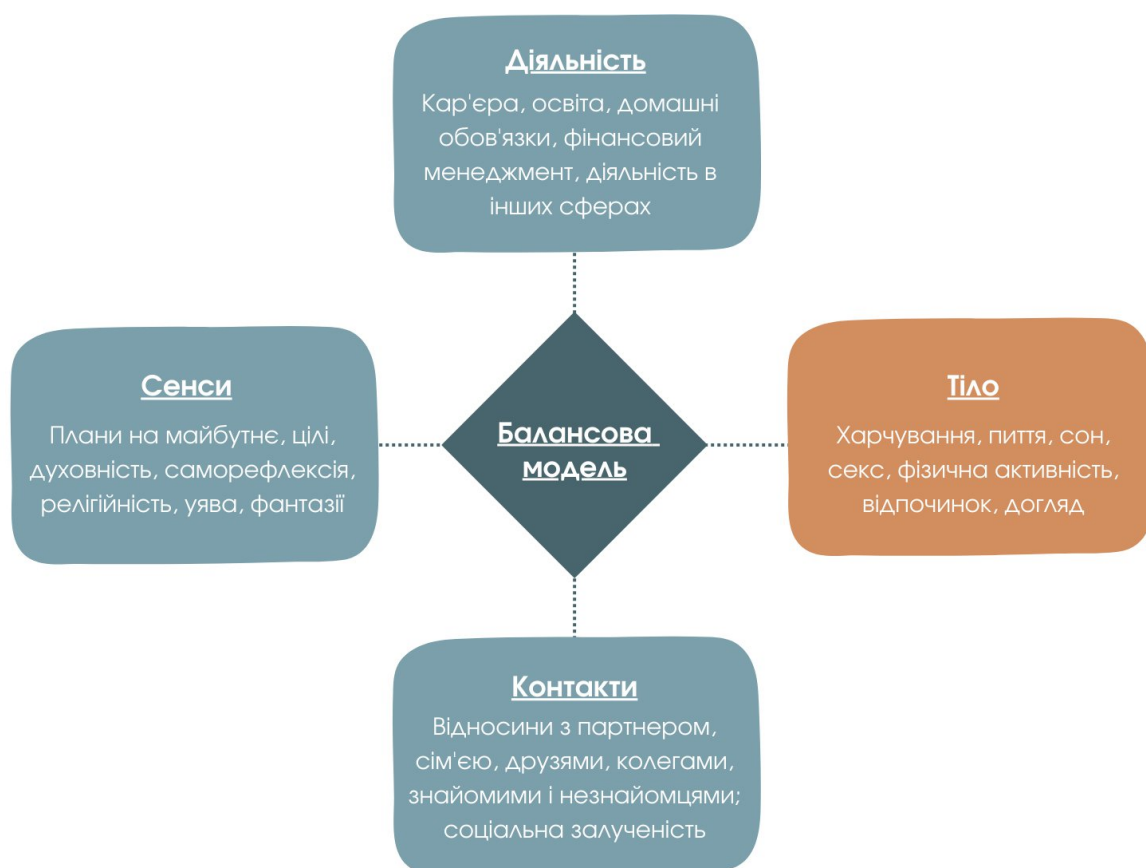


Рис. 1.2. Балансова модель Н. Пезешкіана. Складено авторкою за джерелом [30]

«Зміцнення коня» відбувається завдяки харчуванню, що виступає ключовим аспектом сфери «тіло», яку ще інколи трактують як «здоров'я» [30]. На відміну від Маслоу, який розглядає задоволення нижчих потреб (серед яких і харчування) у контексті відкриття можливості до задоволення вищих потреб, Пезешкіан у своїй балансовій моделі увагу зосереджує на розподілу уваги між цими потребами, згрупувавши їх у чотири сфери, пропонуючи надавати сфері тіла стільки ж уваги,

стільки й сфері діяльності, сенсів та контактів.

В обох випадках харчування виступає вагомим складником психологічного добробуту людини: виходячи із наведеної метафори про вершника і коня, вершнику буде складно цілеспрямовано (діяльність) рухатися до цілі (сенси), паралельно встановлюючи й підтримуючи якісну взаємодію із помічниками (контактами), якщо його кінь (тіло) зупиниться.

Від складових балансової моделі Пезешкіана можна провести змістовні паралелі із моделлю 4-х функцій психоаналітика К. Г. Юнга (рис. 1.3).

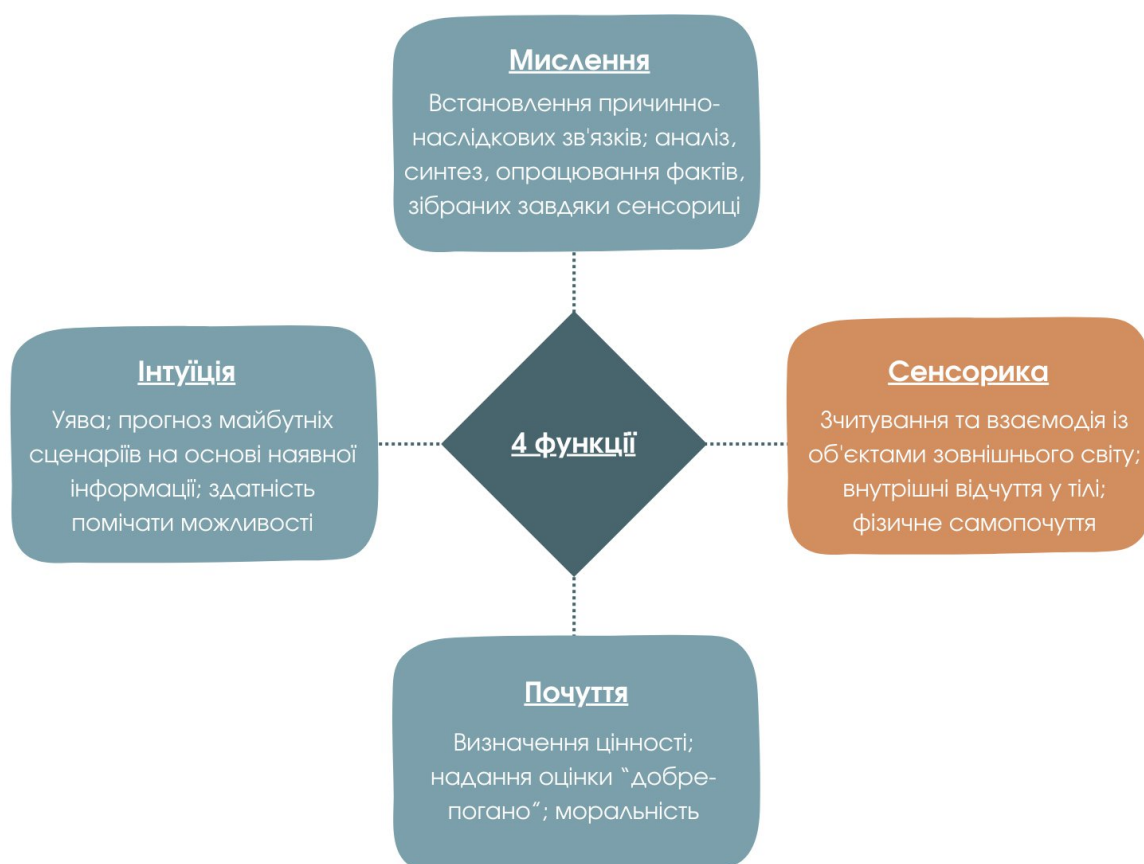


Рис. 1.3. Чотири психічні функції за Юнгом. Складено авторкою за джерелом [49]

За Юнгом, реалізація прагнення до їх гармонійної взаємодії призводить до формування 5-ї трансцендентної функції, що стимулює процес індивідуації особистості та її якісне становлення (самоактуалізації за Маслоу) [49].

Сфері тіла Пезешкіана відповідатиме функція сенсорики за Юнгом, адже через тіло відбувається як екстероцепція, так і інтероцепція. Юнгіанська психоаналітикиня М. Вудман у результаті проведення асоціативного експерименту

та клінічних спостережень сформувала наступну гіпотезу: у людей із порушеннями харчової поведінки функція «сенсорики найменш розвинена» [75].

Як наслідок, відновлення зв'язку із нею сприятиме налагодженню ХП та підвищенню якості життя загалом. Якщо ХП порушується, функція сенсорики через інтероцепцію сигналізуватиме про це погіршенням самопочуття, що ускладнюватиме гармонійну взаємодію інших функцій та розкриття трансцендентної функції, обмежуючи самоактуалізацію.

У праці «Структура та динаміка психічного» К.Г. Юнг відзначає: «Голод є проявом інстинкту самозбереження та одним із перших та найсильніших факторів, що впливають на поведінку; життя первісних людей сильніше обумовлені ним, аніж сексуальністю (посилання на Фрейда). Голод – це альфа і омега – саме існування» [45].

Як наслідок, порушення харчування спроможне різко змінювати людську поведінку, адже під загрозу ставитиметься її виживання, що пріоритезуватиме відповідний інстинкт. Внутрішня напруга негативно відобразиться на психологічному стані особистості й відволікатиме її від досягнення інших особистісно значущих цілей.

Отже, результат балансу за Юнгом – якісне підґрунтя для становлення особистості, тоді як результат балансу за Пезешкіаном – спроможність розв'язувати проблеми, з якими зіштовхується людина. Такі результати встановлення балансу мають однакову спрямованість – обидва формують підґрунтя для якісного життя. Відмінність полягає лише у тому, що Юнг формує це бачення більш об'ємно, охоплюючи як свідоме, так і несвідоме, як матеріальне, так і духовне, тоді як бачення результатів встановлення балансу Пезешкіаном має більш матеріалістичний характер, зважаючи на його напрям психотерапії. Адже в основі назви «позитивна психотерапія» лежить латинське слово «positum», який перекладається як «фактичний», «даний», «той, що існує насправді» [3].

Як висновок, харчування відіграє вагомий роль у підтримці психологічного добробуту особистості – моделі, окреслені Маслоу, Пезешкіаном та Юнгом охоплюють аспект тіла, харчування, самопочуття на основі споживання їжі та

здатності до самоактуалізації особистості, виходячи із якісного задоволення потреб у макро та мікронутрієнтах, й навпаки – перешкодження процесу становлення особистості, якщо потреби у їжі не задовольняються або задовольняються неякісно, хаотично.

Безумовно, бувають критичні ситуації, за яких якісне задоволення потреби у харчуванні стає неможливим через об'єктивні зовнішні причини – війна, злидні, втручання під час операції, хвороба тощо. Але мають місце й випадки, коли індивід, який має вільний доступ до їжі та фізичний стан, який не перешкоджає якісному задоволенню потреби у їжі, зіштовхується із порушеннями харчування та його наслідками. Така ситуація формується через психологічні чинники, які призводять до відходу від природної ХП, спрямованої на задоволення фізіологічної потреби, до ХП, спрямованої на задоволення інших потреб, зокрема емоційної, потреби у любові, турботі тощо.

У цьому випадку нейромедіатори, які формуються в організмі від якісної взаємодії із соціумом, встановлення й досягнення цілей у соціальному середовищі, індивід намагається компенсувати через взаємодію із їжею, яка впливаючи на мозок та гормональну систему спроможна викликати подібні «штучні» відчуття. Під час наукових досліджень впливу психологічних чинників на фізіологічний процес харчування здорової людини було виведено три основні ТПХП, розгляд яких наведено у наступному підрозділі [44; 61; 62; 63].

Типи порушення харчової поведінки. Порушення харчової поведінки (за Л. Абсальямовою) – це «система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування (стереотип харчування), які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини внаслідок надмірного або недостатнього споживання їжі, але не є хворобою» [22].

У різних періодах життя здорова ХП може зазнавати деформації, при цьому не спричиняючи вагомих наслідків для здоров'я, пов'язаних із РХП, які детальніше описуються далі. Проте у перспективі деформована ХП за впливу несприятливих зовнішніх умов та її поглиблення може призвести до маніфестації РХП.

Розглянемо підґрунтя відмінності здорової ХП від порушеної. Юнгіанська

психотерапевтка М. Вудман спираючись на власні дослідження та напрацювання із ендокринології та гістології відзначила, що людина, яка керується у першу чергу не внутрішніми фізіологічними, а зовнішніми та психологічними факторами, більш детальний розгляд яких наведено у пункті 1.2 – перед споживанням їжі схильна плутати «голод» та «апетит». Голод – це усвідомлення потреби поїсти, що супроводжується неприємними відчуттями, що наростають. Апетит – це бажання поїсти, на яке значний вплив чинять емоції та стимули, і яке може зберігатися навіть після втамування голоду [75].

У здоровому варіанті процес регуляції апетиту відбувається у точці перетину гомеостатичних та гедоністичних механізмів під час задоволення потреби голоду. Однак якщо сигнал апетиту роками задовольняється ще до виникнення голоду (до того моменту, коли енергоресурси людини будуть вичерпані й вимагатимуть відновлення), виникає низка фізіологічних змін й сигнал втамувати голод починає виникати раніше ніж це могло б відбуватися – коли істинної потреби до того організм ще не має [39; 75].

Крім того, насичення – це відсутність бажання їсти, що виникає після прийому їжі. Якщо їжа задовольняє насамперед емоційні потреби, а не фізіологічні, то насичення може не розпізнаватися або ігноруватися, що поглиблює наявні ПХП у перспективі [75].

Існує три основні ТПХП: обмежувальний, екстернальний та емоціогенний [10].

Обмежувальний тип харчової поведінки. Для даного типу характерне надмірне самообмеження у їжі та слідування надмірно жорсткій дієті. Під «дієтою» мається на увазі таке харчування, що у першу чергу не є відповіддю на інтуїтивне відчуття потреби у їжі, яке регулюється почуттям голоду, а розплановане за конкретними правилами, у яких спонтанність у взаємодії з їжею блокується. Як результат, внутрішні сигнали голоду можуть ігноруватися з метою досягти зменшення ваги.

При цьому важливим є розуміння того, що такі жорсткі обмеження спроможні викликати «відкладені» переїдання, які траплятимуться у майбутньому

й за якими може слідувати посилення надмірного контролю над обсягами з'їденого. Адже за надмірно жорстких обмежень у харчуванні організм входить у режим виживання, вольові ресурси ослаблюються і з часом інстинктивна компонента може взяти верх. Такий ТХП призводить до перебування у постійному стресі: під час дієти – від недоїдання, коли дієта порушується – від переїдань та набору ваги й почуття провини, що за ними слідує.

Щодо стресу від слідування жорсткій дієті: Каліфорнійським університетом було проведено дослідження за результатами якого слідування раціону на 1200 ккал призвело до підвищення рівня кортизолу у піддослідних у середньому на 15% [54].

Жорсткі обмеження у харчуванні впливають на рівень гормонів та нейромедіаторів. Такі зміни, зумовлюючи виникнення спектра негативних емоцій та симптомів на хронічній основі, ускладнюють слідування дієтичному режиму. Серед таких симптомів зокрема наступні: безсоння, коливання настрою, підвищена дратівливість та втомлюваність, хронічна втома, пригніченість, внутрішня напруга, агресивність [31]. Наявність такого фону підштовхує до порушення обмежень, переїдань і подальших посиленних обмежень для компенсації, що вводить у замкнене коло. Така поведінка може супроводжуватися фоновим зниженням самооцінки та зневіри у власних силах, що поширюється на інші сфери життя.

Однак «обмежувальний» ТХП та «слідування дієті» не є прямими синонімами. Першому характерна ригідність, чіткі правила, відсутність гнучкості й готовності відчувати своє тіло й свої потреби. Замість цього орієнтири для харчування встановлені ззовні (фіксована кількість калорій, чіткий план харчування на день, відмова від груп продуктів), що підвищує ризики зриву і переїдання у майбутньому. Тоді як «слідування дієті» може бути гнучке, планування харчування за якого орієнтовне, зменшення порцій відбувається плавно, людина не голодує і є уважною до власних сигналів голоду та насичення. До переїдань у випадку гнучкої дієти ставлення більш нейтральне, напруги навколо теми їжі значно менше.

Екстернальний тип харчової поведінки. Для даного ТХП характерним є

виражене орієнтування на зовнішні стимули для споживання їжі – на рекламу, фото їжі, приємний запах біля крамниць із випічкою, вітрини магазинів, кав'ярень, вигляд та аромат приготованої їжі, а не на внутрішні стимули – відчуття голоду, зумовлене низьким рівнем глюкози, відчуттям порожнього шлунку тощо.

Люди із таким ТХП схильні їсти за компанію, навіть за відсутності голоду, або виражено переїдати під час святкових застіль, бажаючи усе скуштувати. Їм складно пройти повз місця із вираженими ароматами смачної їжі – на людей із таким ТХП розраховано застосування ароматичних засобів поблизу пекарень. Їм також складно залишити щось смачне не доївши до кінця, навіть якщо голод уже вгамовано. Також їм не притаманно відмовлятися від частувань, а під час купівлі продуктів у супермаркеті вони нерідко здійснюють позапланові покупки.

Даний ТХП у різному ступені вираженості притаманний людям із ожирінням. Відчуття ситості у них може наставати із запізненням, як наслідок, воно настає під час фізичного переповнення шлунку – через це вони схильні їсти допоки їжа є у полі зору, а не до стану насичення. Через це під час проходження повз магазин із випічкою їм може захотітися щось придбати не через те, що організм відчуває дефіцит калорій, а через те, що у шлунку є місце для їжі й вона приваблює візуально та за ароматом.

Приказка «Апетит настає під час їжі» у її прямому значенні теж може стосуватися людей з екстернальним ТХП. Адже мотиваційна функція їжі у даному випадку виходить на перший план, тоді як основні енергетична та пластична функція, характерні для людей без ПХП, втрачають свою пріоритетну значущість.

Коріння розвитку такого ТХП може полягати у вихованні батьками, які змушують дитину їсти, коли вона не голодна, а також обмежують дитину у споживанні їжі, коли вона виявляє бажання поїсти, орієнтуючись на рекомендації експертів, час доби тощо. Через це дитина втрачає внутрішні індикатори голоду й звикає орієнтуватися на зовнішні обставини для споживання їжі.

Емоціогенний тип харчової поведінки. Такий ТХП можна спостерігати як відповідь на стрес чи емоційний дискомфорт. Певні люди реагують на страх, тривогу та гнів втратою апетиту, проте у деяких це працює навпаки. У даному

випадку стимул до вживання їжі внутрішній, на відміну від екстрального ТХП, проте цим стимулом є не почуття голоду, а емоційні переживання. Емоціогенний тип нагадує адиктивну поведінку, тільки «наркотиком» за нього виступає їжа. Найчастіше ця їжа є висококалорійною й багатою на прості вуглеводи та жири, спроможна підвищувати рівень гормонів, які викликають відчуття задоволення і «харчової ейфорії», зокрема дофамін та серотонін.

Людина зі здоровою ХП може отримувати ці нейромедіатори під час вирішення дискомфортних ситуацій, які виникають. Проте люди із емоціогенним ТХП схильні уникати проблемної ситуації шляхом звернення й релаксації через їжу. Також переїдання можуть бути результатом сплутування емоційних переживань із почуттям голоду.

Важливим є те, що люди, яким притаманний обмежувальний ТХП переходять на емоціогенний полюс у періоди, коли дотримання жорстких дієт стає нестерпним і запаси волі й сил вичерпуються. Тож навантаження на людину, яка втомилася від жорсткої дієти, у випадку виникнення проблемної ситуації, стає затяжким, тож відбувається зрив, під час якого людина тяжіє скомпенсуватися як від негативних емоцій, спричинених дискомфортною ситуацією, так і від емоцій, що виникають через відхід від запланованого дієтичного режиму харчування.

Люди із даним типом та сім'ї, із яких вони походять, схильні розглядати їжу як головне джерело задоволення, тоді як до інших можливих джерел, наприклад, інтелектуальних, духовних, соціальних, етичних вони вдаватися не звикли. Нерідко у дитинстві відносини із матір'ю на емоційному рівні у таких клієнтів були порушені: вона вбачала для себе дві ключові задачі, а саме одягнути дитину та нагодувати, через що не відбувалося якісного розвитку емоційної регуляції, й на будь-який фізіологічний чи емоційний дискомфорт дитини матір могла відповідати годуванням.

Людам із ожирінням, окрім екстернального ТХП, характерний і емоціогенний тип. Наприклад, повертаючись із роботи, де сталася неприємна ситуація, людина може відчувати напругу й купу емоцій, що потребуватимуть розрядки (емоціогенний фактор) й проходити повз пекарню, де відчутно приємний

аромат випічки (екстернальний фактор), тож вона може придбати цю їжу й спробувати зменшити нею напругу. У цьому випадку на перетині емоціогенного та екстернального типів може статися переїдання – ХП притаманні риси як емоціогенного, так і екстернального типу.

Отже, емоціогенна компонента може мати місце у ХП людей як із переважно обмежувальним типом, так і з переважно екстернальним типом. В обох випадках «мотиваційна» функція їжі заміщується на «терапевтичну». Яскрава вираженість рис, характерних для зазначених типів харчової поведінки, у сукупності із низкою психологічних факторів здатна призвести РХП, розгляд яких наводиться нижче.

Розлади харчової поведінки. Розлад харчової поведінки – це «розлад психічного здоров'я, коли їжа та вага тіла використовуються як засіб впоратися з емоційним стресом» [35]. Відповідно до DSM-5 існують наступні РХП: пікацизм, румінаційний розлад, розлад уникання/обмеження споживання їжі, нервова анорексія (АН), нервова булімія (БН), розлад компульсивного переїдання (КП), інший уточнений РХП, неуточнений РХП [23].

Кожен із зазначених РХП чинить негативний вплив на здоров'я й погіршує психологічний добробут: згідно із філософією буддизму «вбиваючи своє тіло, ми позбавляємо розум, наш єдиний світоч у цьому житті, можливостей освітлювати нам шлях» [27]. Однак у даному дослідженні відбуватиметься розгляд ХП крізь призму трьох найпоширеніших РХП, об'єднаних на відміну від решти такою спільною характеристикою як порушення образу тіла, а саме: нервової анорексії (АН), нервової булімії (БН) та розладу компульсивного переїдання (КП).

У кожного із зазначених розладів можна простежити яскраво виражений тип або поєднання ТПХП, а саме: для АН ключовим характерним є обмежувальний ТПХП, для нервової булімії – поєднання обмежувального з емоційним, для компульсивного переїдання – емоційного та екстернального.

Нервова анорексія (F50.01, F50.02). Відповідно до DSM-5 даний розлад діагностується згідно із критеріями, наведеними нижче.

Критерій А: відповідно до DSM-5 характеризується заходами, спрямованими на обмеження надходження калорій в організм, яке призводить до «наднизької ваги

тіла відносно віку, статі, траєкторії розвитку та фізично здоров'я» [23]. Наднизька вага для дорослих визначається за показниками ІМТ, а для дітей та підлітків – за перцентилем ІМТ. У DSM-5 стан важкості розладу визначається саме відносно ваги, встановлені за мірками ВОЗ:

- легкий: $IMT \geq 17 \text{ кг/м}^2$;
- помірний: $IMT 16-16,99 \text{ кг/м}^2$;
- важкий: $IMT 15-15,99 \text{ кг/м}^2$;
- глибокий: $IMT < 15 \text{ кг/м}^2$ [23].

Однак рівень важкості під час діагностики можна збільшувати попри показники ваги, щоб підкреслити вираженість клінічних симптомів та дисфункційність, що виникає на їхньому фоні [23].

Той факт, що діагностика АН за DSM-5 враховує критерій наднизької ваги, може виявитися небезпечним, унеможлиблюючи ранню діагностику розладу, коли патологічна надмірно обмежувальна поведінка ще не призвела до надмірно низької ваги. Однак до DSM-5 було внесено зміни відносно DSM-IV, де для діагностики анорексії необхідно було мати $IMT < 17,5 \text{ кг/м}^2$ або вагу, яка була б нижче 85% від нормальної, тоді як DSM-5 припускає наявність $IMT \geq 17 \text{ кг/м}^2$ при легкій формі, проте контекст «наднизької ваги» у формулюванні Критерію А фігурує [23; 24].

Критерій Б: виражений страх набрати вагу або поведінка, спрямована на запобігання цьому набору ваги, навіть якщо ця вага є виражено заниженою [23].

Життя із патологічним страхом набрати вагу може відволікати людину від реалізації в інших сферах життя, її регулярно може переслідувати тривога щодо ваги, навіть якщо об'єктивні причини для того відсутні – розглядаються ймовірні теоретичні сценарії того, які події можуть трапитися у майбутньому, що можуть призвести до набору ваги.

Як результат, людина обирає уникати «загрозливих для ваги подій, серед яких зокрема зустрічі, відвідування кафе й ресторанів, де вона може не знати калорійності страв, святкових застіль тощо». Безпосередньо набір ваги може стримуватися контролем за добовою калорійністю спожитої їжі, відмовою від висококалорійної їжі, пошуками низькокалорійної альтернативи, підвищеною

фізичною активністю тощо.

Людина із розладом може реалізовувати контроль за вагою через ведення щоденника харчування у соціальних мережах або демонстрацію там своєї актуальної форми чи вказуючи вагу, формуючи цим додаткові важелі контролю з боку соціуму. Також характерною може бути участь у різних марафонах та ком'юніті, де соціальне середовище однодумців виступатиме додатковим джерелом контролю для запобігання втіленню негативного сценарію.

Критерій В: порушення у сприйнятті власного тіла, надмірна залежність самооцінки від ваги чи форми тіла або регулярне заперечення наявності наднизької маси тіла.

Порушення у сприйнятті власного тіла у випадку з АН полягає у тому, що людина може бачити себе у дзеркалі не такою, якою вона є насправді, а через призму порівняння себе з ідеалом або через призму зміни числа на вагах – якщо на вагах незначне збільшення, то людині із порушеним образом тіла може здаватися, неначе вона значно збільшується зовні та усі навколишні побачать ці зміни, через що вона може відчувати почуття сорому і провини. Адже її самооцінка визначається цією формою, вагою та коливається разом із їхнім коливанням.

Крім того, людина може мати безліч досягнень, але це може не мати відображення на її самооцінці, адже її основою може слугувати саме відповідність конкретній формі тіла або вага, або ж її здатність контролювати ці показники [35]. Так само позитивні емоції від життя можуть різко змінюватися на негативні від форми свого тіла, за якими можуть слідувати самоприниження, картання і карання себе, плани введення жорстких обмежень або посилення наявних.

Психоаналітикиня Ф. Дольто розглядає порушення у сприйнятті власного тіла через призму концепту «образу тіла» – втілення несвідомого символічного через тілесне – фактичну «схему тіла» [34]. У випадку з АН пережитий емоційний досвід та схильності людини, її невідчуття власного тіла й відстороненість від нього призводять до посилення складнощів із єдністю фактичного тіла («схеми тіла») та відчуттям себе у своєму тілі («образ тіла») як єдине ціле (реалістична наближеність «схеми тіла» до «образу тіла»).

У МКХ-10 для кодування АН використовують два варіанти: F50.01 для обмежувального типу – втрата ваги переважно за допомогою дієт, голодування та/або надмірних фізичних вправ, при цьому впродовж останніх 3-х місяців відсутні рекурентні епізоди переїдання або очищення – та F50.02 для типу із переїданням/очищенням – коли зазначена вище умова щодо 3-х місяців виконується й мали місце рекурентні переїдання із подальшим навмисним викликанням блювання або невиправданим застосуванням проносних, сечогінних чи клізм [76].

Розлад компульсивного переїдання. Відповідно до DSM-5 даний розлад діагностується згідно із критеріями, наведеними нижче.

Критерій А: Рекурентні епізоди переїдання, яким водночас притаманні наступні ознаки: по-перше, споживання такої кількості їжі за певну кількість годин, яка значно перевищує кількість, яку б з'їли б більшість людей за орієнтовно той самий час за подібних обставин; по-друге, цей епізод супроводжується втратою контролю над спожитим [23].

Критерій Б: даним епізодам характерні як мінімум три із наступних ознак:

- 1) споживання їжі значно швидше, ніж зазвичай;
- 2) споживання їжі до відчуття дискомфортного переповнення;
- 3) надмірне споживання їжі без відчуття фізичного голоду;
- 4) споживання їжі на самоті через почуття сорому за обсяги того, що з'їдається;
- 5) огида до себе, пригніченість або провина після з'їденого [23].

Критерій В: після переїдання й у зв'язку із ним настає виражений дистрес [23].

Зважаючи на даний критерій, компонента емоціогенного типу харчової поведінки може формувати замкнене коло, у якому для подолання дистресу у зв'язку із переїданнями може використовуватися надмірне споживання їжі, що лише підсилюватиме вираженість дистресу.

Критерій Г: частота переїдань: як мінімум 3 місяці із періодичністю у середньому раз на тиждень. Рівень важкості розладу встановлюється за кількістю

переїдань на тиждень: для легкого – 1-3 епізоди, помірного – 4-7 епізодів, важкого – 8-13 епізодів, глибокого – 14 або більше епізодів.

Критерій Г: Не виступає компенсаторною поведінкою після недоїдань, як у випадку з АН чи БН, й не виникає тільки під час перебігу АН чи БН [23].

Якщо людина сиділа на суворій дієті й зірвалася, організм отримує доступ до їжі й накопичене відчуття голоду призводить до того, що вона може почати інтуїтивно їсти помітно більше, ніж середньостатистична за аналогічних умов, щоб втамувати голод та вирівняти дефіцит у мікро та макронутрієнтах, викликаний жорсткими обмеженнями, а не через те, що у неї присутній розлад КП. У такому випадку діагностика має відбуватися у бік АН типу із переїданням/очищенням або ж БН, залежно від відповідності решті критеріям.

Нервова булімія (F50.2). Відповідно до DSM-5 даний розлад діагностується згідно з критеріями, наведеними нижче.

Критерій А: рекурентні епізоди переїдання, яким водночас притаманні наступні ознаки: по-перше, споживання такої кількості їжі за певну кількість годин, яка значно перевищує кількість, яку б з'їли б більшість людей за орієнтовно той самий час за подібних обставин; по-друге, цей епізод супроводжується втратою контролю над спожитим [23].

Критерій Б: наявна рекурентна невідповідна компенсаторна поведінка, спрямована на запобігання набору ваги, наприклад, навмисно викликане блювання, надмірні фізичні навантаження тощо.

Нерідко БН асоціюється насамперед із такою компенсаторною поведінкою, як блювання. Проте насправді людина із БН може й не вдаватися до очищення, щоб мати такий діагноз, адже очищення – це лише один із можливих варіантів компенсаторної поведінки, який різюче відрізняється від соціально схвалюваних «фізичних вправ», які в адекватному обсязі можуть сприяти здоров'ю, на відміну від блювання, яке здоров'я однозначно руйнує.

Але насправді й фізичні вправи у випадку із БН можуть руйнувати здоров'я, адже людина із таким діагнозом схильна зловживати фізичними навантаженнями, підвищуючи цим самим вже наявний високий рівень стресу. Вона не встигає

відновлюватися й зациклюється на фізичних навантаженнях – може несподівано почати тренуватися вночі або відразу після переїдання, навіть якщо відчуватиме значний дискомфорт від переповнення.

Критерій В: переїдання та невідповідна компенсаторна поведінка, які трапляються принаймні один раз на тиждень протягом трьох місяців.

Тривалість як мінімум у три місяці є ключовим критерієм для діагностики усіх трьох із зазначених РХП.

Критерій Г: Самооцінка надмірно визначається формою тіла та вагою.

Даний критерій спільний для АН (критерій В) та БН, але не відіграє такої вагомості ролі у випадку із розладом КП. На відміну від людей із АН, яким вдається оминати джерело небезпеки – їжу, люди із БН стикаються із їжею та емоціями, які виникають після її вживання, намагаючись «повернути» її назад, цим самим виправивши «здійснену помилку», яка ставить під загрозу їхню самооцінку.

Критерій Г: дані порушення виникають не тільки під час епізодів АН типу із переїданням/очищенням.

Рівень важкості визначається аналогічно як і у випадку із КП, але не за кількістю переїдань, а за кількістю епізодів невідповідної компенсаторної поведінки: легкий – 1-3 епізоди; помірний – 4-7 епізодів; важкий – 8-13 епізодів; глибокий – 14 або більше епізодів.

РХП погіршують якість життя впливаючи на усі його сфери, цим самим позбавляючи особистість можливості отримувати із даних сфер достатньо ресурсу для її якісного функціонування та особистісного зростання. Це можна простежити спираючись на ізраїльську ресурсну модель резилієнтності BASIC Ph [50]:

- В (beliefs) – цінності та переконання щодо ваги та форми тіла виходять на передній план, витісняючи інші цінності у системі – це знаходить відображення у діагностичному критерії щодо значущості форми тіла й ваги у формуванні самооцінки;
- А (affect) – вираження почуттів та емоцій не відбувається, вони пригнічуються або відбувається дефлексія у взаємодію з їжею – недоїдання, переїдання;

- S (social) – соціальна взаємодія може обмежуватися, щоб дотримуватися дієти, або у пригніченому стані від дотримання жорстких обмежень особистість може уникати соціальних контактів;
- I (imagination) – творчість та уява можуть бути заблоковані у зв'язку із блокуванням спонтанності, що є характерним для РХП, яким притаманна певна ригідність у переконаннях й обмеження; таке блокування може поширюватися на інші сфери життя;
- C (cognition) – мисленнєві здібності можуть бути погіршені через перебування у стані хронічного стресу на фоні постійних недоїдань/переїдань;
- Ph (physical) – фізична активність може слугувати деструктивною поведінкою, спрямованою на компенсацію, а не на здоров'я й турботу про себе, тоді як тілесні відчуття можуть ігноруватися як свідомо, під час пригнічення почуття голоду, так і несвідомо, коли людина відчуває насичення, але продовжує їсти, бо не відчуває зв'язку з тілом та його сигналів.

Як наслідок, РХП призводить до відчуження від джерел ресурсів, їхньої деформації. У даному пункті було здебільшого розглянуто зовнішні прояви РХП, їхню видиму сутність як симптому. Але в основі видимих проявів, за якими діагностують РХП, лежать психологічні чинники, що можуть залишатися «невидимими», як і у випадку із ПХП. Їх детальний розгляд наведено у наступному пункті.

1.2. Психологічні чинники харчової поведінки

На вагу та стан тіла, окрім співвідношення спожитих та витрачених калорій, впливають також інші психічні та соматичні фактори, від яких залежить засвоюваність спожитого. Для кожного вони мають індивідуальний характер й мають досліджуватися індивідуально.

Серед психологічних чинників, які запускають фізіологічні процеси й

реакції, які впливають на ХП, виокремлюють тривогу, страх та гнів, через проблеми з урегулюванням яких, наприклад, у зв'язку зі спробами їх пригнітити, людина може потрапляти у стресовий стан.

Відповідно до досліджень Г. Сельє та досліджень Г.Ф. Данбар, реакція на стрес, незалежно від природи його виникнення, розгортається за наступною схемою:

- стадія 1: реакція тривоги, під час якої виділення гіпофізом АКТГ прискорює гормональну перебудову у відповідь на стрес;
- стадія 2: адаптація або опір, під час яких відбувається підтримка фізіологічного гомеостазу в умовах стресу;
- стадія 3: виснаження, під час якої перенапружені залози уже не можуть продовжувати функціонування [33; 65].

Лікарем Г. Сельє також було встановлено, що людина може витримувати стрес настільки довго, наскільки це дозволяє друга стадія – стадія опору, що залежить від можливостей тіла до адаптації та від інтенсивності стресу [65].

При цьому за дослідженнями Макаренсса на даній стадії може виникати сильна тяга до їжі, напоїв чи цигарок як до інструментів, спрямованих на нейтралізацію внутрішньої напруги [55]. Такий тип поведінки характерний для осіб з емоціогенним ТПХП, компульсивними переїданнями та переїданнями під час БН. Така реакція організму на стрес та їжа як коупінг фізіологічно підкріплюють «порочне коло», характерне для людей із РХП: намагання позбутися тривоги за допомогою їжі призводить до набору ваги, що знову підвищує тривогу та рівень стресу, підштовхуючи до їх повторного заїдання.

Тривога є реакцією на відчуття небезпеки – у відповідь тіло мобілізується до реакції «бий або біжи». Це супроводжується переходом крові до серця, легень, м'язів та ЦНС від абдомінальних органів. Також починається пришвидшене накопичення додаткового цукру у крові задля поповнення джерел м'язової енергії, адже тіло перебуває у стані підготовки до перевищеної напруги – це може підвищувати апетит, що формує підґрунтя для переїдання. Така реакція є результатом еволюції – вона допомагала людям виживати тисячі років тому, коли

вони зіштовхувалися із необхідністю битися із хижаками чи ворожими племенами або тікати від них [28].

Якщо такі фізіологічні реакції не переходять у дію, надлишковий адреналін та цукор у крові може призвести до патологічних змін в організмі. Крім того, Кеннон дійшов висновку, що «коли емоція придушена, вона придушується тільки у своєму зовнішньому прояві», адже у тілі вже відбулися внутрішні реакції, які не отримали необхідної розрядки: «емоційна реакція володіє багатьма характеристиками рефлекторної відповіді; якщо стимул ігнорується, вона може продовжуватися несвідомо, поки не призведе до патологічного стану, або може взагалі припинити проявлятися назовні». Такий стан речей може поглиблювати бажання «відокремитися» від тіла, тим самим посилюючи розрив між тілесним та психічним, адже тіло контейнерує пригнічені емоції – вони нікуди не зникають, а накопичуються у ньому, наприклад, у вигляді зайвих кілограмів або інших психосоматичних проявів [25; 28].

Під час терапії відновлення зв'язку між тілесним та психічним стимулюватиметься вивільненням цих пригнічених емоцій, навчанням здатності зіштовхуватися з ними та проживати їх, що супроводжуватиметься роботою із підвищенням толерантності до фрустрації.

У праці «Емоції та тілесні зміни» докторка Ф. Данбар підсумовує роботи попередників щодо гомеостатичної рівноваги й доходить висновків, що «гормональна система є перекладачем ритму нервової системи у ритм метаболізму й навпаки». Це пов'язано тим, що будь-які емоції мають зумовлювати фізичну активність – якщо цього не відбувається, то у кров потрапляють токсичні речовини, через що у перспективі гомеостаз змінюється на менш сприятливий для якісного функціонування особистості. На її переконання, гармонійний метаболічний гомеостаз може бути характерним тільки для відносно вільної від конфліктів особистості [32].

Тоді як Кеннон досліджував мимовільні фізіологічні реакції на страх та гнів, дослідження Юнга були спрямовані на виявлення психологічних реакцій на сильні емоції, що виникали під час асоціативного експерименту. Дослідження обох вчених

обґрунтовували наявність в індивіда двох систем: довільної та автоматичної. Проте Юнгу вдалося прийти до висновків, які надали працям Кеннона телеологічного змісту: різноманітні тілесні симптоми слугували посланням самої психіки. Тож він пропонував надавати їм символічних значень, які найшвидше розкривалися через образи сновидінь, де сон виступав посередником між фізичним та психічним, з'єднуючи їх [46]. На його переконання, процес індивідуації можна відстежувати за тілесними проявами, тому питання ваги (чи то надмірної, чи то заниженої) можна трактувати мовою символа [75].

Юнг також досліджував, як комплекси емоційно забарвлених уявлень, що активізуються шляхом асоціювання, мають над індивідом таку владу, що проявляється на фізіологічному рівні шляхом зміни роботи внутрішніх залоз. Сам комплекс виступає матеріалом, який перебуває в особистому несвідомому індивіда, куди його витіснило Его, адже не змогло його витримати через його «невигідність» або ж «небезпечність». Патологічну роль комплекс може відігравати тоді, коли індивід його не усвідомлює, тож той виходить на поверхню свідомості й захоплює Его афектом.

У результаті він дійшов висновку, що комплекс позбавляє Его життєвих сил, через що індивід може зіштовхуватися зі зменшенням психічної енергії, послабленням волі, втрати інтересу до життя, зниженню самоконтролю тощо. Він неодноразово наголошував, що головним фактором, який зумовлює патологічні асоціації та реакції на них, слугує не інтелект, а емоції, і що усі афективні процеси пов'язані із фізичними проявами [46].

Як наслідок, мобілізація організму на «бий чи біжи», описана Кенноном, може виникати як пряма реакція на небезпеку, так і як реакція, запущена асоціацією, з чим Юнг й пов'язує бурхливу реакцію на асоціації під час асоціативного експерименту, спричинену афективними елементами комплексу. Коли комплекс має тілесний прояв – це надає можливість безпосереднього доступу до проблеми. Тобто РХП у даному контексті може слугувати симптомом-провідником до глибинних переживань особистості, тих комплексів особистого несвідомого, які лежать в його основі та в яких знаходяться істинні причини її

страждань та сповільнення її самореалізації.

Юнгіанська психоаналітикиня М. Вудман під час дослідження психологічних чинників у жінок з ожирінням шляхом проведення асоціативного експерименту виокремила основні комплекси та риси характеру, притаманні жінкам із РХП. Хоча експеримент було проведено із групою з ожирінням, яке може асоціюватися з КП, Вудман зазначає, що підґрунтя для формування РХП у жінок дуже подібне незалежно від самого розладу: АН, БН чи КП [75].

Наприклад, серед спільних рис для жінок з ожирінням (переважно емоціогенний ТХП) та АН (переважно обмежувальний ТХП) нездатність розпізнавати відчуття голоду та інші тілесні відчуття; інфантильне ставлення до сексуальності, відсутність розуміння власних почуттів та фемінних потреб, що виливається у складнощі із сепарацією та здатністю жити власне життя; віра у культуральну фантазію, відповідно до якої «стрункість розв'яже усі проблеми»; спроба здобути ілюзію контролю над життям шляхом споживання їжі або відмови від неї; бажання бути досконалою йде паралельно із відчуттям власної нікчемності та інші. Але відмінності можуть полягати у тому, що, наприклад, на відміну від особи з ожирінням, яка відмовляється «перевіряти фантазії щодо стрункості як розв'язання усіх проблем», особа з АН все ж намагається перевірити фантазії шляхом слідуванню дієті [75].

Психологічні чинники, характерні для жінок із РХП, Вудман об'єднує в комплекси та зводить до особистісних рис, спираючись на них як на підґрунтя для формування РХП. Чоловіків вона виключила із дослідження, адже під час його проведення виявила, що асоціації у чоловіків із ПХП були відмінними від асоціацій у жінок.

Харчовий комплекс. Їжа стає фокусом у випадку депресії, пригніченої злості на інших та на саму себе, пригнічених тривоги та сексуальності, а також перетворюється у засіб, за допомогою якого людина намагається контролювати власну долю, тоді як утримання від їжі оцінюється як винагорода для тіла, а її споживання як покарання, що викликає відразу та низку інших негативних емоцій. В асоціативному експерименті, окрім групи з ожирінням, також була контрольна

група: у них на відміну від групи з ожирінням, де вказані схильності були притаманні для 90-100% учасниць, таких схильностей виражено не було – по окремих з них кількість поширеності могла набирати 5-10% [75].

Їжа уможлиблює життя, тож її вживання має приносити радість й задоволення, щоб людина могла йти далі й рухатися до своїх сенсів. Натомість у людей із РХП їжа може зумовлювати почуття провини, сором, гнів, слугуючи покаранням, яке блокує їх рух по життю. Активуючись на будь-яку емоцію у випадку РХП, чи то позитивну, чи то негативну, харчовий комплекс може захоплювати Его, перетворюючись в афективне ядро, що стає сенсотворчим для подальшої поведінки особистості.

Вудман вважає, що активізація харчового комплексу може активізувати obsесивні стани: думки про кількість чи якість спожитого починають супроводжувати людину протягом дня на регулярній основі, що формує фонову напругу, перед якою люди із ПХП можуть почуватися безсилями. Ця безпомічність може проявлятися у тому, що вони уникатимуть теми харчування, намагатимуться приховувати свої нав'язливі думки, відчуваючи свою «інакшість», при цьому накопичена напруга може час від часу проявлятися назовні у вигляді надмірно емоційних реакцій на підняття теми харчування. Якщо ПХП набули крайнього прояву, а саме РХП, то результатом регулярних нав'язливих думок може бути відчуття душевної порожнечі або суїцидальні устремління. Ці процеси можуть супроводжуватися емоціями страху та люті водночас, які проникають в усі інші особистісні комплекси [75].

Робота із харчовим комплексом під час психотерапії ПХП та РХП полягатиме у зміні ролі їжі у житті клієнта шляхом зміщення фокусу уваги із їжі на життя, у якому б їжа слугувала інструментом, спроможним у першу чергу надати енергію для життя, щоб людина могла самоактуалізуватися. Адже ПХП та РХП можуть блокувати цей процес особистісного розвитку, тоді як саме харчування за своєю суттю має навпаки тому сприяти, допомагаючи відновлювати енергетичні ресурси, які витрачаються на цей процес.

Комплекс Матері. На відміну від осіб із контрольної групи у вибірці жінок із

ожирінням простежувалася відсутність базової довіри до світу, яка формується у взаємодії з матір'ю на ранніх роках життя – це може призвести до страху життя та уникненню адаптації до нього у дорослому віці [34].

За психоаналітичною концепцією, описаною Д. Віннікотом, у взаємодії із матір'ю у ранні роки може відбутися «плутанина в інстинктах», у тому числі харчовому, що характерно для ПХП незалежно від статі. Адже немовля використовує різні види плачу для позначення різних потреб, але мати може бути не в змозі їх диференціювати і відповідає на будь-який плач годуванням дитини. Для такої матері Д. Віннікот підібрав термін «недостатньо хороша» – тобто така, яка не транслює дитині необхідного тепла та любові, наприклад, через надмірну тривожність або депресивність.

Як наслідок, дитина, яка чекає на любов та тепло, може отримувати замість цього їжу, що формуватиме основу до того, що у дорослому віці людина може намагатися задовольнити емоційні потреби через їжу шляхом її споживання або відторгнення (як символ відторгнення «недостатньо хорошої» матері). Мати може несвідомо так поводитися не маючи на меті нашкодити дитині або ж у неї самої може бути відсутній зв'язок із власним тілом та порушене розуміння його потреб, через що вона не спроможна демонструвати це розуміння дитині [74].

У праці «Дитина» Е. Нойманн висвітлює ідею про те, що «на етапі ранніх відносин дитини з матір'ю образ матері переживається дитиною як ідентичний власному, у зв'язку з чим образ матері стає для дитини зразком внутрішнього й зовнішнього світів». Як результат, вплив даного образу, що згодом формується у материнський комплекс, на становлення особистості є вагомим [59].

Із фоновою недовірою до світу людина схильна потрапляти на другу стадію стресової реакції за Сельє, а саме опору/адаптації, що запускає в організмі відповідні фізіологічні реакції. Якщо людина для компенсації обирає такий інструмент як їжу – це формує підґрунтя для ПХП. Також недовіра до світу може підштовхувати до використання стратегії уникання й зміщення уваги із реального стресора – у випадку із порушеннями та розладами харчової поведінки на їжу.

Як наслідок, людині із негативним раннім досвідом бути чутливою і

відкритою до світу, іншими словами живою, сприймається як відпустити контроль і вирушити в хаотичну безодню несвідомо ставлячи життя під загрозу. Адже оскільки довіра до світу відсутня й має місце відсутність толерантності до невизначеності, яка не сформувалася через відсутність відчуття безпеки, яке мало б сформуватися через досвід надійної взаємодії – світ сприймається як лякаючий та хаотичний. Тож звернення до їжі може дозволяти перемкнути увагу й компенсувати ті потреби, які особистість вважає неможливими для задоволення у зовнішньому світі через недовіру до нього та настороженість.

Відчуття й зосередженість на «хаотичності» та «невизначеності» існування за фонової недовіри призводить до підвищеної тривоги й бажанню її знизити шляхом спроб контролю, який може зміщуватися у їжу або інші сфери життя. Результатом цього може бути перфекціонізм, який полягає у прагненні зменшити тривогу перед життям шляхом уявного контролю й гіперкомпенсації досягненнями в інших сферах, на які зміщується увага від неспроможності задовольнити істинну потребу (детальніше про це йтиметься у пункті 1.3).

Також у випадку негативного материнського комплексу дівчина переживає відсутність наповненої материнської фігури або розчаровується у ній, чи переживає відторгнення з її боку, що призводить до відторгнення власної сексуальності та власного жіночого тіла, позбавляючи самоідентифікації із жінкою. Психосоматично це демонструється тим, що як у жінок із ожирінням, так і в жінок із нервовою анорексією присутня вторинна аменорея чи інші порушення репродуктивної функції. Більш детально цей аспект розглядається Вудман у контексті сексуального комплексу [75].

Робота із комплексом Матері у терапії РХП полягає у тому, щоб клієнт міг підійти до життя із позиції діалектики, прийнявши його таким, яким воно є, а саме поєднанням протилежностей, які не виключають одна одну. Тоді як відчуттю цілісності й пришвидшенню самоактуалізації сприятиме свідома зустріч індивіда із конфліктом протилежностей, яку він намагається уникати завдяки одержимості питаннями з їжею чи вагою.

Для жінок: сексуальний комплекс, втрата образу тіла та жіночої

ідентичності. Образ тіла є пластичним уявленням, сформованим із сенсорних та психічних переживань, процес інтеграції якого постійно відбувається у ЦНС [26]. За результатами асоціативного експерименту Вудман образ тіла може визначати безпосередньо його фактичну будову – схему тіла [75]. Адже те, яким людина бачить своє тіло, як вона себе відчуває у ньому, водночас визначається ставленням до нього та визначає його ж, на основі чого видозмінюється саме тіло. Для осіб із ПХП та РХП характерним є порушення образу тіла [75].

Негативне ставлення до власного тіла сприяє протиславленню тіла розуму, формує бажання відокремитися від тіла, що поглиблює неспроможність ідентифікувати його імпульси. Як результат, особи із ПХП чи РХП можуть бути дисоційованими від власного тіла – його переживань, відчуттів, імпульсів. Це унеможливує їхню здатність спиратися на власне тіло як на опору для руху по життю. Важливим є те, що на формування образу тіла можуть впливати стандарти соціуму, його коментарі й оцінки, адже людина починає співвідносити своє тіло із «еталонним», таким, яке схвалюють, а не на основі того, як вона сама почувається у власному тілі.

Відсутність зв'язку із тілом може блокувати розкриття сексуальності, адже імпульси можуть залишатися неідентифікованими або витісненими через їх спроможність викликати у жінок із РХП почуття глибинного сорому, що лише поглиблюватиме відсутність налагодженого зв'язку із тілом. М. Вудман зазначає, що порушення образу тіла характерне для усіх трьох основних видів РХП, що простежується і в діагностичних критеріях DSM-5. Особливо виражене порушення образу тіла спостерігається у жінок з АН й відповідно в осіб з обмежувальним ТХП: вони бачать та відчувають своє тіло (образ тіла) значно більшим, аніж воно є насправді (схема тіла) [23; 75].

Робота полягатиме у тому, щоб вивести у поле свідомості поточні відносини клієнтки зі своїм тілом – як вона ставиться до нього і як воно їй відповідає на таке ставлення (йдеться не стільки про вигляд, скільки про стан). А також розглянути бажані взаємовідносини з тілом як результат, до якого вона бажає прийти, та з'ясувати, у який спосіб його можна досягнути. Відновлення зв'язку із тілом

допоможе збільшити відчуття безпеки та внутрішнього спокою, адже відтепер тіло слугуватиме опорою.

Решта комплексів та рис. Також було встановлено, що особи із ПХП надають перевагу фантазії замість реальності, несвідомо не погоджуються із роллю дорослого бажаючи залишатися у дитячій позиції, у них відсутня згода з умовами життя й прослідковується спричинена цим агресія, яка може придушуватися.

Особливу увагу щодо жінок із РХП М. Вудман звертає на прагнення до досконалості – перфекціонізм – підґрунтя якого формується водночас декількома комплексами: харчовим – контроль над їжею як зміщення відчуття безпорадності в інших сферах; материнським – контроль, щоб протистояти хаосу світу й страху перед ним, викликаний відсутністю базової довіри; батьківським – тяжіння до схвалення батька та маскулінних рис у зв'язку із запереченням жіночої ідентичності; релігійним, що витікає із батьківського – ідеалізація батька із прагненням бути досконалою і бачити досконалыми інших; та формуванням світу ідеальної контрольованої фантазії замість адаптації до зовнішнього хаотичного світу й інші [75].

Детальніший розгляд перфекціонізму як чинника харчової поведінки наведено у наступному пункті.

1.3. Наукові підходи до розуміння перфекціонізму як чинника харчової поведінки

Перфекціонізм є комплексним утворенням, що охоплює сферу вимог до себе, інших та світу загалом, супроводжується прагнення до досконалості та впливає на усі сфери життя. За класичними визначеннями перфекціонізму за вимогами до досконалості слідує надмірна самокритика в оцінці отриманих результатів [38; 40].

Однак було проведено й інші дослідження, спрямовані на виявлення того, чи справді явище перфекціонізму завжди має патологічний характер. За результатами були отримані висновки, що перфекціонізм може бути «нормальним» та «невротичним» (патологічним) [48].

Відповідно прагнення до високих стандартів може не мати клінічного характеру за умови, що прагнення до них дає можливість людині самовдосконалюватися при цьому отримуючи задоволення. Крім того, людина зі «здоровим» типом перфекціонізму розуміє межі свого вдосконалення й адекватно оцінює співвідношення наявних та необхідних для нього ресурсів [12].

Якщо перфекціонізм проявляється як здорова риса, то у людини наявний вищий рівень толерантності до фрустрації від здійснених помилок – це значно зменшує можливість надвисокої критики отриманих результатів із подальшою невротизацією, характерною для патологічного перфекціонізму. За останнього присутнє дихотомічне мислення («досконале» перетворюється в єдиний можливий варіант; «або ідеально, або ніяк») та низький рівень толерантності до фрустрації від здійснених помилок або недосконалості. При цьому, такий тип перфекціонізму вважається деструктивним, адже неприйняття іншого варіанту та прагнення досягнути досконалості за будь-яку ціну зумовлює емоційний стан, який навпаки перешкоджає досягненню ефективності, на відміну від здорового перфекціонізму [48].

Однак навіть якщо людині із патологічним перфекціонізмом вдається отримати бажаний результат – вона неспроможна отримати від нього задоволення, адже її гедоністичний профіль сформовано таким чином, що виражена ідеалізація винагороди на шляху до неї із докладанням максимальних зусиль може призводити до її миттєвого знецінення, що виражено у нарцисичних особистостей [13]. Ідеальний результат сприймається не як досягнення й успіх, а як норма, будь-яке відхилення від якої сприймається як невдача, за якою слідує надмірна самокритика.

Перфекціонізм зумовлює підвищений контроль та зосередженість на процесі. У випадку зі здоровим перфекціонізмом – це є ситуативним, тоді як у випадку із патологічним – такий стан перманентно супроводжує людину. У попередньому пункті йшлося про недовіру до світу у контексті комплексу Матері, що слугує основою для підвищеної тривожності. У цьому випадку патологічний перфекціонізм може виникати як наслідок, спрямований на її компенсацію, та натомість лише посилювати цю тривожність, формуючи ілюзію контролю. Адже

світ продовжує відчуватися небезпечним на рівні несвідомого. Суть патологічного перфекціонізму також полягає у тому, що навіть якщо людині вдається відповідати своїм завищеним вимогам, у неї все одно присутня підвищена тривожність у зв'язку із побоюваннями того, що рано чи пізно їй це вже не вдаватиметься.

Коли зона надмірного контролю поширюється на форму тіла, то вплив на неї починає здійснюватися через харчування – це зумовлює виникнення вищерозглянутих ПХП та РХП. Однак патологічний перфекціонізм може поширюватися безпосередньо на харчування незважаючи на форму тіла, формуючи «нервову орторексію». Нервова орторексія (ОН) – це надмірний контроль за правильністю харчування, якому характерний нав'язливий характер та висока емоційна залученість [6]. Діагноз ОН відсутній у DSM-5, але фахівці-діагности все частіше використовують його у своїй практиці. Риси ОН можуть простежуватися й у випадку із АН та БН, ТХП у такому випадку обмежувальний.

Людина, яка бажає відтворювати контроль через їжу насправді контролю позбавлена, адже контроль над нею має ПХП, у яке вона зміщує увагу замість того, щоб задовольняти істинні потреби. Наприклад, людина з обмежувальним ТХП може уникати подій із застіллям, адже це ставить під ризик дотримання дієти, тоді як людина з емоціогенним ТХП може обирати їжу на самоті, щоб розрядити напругу, відмовляючись від соціальної взаємодії або переїдати такою мірою, що на інші активності у неї не залишатиметься бажання. Як результат, симптом, пов'язаний із харчуванням, керує життям людини, відокремлюючи її від життя реального, сповненого діяльністю, комунікацією, іншими формами розваг.

Серед наукових досліджень, які засвідчують вплив перфекціонізму на ХП, дослідження, проведене науковцями Римського університету Сапієнца у 2020 році. Його метою було перевірити наявність зв'язку між двома вагомими психологічними складниками перфекціонізму – перфекціоністських прагнень (ПП; аспект самооцінки) та перфекціоністських занепокоєнь (ПЗ; аспект самокритики) – та симптомами РХП серед молоді [72].

ПЗ формують страх помилки й поганої оцінки з боку інших. Вони мають виражений зв'язок із депресією та тривожністю, розладами особистості та

обсесивно-компульсивним розладом (ОКР) [58]. На противагу ПП визначають висоту стелі для постановки цілей, що заохочує до зростання, й асоціюються із позитивними результатами: особистісним добробутом, самоефективністю, гарним самопочуттям [60]. Однак є дослідження, які засвідчують двояку природу ПП, якщо вони йдуть разом із ПЗ, й також можуть підвищувати ризики виникнення психопатології, адже зафіксовано випадки їхньої присутності під час депресії та ОКР [72]. Попри вказані результати чимало авторів продовжують розглядати ПП як здорову рису й таку, що сприяє особистісному розвитку.

Емпіричні та теоретичні дослідження свідчать про те, що перфекціонізм є особливо впливовим фактором ризику для виникнення РХП. Крім того, перфекціонізм у його патологічній формі за результатами є основоположним механізмом для формування ПХП у цілому, формуючи ризики для подальшого їх перетікання в окремі РХП [37; 52].

Також було встановлено, що перфекціонізм більш притаманний для осіб із РХП, аніж для осіб з іншими психіатричними діагнозами, серед яких депресія чи тривожний розлад [29; 56]. Наприклад, серед пацієнтів із діагнозами найвищі показники перфекціонізму мали пацієнти із АН та БН. Також було встановлено, що високими у них водночас були ПП та ПЗ – тлумачення помилок як провалів (ПЗ) та виражене прагнення до досконалості (ПП) [53; 72]. У випадку із РХП це призводить до ПП до фізичної привабливості й стрункості, схвалюваної у суспільстві, разом із ПЗ, що проявляються під час невідповідності реальної схеми тіла до бажаної ідеальної.

Отже, вираженість двох головних аспектів перфекціонізму – ПП та ПЗ – формує вагоме підґрунтя для формування ПХП, особливо для АН та БН: зв'язок між симптомами анорексії та ПЗ й ПП становив $r = 0,81$ та $r = 0,56$ відповідно. Тоді як зв'язок між симптомами БН та ПЗ й ПП становив $r = 0,45$ та $r = 0,36$ відповідно [53]. Як результат, зв'язок між РХП та складником ПЗ є вищим аніж зі складником ПП, що підштовхує до висновків, що в основі РХП лежить патологічна форма перфекціонізму.

Перфекціонізм в осіб із РХП може проявлятися також гіперкритикою, якщо

дотримуватися запланованих обмежень у харчуванні не вдається. Цьому може передувати формування ригідних правил, обмежень, сформованих на основі ПП – це також один з аспектів ПП, як і у випадку із ПП до форми тіла, що може мати деструктивний характер для психологічного добробуту. Після порушення плану харчування вмикається аспект ПЗ й відбувається напад гіперкритики за факт зриву, який фактично ніяк не відображається на тілі. Але саме порушення викликає занадто високу напругу, роблячи людину не спроможною об'єктивно оцінювати ситуацію, через що може запускатися реакція стресу, описана у п. 1.2, викликаючи повторне переїдання й поглиблення почуття провини.

У даній ситуації ПЗ у відповідь на порушення ПП щодо харчування виходить на передній план – афективний харчовий комплекс захоплює свідомість, витісняючи ПП відносно форми тіла. Адже якби ПП все ще були актуалізовані, людині було б легше залишатися критичною до ПЗ, викликаних зривом із дієти й не погіршувати ситуацію. ПП щодо форми тіла актуалізуються потім водночас із ПЗ й відчуттям безпомічності у зміні ситуації [75].

Під час проведення асоціативного експерименту серед жінок з ожирінням М. Вудман виявила перфекціонізм у 17 учасниць із 20 на противагу 8 із 20 учасницям контрольної групи. Також 17 із 20 учасниць мали виражену любов до навчання, тоді як у контрольній групі цей показник становив 13 із 20. При цьому тематика перфекціонізму та любові до навчання асоціативно пов'язувалася із батьком [75].

Психотерапія РХП, під час якої зберігалися високі рівні ПП та ПЗ мала низький рівень ефективності – це підтверджує висновки щодо перфекціонізму як фактору, який утримує ПХП [69]. Пояснюється це тим, що перфекціонізм має зв'язок з основними симптомами та мисленнєвим процесом, характерними для РХП [66]. Тоді як КПТ перфекціонізму призвела до зниження вираженості симптомів як у людей із РХП, так і у людей із ПХП [71]. Отже, психотерапія перфекціонізму може зменшити ризики переходу ПХП у РХП, а також слугувати профілактикою для виникнення симптомів ПХП [69].

Якщо розглядати перфекціонізм як цілісне явище, висновки дослідників зводяться до однакового бачення: чим вищий у людини рівень перфекціонізму, тим

вищими є ризики виникнення ПХП та розвитку РХП. Тоді як дослідження зв'язку окремих психологічних складників перфекціонізму як багатовимірного явища та ХП потребує подальшого вивчення [72].

Висновки до розділу 1

1. Харчування є базовою потребою, задоволення якої забезпечує життєдіяльність та робить можливим функціонування особистості і її розвиток, тож у випадку порушення харчування дані процеси можуть ускладнюватися, негативно відображаючись на психологічному добробуті людини.

2. Існує три ТХП, які можна ідентифікувати як порушення у значенні відмінностей від «здорової норми»:

- екстернальний: споживання їжі у відповідь на зовнішні стимули, такі як запах, вигляд, реклама, їжа за компанію за відсутності голоду тощо;
- обмежувальний: жорсткі обмеження у їжі, що можуть супроводжуватися свідомою чи неусвідомлюваною метою, наприклад, бажанням мати певну форму й вагу;
- емоціогенний: задоволення нехарчових потреб через їжу.

3. Поглиблення кожного із типів ХП разом із низкою психологічних чинників здатні перерости у будь-яке із трьох найпоширеніших РХП: АН, БН чи КП. При цьому для АН характерний здебільшого обмежувальний тип, для БН поєднання обмежувального з емоціогенним, тоді як для КП – поєднання емоціогенного з екстернальним.

4. Серед психологічних чинників, спроможних впливати на ХП було виокремлено: дисоціація тіла від розуму, відсутність базової довіри до світу, перебування у стресовій ситуації, що формує психофізіологічну основу для зміни ХП, пригнічення емоцій, які згодом знаходять вираження через порушення сигналів тіла, унікаючий патерн поведінки, надання їжі «психотерапевтичної» функції, низька толерантність до фрустрації та невизначеності, надання переваги фантазії замість реальності та один із ключових чинників – перфекціонізм.

5. Перфекціонізм розглядається як «здоровий» та «невротичний» (патологічний), при цьому виокремлюються його 2 основні складники – перфекціоністські прагнення (ПП) та перфекціоністські занепокоєння (ПЗ). ПЗ відзначають однозначно як негативні, тоді як ПП схиляються вважати адаптивними за умови, що вони не йдуть разом із ПЗ. У випадку із РХП відзначається присутність водночас ПП та ПЗ, тобто вид перфекціонізму у такому випадку – патологічний, дезадаптивний. При цьому відзначається вагомість перфекціоністської компоненти у людей із РХП, адже терапія, спрямована на роботу із РХП, зі збереженням високого рівня перфекціонізму, виявилася помітно менш ефективною ніж КПТ перфекціонізму, за якої як у людей із РХП, так і у людей із ПХП зменшилася вираженість симптомів, пов'язаних із харчуванням.

6. Попри те, що серед науковців наразі відсутня згода щодо зв'язку окремих психологічних складників перфекціонізму із ХП, його зв'язок із ХП як багатовимірного явища у цілому підтверджується в усіх розглянутих дослідженнях, що приводить до наступного висновку: чим вищий у людини рівень перфекціонізму, тим вищими є ризики виникнення ПХП та розвитку РХП. Однак дослідники зазначають, що зв'язок окремих психологічних складників перфекціонізму із ХП вимагає подальшого вивчення.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ТИПІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДНИКІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ

2.1. Концептуальна модель та гіпотези

Під час проведення асоціативного експерименту М. Вудман встановила, що жінки є більш схильними до ПХП і психологічні чинники ПХП для жінок та чоловіків відрізняються, а також те, що РХП мають спільне підґрунтя незалежно від виду, тож у перспективі прояви одного розладу можуть чергуватися з іншим [75].

Відповідно до клінічних досліджень, проведених К. Левінсоном було встановлено, що деструктивний перфекціонізм є предиктором ПХП із можливістю прогресування у РХП, і що його вага, як психологічного чинника для ПХП та РХП є значною [52].

За результатами досліджень М. Вакка, А. Балесіо та К. Ломбардо було встановлено, що ПЗ більше корелюють із ПХП, аніж ПП. Це дає змогу припустити, що зв'язок самокритичного перфекціонізму, який базується здебільшого на ПЗ, із ПХП буде вищим, аніж зв'язок жорсткого перфекціонізму з ПХП, який стосується переважно ПП [72].

Костро-Форніелс та П. Гуал у результаті емпіричних досліджень дійшли висновку, що перфекціонізм є найбільше вираженим у пацієнтів із РХП, у порівнянні із пацієнтами із рештою діагнозів, зокрема у пацієнтів з АН найбільше, за ними пацієнти з БН. Це дає змогу припустити, що перфекціонізм пов'язаний насамперед із обмежувальним, а також емоціогенним ТПХП й може виступати їхнім предиктором [29].

У результаті для перевірки шляхом емпіричного дослідження було сформовано гіпотези, наведені нижче, й використано зазначені інструменти для

їхньої перевірки.

Гіпотеза 1: жінки більш схильні до ПХП, аніж чоловіки. Перевірка: описова статистика отриманих результатів для чоловічої та жіночої вибірки та їх порівняння.

Гіпотеза 2: психологічні чинники ПХП для жінок та чоловіків відрізняються. Перевірка: кореляційний аналіз ПХП та перфекціонізму окремо для чоловіків та жінок і їх порівняння.

Гіпотеза 3: ТПХП є пов'язаними, тож їх прояви можуть чергуватися (рис. 2.1). Перевірка: кореляційний аналіз між ТПХП у жінок.

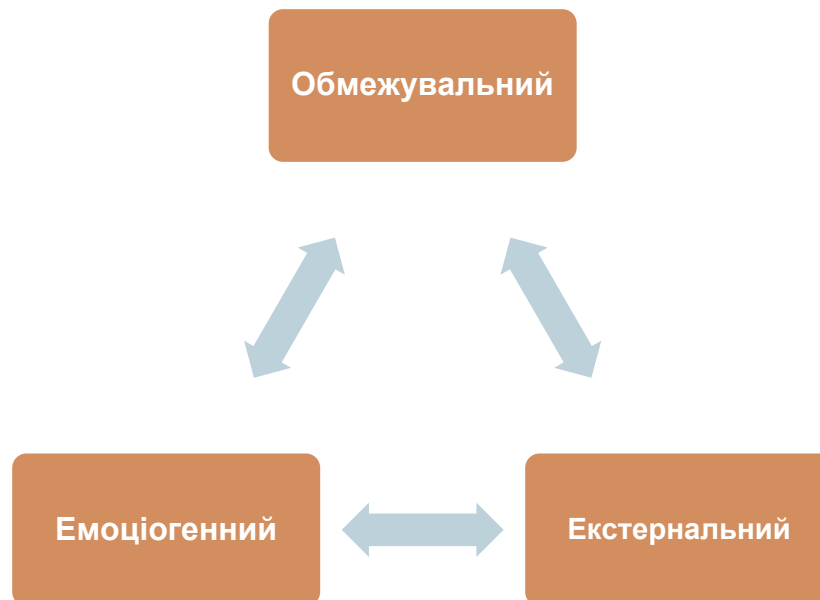


Рис. 2.1. Зв'язок між ТПХП

Гіпотеза 4: перфекціонізм як предиктор ПХП: чим вища вираженість перфекціонізму, тим вища вираженість ПХП. Перевірка: кореляційний аналіз між перфекціонізмом та ПХП; регресійний аналіз між перфекціонізмом та ПХП для вибірки жінок.

Гіпотеза 5: деякі із типів перфекціонізму мають більший зв'язок із ПХП і здатні слугувати більш впливовими предикторами. Перевірка: кореляційний та регресійний аналізи за кожним із типів перфекціонізму та загальним показником ПХП (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Типи перфекціонізму як предиктори ПХП

Гіпотеза 6: жорсткий тип перфекціонізму є предиктором насамперед обмежувального ТПХП, але може спостерігатися й у випадку емоціогенного ТПХП. Перевірка: кореляційний та регресійний аналіз для жосткого типу перфекціонізму та ТПХП для жіночої вибірки.

Гіпотеза 7: самокритичний тип перфекціонізму має найбільший зв'язок із ПХП, а також здатен слугувати найвпливовішим предиктором серед інших типів перфекціонізму. Перевірка: кореляційний та регресійний аналіз для самокритичного перфекціонізму та ТПХП.

Гіпотеза 8: для шкал, які формують складники типів перфекціонізму різною мірою характерна наявність зв'язку із ТПХП, а також здатність виступати предикторами ТПХП. Перевірка: паралельно з аналізом зв'язків та пошуком предикторів між типами перфекціонізму та ТПХП здійснювався аналогічний аналіз за шкалами, що формують дані типи перфекціонізму та ТПХП.

2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

Дослідники сходяться у розгляді перфекціонізму як чинника ПХП водночас зазначаючи, що вираженість впливу окремих психологічних складників перфекціонізму як багатовимірного явища на ХП потребує подальшого вивчення [72]. Тому дане дослідження спрямоване на більш глибокий розгляд впливу

перфекціонізму на ХП із увагою до його окремих психологічних складників.

Щоб досягти мети та виконати завдання, було проведене емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення вираженості окремих психологічних складників перфекціонізму та ТХП. Сферою інтересів при цьому виступає не вираженість окремих явищ, а саме вираженість їх окремих психологічних складників, за якими розглянуті явища можуть розглядатися більш вузькоспрямовано. Дослідження зв'язків відбуватиметься саме на рівні окремих компонентів як перфекціонізму, так і ХП.

2.2.1. Етапи емпіричного дослідження

1. Підбір психодіагностичних методик для діагностики перфекціонізму та ПХП – вибір методик, проходження яких у середньому займало б до 10 хвилин, при цьому дозволяючи діагностувати необхідні складники для перфекціонізму та тип для ХП.

2. Організація та проведення діагностики психологічних складників перфекціонізму та ТПХП за допомогою психодіагностичних методик – створення Google Form та пошук каналів для поширення опитування.

3. Опрацювання відповідей респондентів, підрахунок описової та відсоткової статистики за кожною із методик, надання отриманих результатів, оформлених у діаграми та таблиці.

4. Виявлення наявності зв'язків між складниками перфекціонізму та ТХП.

5. Аналіз психологічних складників перфекціонізму у якості предикторів ТПХП.

2.2.2. Характеристика психодіагностичних методик

Оскільки робота спрямована на виявлення зв'язку між перфекціонізмом та ХП було проведено аналіз апробованих психодіагностичних методик, адаптованих на українську мову, як на тему перфекціонізму, так і на тему ХП.

Нижче наведено найпоширеніші опитувальники щодо харчової поведінки:

1. Скринінг ПХП SCOFF (аббревіатура: Sick – нудота; Control – контроль;

Over – більше – про втрату ваги; Fat – товстий; Food – їжа). Є найпростішим інструментом для оперативної діагностики ПХП, що складається із 5 питань, кожне із яких стосується окремого компонента, введеного в аббревіатуру. Допомогає виявити найяскравіші ознаки АН та БН для подальшої детальнішої діагностики [4].

2. Тест ставлення до прийому їжі (Eating Attitudes Test; EAT-26) має скринінговий характер та дозволяє визначити ймовірність, необхідну для подальшої діагностики, а також встановити відношення до «групи ризику». Містить 26 питань, що використовуються для діагностики АН та БН, хоча ряд пунктів відносяться й до КП. Загалом допомагає виміряти вираженість симптомів, що стосуються абнормальної харчової поведінки, охоплюючи три сфери: когнітивну, поведінкову та емоційну, хоча розподіл за відповідними субшкалами не здійснюється [42].

3. Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) складається із 33 питань, спрямованих на встановлення типу харчової поведінки: екстернального, обмежувального та емоціогенного. Також дозволяє визначити «групу ризику» щодо АН, БН та КП [73].

4. Опитувальник розладів харчової поведінки - 3 (Eating Disorder Inventory - 3, EDI - 3) складається із 91 запитання, поділених за 12 первинними шкалами, 3 із яких стосуються ризиків розвитку РХП, а 9 – психологічних конструктів. Його проходження займає близько 20 хвилин. Також дає змогу виявити частоту симптомів, спрямовану на компенсаторну поведінку, що необхідно для визначення рівня вираженості розладу [15].

5. Опитувальник щодо розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q) складається із 28 питань, розподілених за наступними субшкалами – «Обмеження», «Занепокоєння щодо харчування», «Занепокоєння щодо форми тіла» та «Занепокоєння щодо ваги». Спрямовує на подальше виведення загальної сумарної оцінки за усіма шкалами, що має пряму кореляцію із вираженістю ПХП [36].

6. Трифакторний опитувальник харчової поведінки (The Three-Factor Eating Questionnaire-R18, TFEQ-R18) складається із 51 питання, розподіленими за трьома

факторами: «когнітивне обмеження у харчуванні», «втрата контролю над споживанням», «емоціогенне харчування» [51].

Найбільш релевантним для досягнення встановленої перед дослідженням мети було визначено *Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)* – він відповідає критеріям встановленого завдання: дозволяє визначити ТПХ, які співвідносяться із найпоширенішими РХП, за сприятливою для проходження кількістю питань. Крім того, більшість з опитувальників спрямовані на визначення РХП – крайнього ступеня прояву ПХП, а дане дослідження мало перед собою також профілактичну задачу, тож предметом була саме харчова поведінка, і DEBQ відповідає поставленій задачі.

DEBQ було розроблено у 1986 році нідерландськими психологами, які працювали над ним на факультеті харчування людини та факультеті соціальної психології на базі Нідерландського сільськогосподарського університету. Розробка була спрямована на виявлення ПХП, які можна було б за окремими ознаками розподілити за трьома групами: обмежувальною, екстернальною та емоціогенною ХП.

Метою було створити коротку, але максимально точну валідизовану психодіагностичну методику, спрямовану на надання якісної та кількісної оцінки ПХП та РХП, що зокрема супроводжуються переїданнями та ожирінням у їх результаті, а також розробити клінічну стратегію для супроводу пацієнтів, яким за результатами DEBQ було діагностовано ПХП. Наприклад, вираженість обмежувального ТХП може свідчити про необхідність додаткової точкової діагностики на АН та БН іншими методиками задля уточнення діагнозу [14].

Опитувальник надається для самостійного заповнення, але може використовуватися й під час структурного інтерв'ю, де кожне із 33 тверджень щодо ХП обговорюється між пацієнтом та терапевтом. Кожне із тверджень опитуваний має оцінити за шкалою від 1 до 5, де: 1 бал = «ніколи»; 2 бали = «рідко»; 3 бали = «іноді»; 4 бали = «часто»; 5 балів = «дуже часто».

Даний опитувальник містить три шкали, що відповідають трьом ТХП:

- обмежувальний – від 1 до 10 питань включно (10 питань);

- емоціогенний – від 11 до 23 питання включно (13 питань);
- екстернальний – від 24 до 33 питання включно (10 питань).

Опрацювання результатів відбувається у нижченаведений спосіб.

Крок 1: по кожній зі шкал підраховується середнє значення – додаються отримані за кожним пунктом результати і отримана сума ділиться на кількість питань досліджуваної шкали.

Крок 2: середній результат за кожною зі шкал зіставляється зі значеннями умовних норм для кожної з них, перевищення яких може свідчити про наявність у людини ПХП:

- обмежувальний – 2,4 бали;
- емоціогенний – 1,8 балів середнє;
- екстернальний – 2,7 балів середнє [14; 73].

DEBQ та визначення ним ТХП цінний тим, що дозволяє конкретизувати, яка особистісна компонента потребує пріоритетної уваги під час психотерапії. Наприклад, якщо людину у терапії непокоїть зайва вага і виражений ТПХ екстернальний – у першу чергу робота вестиметься над усвідомленням поведінки та переналаштування поведінкових патернів, тоді як емоціогенний тип зверне увагу на чуттєву сферу й чинники, які мають на неї вплив залежно від психотерапевтичного підходу (наприклад, когніції, досвід минулого тощо). Тоді як виявлення обмежувального ТХП може підштовхнути до подальшої діагностики на АН та БН й роботи зі сприйняттям власного тіла та ваги, завищеними вимогами та підвищеною самокритикою тощо.

Висновки із отриманих значень за кожною із трьох шкал наведені нижче.

Обмежувальний. Якщо отриманий результат перевищує норму у 2,4 бали – це може свідчити про відсутність інтуїтивного харчування, а також про те, що респондент має «обережний» або «професійний» підхід до споживання їжі. Під «обережним» мається на увазі скерованість острахом набрати зайву вагу, що підштовхує до скорочення харчування. Тоді як «професійність» засвідчує про наявність певної системи – наприклад, підрахунку калорій або дотримування чіткого графіку-дієти, скерованість переконаннями щодо корисності їжі тощо.

Негативний сценарій можливий також якщо даний показник занижений на фоні високого показника за іншими шкалами – це може свідчити про хаотичне, слабо усвідомлюване харчування. Оптимумом слугують значення, які незначно відхиляються від норми у той чи інший бік. У даному дослідженні обмежувальний ТХП розглядається як передумова до виникнення АН, тож увага звертатиметься саме на перевищення показника в 2,4 у респондентів, хоча зв'язок типів між собою також розглядатиметься.

Емоціогенний. Якщо отриманий результат становить більше 1,8 балів – респондент вдається до заїдання з метою перепрацювання емоцій, присутня вираженість «терапевтичної» функції їжі, яка у випадку із нормалізованою ХП відсутня. У випадку із нормалізованою ХП на її місці перебуває «мотиваційна» функція, яка стосується задоволення, отриманого під час споживання їжі з метою втамування фізіологічного голоду. На фоні зі знизеним обмежувальним ТПХП, для якого характерно сприймати їжу як ворога, за емоціогенного типу їжа може набувати вагомого значення у житті людини, наділеного позитивним забарвленням, при чому у такому випадку вираженою може бути тенденція до уникнення використання інших джерел позитивних емоцій.

Екстернальний. Якщо показник нижче норми 2,7 – це може свідчити про контакт із власними фізіологічними потребами й орієнтування безпосередньо на них, тоді як перевищення норми свідчить про схильність до переїдань за доступності їжі, зокрема у соціальних ситуаціях. Респондент може скаржитися на те, що йому не можна тримати смачну їжу вдома, бо вона відразу буде з'їдена. Також у випадку вираженості екстернального типу може мати місце занадто слабо виражена компонента обмежувального типу – людина навіть за бажання й відсутності голоду почувається неспроможною зупинити себе від задоволення своєї тяги до їжі, у зв'язку із її суб'єктивною привабливістю.

Валідизація DEBQ під час його створення відбувалася на 1170 респондентах. Однак опису процесу адаптації на українській вибірці знайдено не було, тож було проведено внутрішню узгодженість шкал на українській вибірці (n=120) методом альфа Кронбаха, при чому було виведено наступні альфа Кронбаха за кожною зі

шкал:

- обмежувальний: $\alpha = 0,939$
- емоціогенний: $\alpha = 0,964$
- екстернальний: $\alpha = 0,899$
- для усього опитувальника: $\alpha = 0,955$.

Отримані значення свідчать про те, що адаптація DEBQ для української вибірки є якісною.

Після визначення опитувальника для діагностики ПХП було зроблено розгляд валідизованих психодіагностичних методик для діагностики перфекціонізму. Серед таких було розглянуто нижченаведені.

1. Багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста (Frost Multidimensional Perfectionism Scale або FMPS, 1990), спрямована на виявлення надзвичайно високих стандартів разом із надмірно критичною оцінкою щодо власної поведінки, що супроводжується тривожністю, спричиненою страхом помилок, негативною оцінкою інших та невпевненістю щодо власних рішень. Вона охоплює ПП та ПЗ, розглянуті у п. 1.3, містить 35 тверджень, які дозволяють визначити шість компонентів перфекціонізму – «організованість», «стурбованість помилками», «невпевненість у власних діях», «персональні стандарти», «критика батьків», «очікування батьків» [9; 40].

2. Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта (The Multidimensional Perfectionism Scale, 1991) є методикою, що складається із 45 тверджень, розподілених за 3-ьома шкалами. Ці шкали спрямовані на визначення спрямованості перфекціонізм: «перфекціонізм, орієнтований на себе», «перфекціонізм, орієнтований на інших» і «соціально-приписаний перфекціонізм», а не на його окремі складники, як «перфекціоністські прагнення» та «перфекціоністські занепокоєння» тощо, згадувані у п. 1.3 [9; 38; 43].

3. Велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шерпі (The Three Big Perfectionism Scale, ТТВПС, 2016) було розроблено беручи в основу розробки недоліки уже наявного інструментарію для діагностики перфекціонізму. Методика складається із 44 тверджень, які

дозволяють виміряти перфекціонізм як багатовимірне явище, розподілене між 10-ма шкалами. Шкали стосуються окремих психологічних складників перфекціонізму, що об'єднуються між собою за 3-ма типами перфекціонізму: жорстким, самокритичним та нарцисичним [9; 70].

4. Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені (The Almost Perfect Scale – Revised, APS-R, 1999) сформована із 23 питань, розподілених за трьома шкалами. Опитувальник використовується для уточнення наявності рис «здорового» та «невротичного» перфекціонізму: дві шкали, спрямовані на вимірювання адаптивного перфекціонізму (шкала «високі стандарти» та шкала «прагнення до порядку»); одна шкала, спрямована на вимірювання дезадаптивного перфекціонізму («занепокоєння у зв'язку з невідповідністю високим стандартам») [9; 67].

5. Шкала перфекціонізму Дженкінс-Фрідмана та Бренскі-Мерфі (Empowering Gifted Behavior Scale (Jenkins-Friedman, Bransky and Murphy, 1986)) складається із 11 пар по 2 твердження, серед яких треба обрати одне. У кожній парі одне твердження зі шкали «Поведінка, яка перешкоджає досягненню мети» (нетерплячість, унікаюча поведінка щодо завдань, у яких можна зіштовхнутися з невдачею) та інше – зі шкали «Поведінка, яка мотивує досягати мету» (висока, але досяжна планка, здатність отримувати задоволення від процесу та результату тощо) [9; 64].

Відповідно до мети дослідження вибір проводився між двома опитувальниками, що розглядали б перфекціонізм як багатовимірне явище – Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г. Флетта, яка продемонструвала високу якість на клінічних та неклінічних вибірках, а також Великою тривимірною шкалою перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі.

У випадку із першим опитувальником – можна було б дослідити зв'язок між трьома ТХП, отримані за DEBQ, та трьома спрямованостями перфекціонізму. Однак даний опитувальний враховує лише ПП, тоді як ПЗ, що у випадку із ПХП, мають суттєвішу роль, зокрема для АН та БН як зазначалося у п.1.3, враховано не

було б. Тож вибір було зроблено на користь другого опитувальника, який став результатом аналізу помилок його попередників – ТТВПС.

Велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі (ТТВПС) було оприлюднено у 2016 році й менш ніж за 10 років вона встигла себе зарекомендувати. У порівнянні із більшістю відомих опитувальників щодо перфекціонізму, розроблених у 1980-1990 роках, вона є новою.

Опитувальник містить 44 твердження, які треба оцінити за шкалою від 1 до 5, де 1 = «повністю не згодна(-ен)», 2 = «не згодна(-ен)», 3 = «важко визначитися», 4 = «згодна(-ен)», 5 = «повністю згодна(-ен)».

Алгоритм обробки наступний:

- 1) отримані результати розподіляються за 10 шкалами, залежно від номерів тверджень;
- 2) після цього відбувається підсумовування результатів за кожною зі шкал;
- 3) визначається рівень вираженості за кожною зі шкал.

Тлумачення шкал та орієнтир для обробки, а саме номери тверджень за шкалами, групування шкал за типом та значення щодо рівня вираженості, наведено нижче [9; 70].

Тип 1: Жорсткий перфекціонізм – завищені ПП:

- від 1 до 9 включно;
- низький: <29; середній: 29-35; високий: >35;

Складники:

1) «перфекціонізм, орієнтований на себе» – ПП у всьому:

- твердження: від 1 до 4 включно;
- низький: <13; середній: 13-16; високий: >16;

2) «проблеми з самооцінкою» – занижена самоцінність на основі ПП:

- від 5 до 9 включно;
- низький: <15; середній: 15-19; високий: >19.

Тип 2: Самокритичний перфекціонізм – вираженість ПЗ, зокрема через завищені ПП:

- Від 10 до 27 включно;
- низький: <44; середній: 44-56; високий: >56;

Складники:

3) «стурбованість помилками» – ПЗ, надмірно виражене занепокоєння щодо помилок, через що вони сприймаються як значні невдачі:

- від 10 до 14 включно;
- низький: <12; середній: 12-17; високий: >17;

4) «сумніви у власних діях» – нерішучість через ПЗ:

- від 15 до 19 включно;
- низький: <9; середній: 9-13; високий: >13;

5) «самокритика» – вираженість ПЗ, коли ПП не виконуються:

- від 20 до 23 включно;
- низький: <12; середній: 12-15; високий: >15;

6) «соціально-приписаний перфекціонізм» – сприймання оточення як таких, що встановлює ПП:

- від 24 до 27 включно;
- низький: <8, середній: 8-13, високий: >13.

Тип 3: Нарцисичний перфекціонізм – для вираження «грандіозності» людей, які вважають себе краще для інших, тож можуть висувати до оточення нереалістичні очікування – автори пропонують використовувати його розгляд для самозвіту:

- від 28 до 44 включно;
- низький: <36, середній: 36-46, високий: >46;

7) «перфекціонізм, орієнтований на інших» – наявність ПП відносно поведінки інших;

- від 28 до 32 включно;
- низький: <12; середній: 12-16; високий: >16;

8) «гіперкритика» – виражене знецінення дій оточення та нетерпимість до їх недосконалості (ПЗ до оточення):

- від 33 до 36 включно;

- низький: <9; середній: 9-12; високий: >12;

9) «упевненість у тому, що мені усі щось винні» – бажання захопленістю досконалістю особистості з боку оточення:

- від 37 до 40 включно;
- низький: <7; середній: 7-11; високий: >11;

10) «претензійність» – уявлення про себе як про кращого за інших:

- від 41 до 44 включно;
- низький: <8; середній: 8-12; високий: >12.

Загальний рівень перфекціонізму:

- від 1 до 44 включно;
- низький: <114, середній: 114-135, високий: >135.

Отже, даний опитувальник було обрано як найкращий із можливих варіантів, адже попри відносно невелику кількість питань він дає змогу отримати результати щодо десяти психологічних складників перфекціонізму із можливістю для їх подальшого розподілу за типами – це відкриває чимало можливостей для встановлення зв'язків із ТХП.

Для проведення дослідження використовувався ТТВПС в адаптації на українській вибірці Т.В. Грубі. Оригінальна версія опитувальника містила 45 тверджень, але під час адаптації на українській вибірці кількість тверджень було зменшено до 44. Було прибрано твердження «Я відчуваю потребу у самовдосконаленні», яке мало незначну факторну вагу, а саме 0,245, при чому кореляція із сумарним балом була ще меншою – 0,015. Тому україномовний опитувальник містить 44 твердження замість 45 тверджень, наданих в оригінальному.

Загальний коефіцієнт надійності для опитувальника: $\alpha = 0,912$, що оцінюється як «надзвичайно хороший» результат.

2.2. Формування вибірки та збір даних

Два опитувальники було об'єднано у Google-Form, де перший опитувальник про перфекціонізм було розділено на 2 блоки по 22 питання для зручності проходження, тоді як третій блок було присвячено опитувальнику про ХП. Сумарно опитувальник складався із 77 тверджень, вибір відповідей на які сумарно займав до 10 хвилин.

Дані було зібрано протягом першого тижня квітня 2024 року. Опитування проводилося й поширювалося онлайн в один етап, адже було обрано метод «поперечних зрізів».

Сумарно відповіді надало 120 респондентів, серед яких 103 жінки, що становить 85,8% від загальної кількості респондентів, та 17 чоловіків, що становить 14,2 % від загальної кількості (рис. 2.3).

Стать

120 відповідей

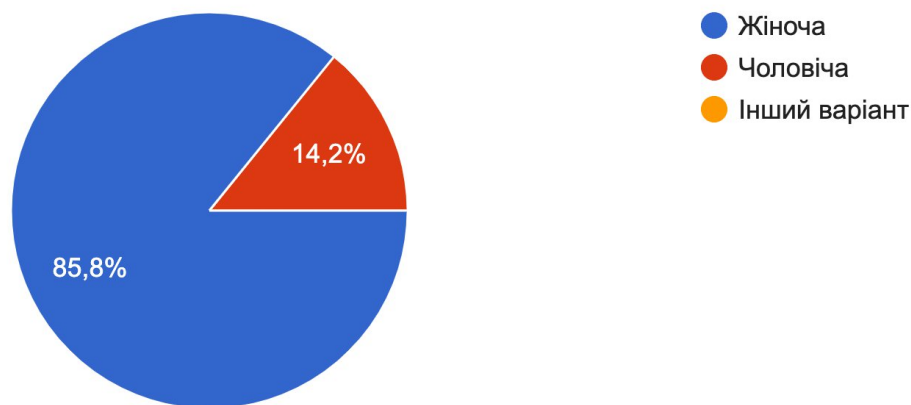


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за статтю

Вік опитуваних становив від 12 до 47 років, при чому найбільше респондентів мали вік 18 років – 26 респондентів (21,7%). По 12 учасників мали вік 17 та 19 років, що становило по 10% (рис. 2.4).

Age

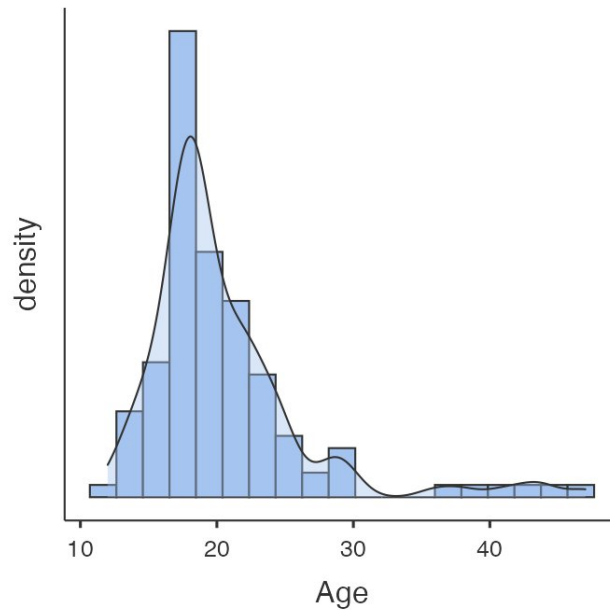


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за віком

Опитування поширювалося в соціальних мережах: в Instagram та Telegram. Частина респондентів прийшла із блогу на тематику психології, частина – із блогу на тематику ІТ, тоді як решта – із блогу нутриціолога, де підіймається тематика ПХП.

За отриманими результатами було вирішено розділити респондентів на дві групи за статтю. Це дозволить простежити поширеність ПХП та підвищеного перфекціонізму окремо у чоловіків та жінок й порівняти їх між собою.

Висновки до розділу 2

1. У результаті аналізу низки праць українських та іноземних дослідників було сформовано концептуальну модель емпіричного дослідження, в основі якої лежить вісім гіпотез. Серед сформованих науковцями гіпотез, які потребують подальшого вивчення наступні: по-перше, жінки більше схильні до ПХП аніж чоловіки; по-друге, психологічні чинники ПХП для жінок та чоловіків відрізняються; по-третє, ТПХП є пов'язаними, тож їх прояви в однієї людини можуть чергуватися; по-четверте, перфекціонізм є предиктором ПХП: чим вище

перфекціонізм, тим вища ймовірність виникнення та вираженість ПХП. Серед гіпотез, яким характерна наукова новизна наступні: по-перше, серед типів перфекціонізму є такі, що виступають більш значущими предикторами ПХП; по-друге, жорсткий тип перфекціонізму є насамперед предиктором обмежувального ТПХП, але водночас є предиктором емоціогенного ТПХП; по-третє, самокритичний тип перфекціонізму має найбільший зв'язок з усіма ТПХП й виступає найвпливовішим предиктором серед усіх типів перфекціонізму; по-четверте, шкали, що виступають складниками типів перфекціонізму, різною мірою виступають предикторами ТПХП.

2. Для дослідження харчової поведінки було обрано Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ, 1986), що дозволяє визначити схильність до ТПХП – обмежувального, емоціогенного чи екстернального. Даний опитувальник не було адаптовано для української вибірки, тож проводився розрахунок альфа Кронбаха за окремими шкалами та для опитувальника в цілому – для обмежувального ТПХ $\alpha = 0,939$, емоціогенного – $\alpha = 0,964$, екстернального – $\alpha = 0,899$; для усього опитувальника – $\alpha = 0,955$.

3. Для дослідження перфекціонізму було обрано Велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі (ТТВПС, 2016), що дозволяє визначити рівень вираженості перфекціонізму загалом, за 10-ма окремими шкалами та 3-ма типами перфекціонізму, у які групуються результати отриманих шкал. Опитувальник ТТВПС було адаптовано для української вибірки Т.В. Грубі: отриманий альфа Кронбаха становить $\alpha = 0,912$, що свідчить про «надзвичайно хороший» результат щодо надійності адаптованого опитувальника.

4. Два опитувальники було зібрано у Google-Form й використано для збору даних шляхом поширення соціальними мережами, а саме Instagram та Telegram. Загальна кількість респондентів – 120, серед яких: 103 жінки – 85,8% та 17 чоловіків – 14,2%. При чому вік опитуваних становив від 12 до 47 років, із найбільшою кількістю 18-річних респондентів – 21,7%.

5. За результатами вибірку було вирішено поділити на дві групи за статтю. Зважаючи на те, що, як зазначалося у п. 1.2, М. Вудман під час проведення

власного дослідження було виявлено відмінності між чинниками РХП для чоловіків та жінок, такий поділ сприяє дослідженню гіпотези стосовно того, чи входить перфекціонізм до таких чинників.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ТИПІВ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДНИКІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ

3.1. Первинна обробка отриманих даних

Перевірка даних на нормальність розподілу. На рис. 3.1. наведено розподіл даних за шкалами «ПХП» та «Перфекціонізм» відповідно.

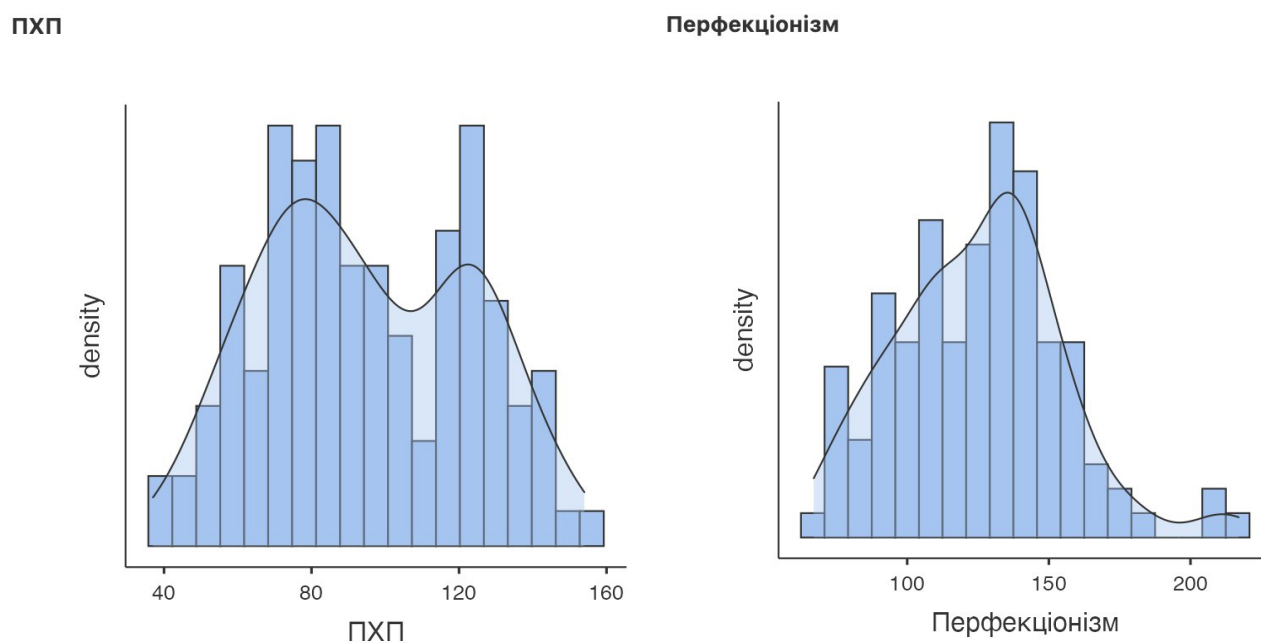


Рис. 3.1. Розподіл даних за шкалою «ПХП» та шкалою «Перфекціонізм»

Їх вигляд свідчить про ненормальність розподілу, але було проведено подальшу описову статистичну обробку із підрахунком коефіцієнтів розподілу та нормальності (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Описова статистика вибірки за шкалою ПХП та шкалою Перфекціонізм

	ПХП	Перфекціонізм
Кількість	120	120
Середнє значення	94,8	125
Медіана	92,0	128
Стандартне відхилення	28,2	29,2
Мінімальне значення	37	67
Максимальне значення	154	217
Коефіцієнт асиметрії	0,117	0,404
Стандартне відхилення коефіцієнту асиметрії	0,221	0,221
Коефіцієнт ексцесу	-0,980	0,558
Стандартне відхилення коефіцієнту ексцесу	0,438	0,438
Shapiro-Wilk W	0,971	0,976
Shapiro-Wilk p	0,011	0,033

Коефіцієнт асиметрії (Skewness) для шкали «ПХП» становить 0,117, а для шкали «Перфекціонізм» 0,404. Й те й інше значення перебуває у діапазоні між -0,5 та 0,5, що свідчить про те, що розподіл наближений до симетричного, при чому в обох випадках коефіцієнт додатний.

Коефіцієнт ексцесу (Kurtosis) для шкали «ПХП» становить -0,980 та 0,558 для шкали «Перфекціонізму», що також підпадає у діапазон норми – від -1 до 1, але

значення тяжіють до -1 та до 1.

Shapiro-Wilk W у випадках з обома шкалами перевищує 0,95 і наближається до 1 – 0,971 та 0,976 для шкали «ПХП» та шкали «Перфекціонізму» відповідно. Однак Shapiro-Wilk p в обох випадках – 0,011 та 0,033 є менше від 0,05, а отже нульова гіпотеза про нормальність розподілу відхиляється і розподіл визнається ненормальним.

Як результат, розподіл для отриманої вибірки є ненормальним, але при цьому коефіцієнт асиметрії, коефіцієнт ексцесу та Shapiro-Wilk W перебувають у діапазоні норми для обох шкал, що дає змогу свідчити про допустимі обсяги викидів. Тому для аналізу використовуватимуться непараметричні критерії – для встановлення кореляції критерій Спірмена, а для Т-тесту – критерій Манна-Уїтні, а саме для відслідковування відмінностей між групою чоловіків та групою жінок.

Перевірка на лінійність розподілу. У результаті дослідження лінійності розподілу між основними шкалами було встановлено його лінійний характер (рис. 3.2).

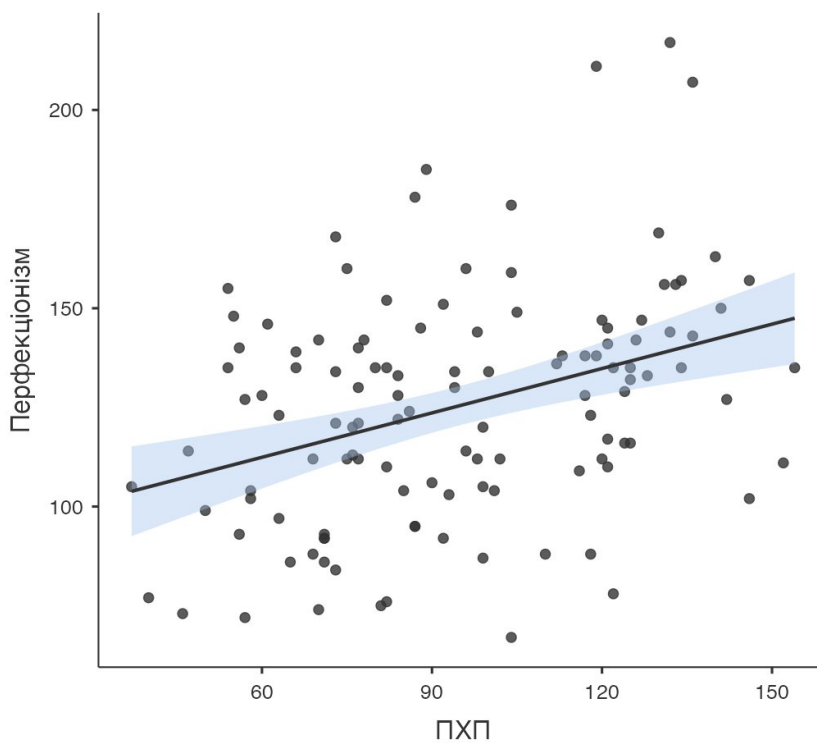


Рис.3.2. Графік лінійності розподілу між шкалами ПХП та Перфекціонізм

Однак під час дослідження лінійності окремо груп чоловіків та жінок було

встановлено, що група чоловіків має нелінійний характер (рис. 3.3).

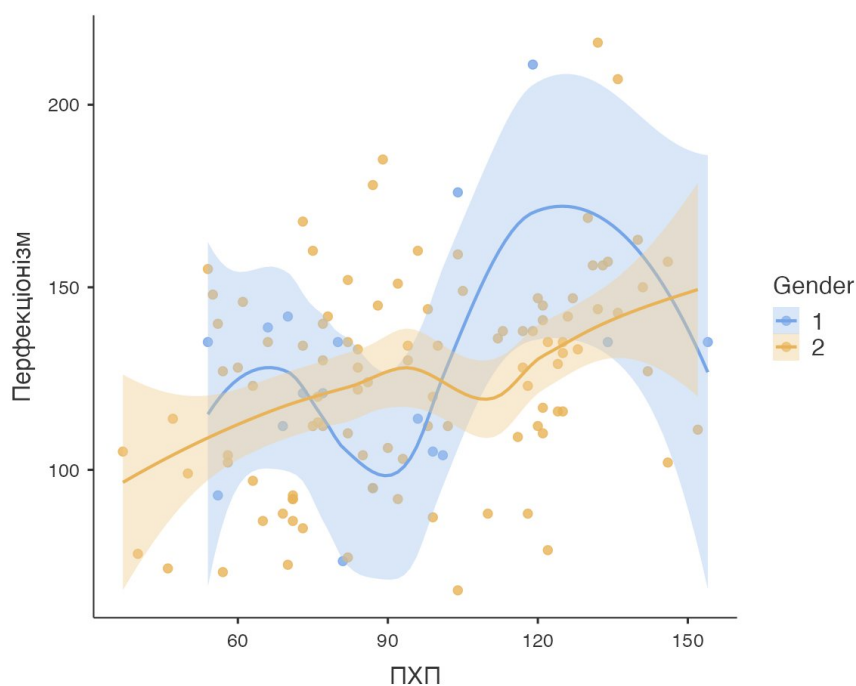


Рис. 3.3. Графік лінійності розподілу між шкалами за статтю

Це дає змогу припустити, що гіпотеза М. Вудман, сформована під час проведення нею асоціативного експерименту, щодо того, що чиники РХП для чоловіків та жінок відрізняються може мати сенс, й що перфекціонізм перебуває серед числа таких відмінних чинників.

Проте оскільки чоловіча вибірка становить лише 17 осіб на відміну від 103 жінок, остаточні висновки зробити складно й питання потребує подальшого дослідження на перевірку наступної гіпотези: у чоловіків зв'язок між вираженістю ПХП та перфекціонізмом є нижчим, аніж у жінок. Тож перфекціонізм у їхньому випадку не виступатиме одним із ключових чинників.

Тож у процесі аналізу даних для виявлення зв'язків та пошуку предикторів було вирішено зосередитися саме на обробці вибірки групи жінок, хоча загальний опис результатів за шкалами здійснено для обох груп, на фоні чого відбувалося порівняння отриманих значень між чоловіками та жінками. Також для порівняння й розуміння загальної картини було прийнято рішення обрахувати U-критерій Манна-Уїтні.

U-критерій Манна-Уїтні. Встановлюючи різницю між двома вибірками,

розподіленими за статтю, було визначено, що за шкалою ПХП жіноча вибірка має більші значення ніж чоловіча – $p = 0,166$, (табл. 3.2). Для інших гіпотез значення p було більше, наприклад, для умови, що за групою 2 (чоловіки) значення більші ніж за групою 1 (жінки) – $p = 0,836$.

Таблиця 3.2

U-критерій за ПХП для умови група 1 (жінки) > групи 2 (чоловіки)

		Statistic	p
ПХП	U-критерій Манна-Уїтні	746	0,166

Описова статистика за групами за статтю, зображена у табл. 3.3 та на рис. 3.4, свідчить про аналогічне, адже середнє значення для жінок становить більше середнього значення для чоловіків, як і медіана – 95,6 та 89,4 та 93,0 та 81,0 відповідно.

Таблиця 3.3

Описова статистика за статтю для шкали ПХП

	Група	Кількість	Середнє значення	Медіана	Станд. відхилення	Станд. похибка
ПХП	1	103	95,6	93,0	28,4	2,80
	2	17	89,4	81,0	27,2	6,59

ПХП

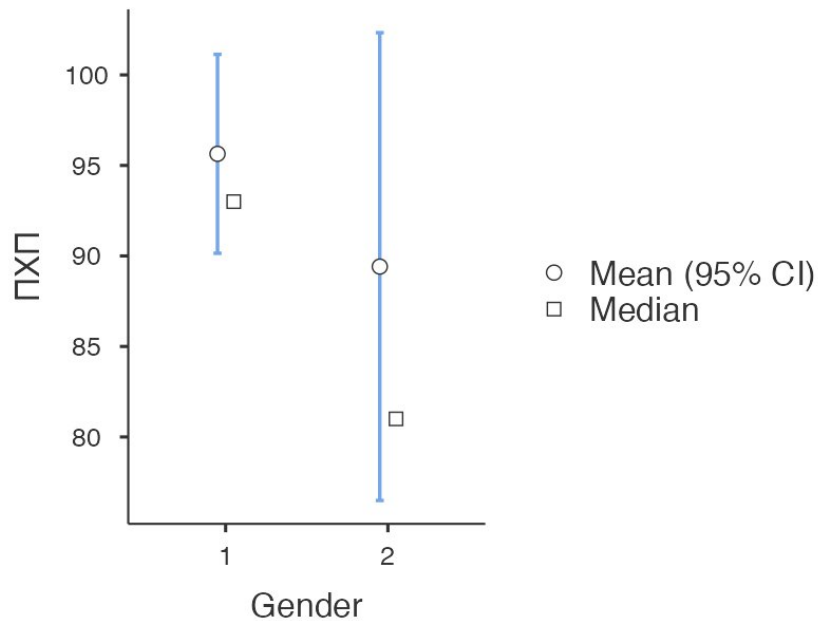


Рис. 3.4. Шкала ПХП: описова статистика за статтю

Аналогічні показники було обраховано для шкали «Перфекціонізм». У цьому випадку так само найнижче значення p було отримано для умови, що у групі 1 показник є більшим – 0,436, однак для умови, що показник є більшим для чоловіків значення p відрізнялося несуттєво – 0,567 (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

U-критерій за шкалою «Перфекціонізм» для умови група 1 (жінки) > групи 2 (чоловіки)

		Statistic	p
Перфекціонізм	U-критерій Манна-Уїтні	854	0,436

За описовою статистикою за шкалою перфекціонізм було отримано результати, зображені у табл. 3.5 та на рис. 3.5.

Описова статистика за статтю для шкали Перфекціонізм

	Група	Кількість	Середнє значення	Медіана	Станд. відхилення	Станд. похибка
Перфекціонізм	1	103	125	128	28,9	2,85
	2	17	126	121	32,1	7,77

Перфекціонізм

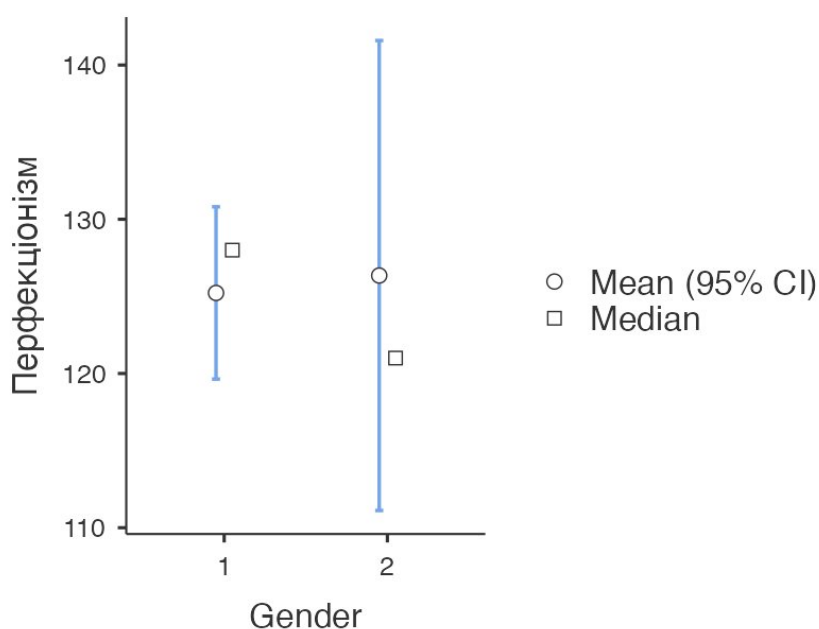


Рис. 3.5. Шкала «Перфекціонізм»: описова статистика за статтю

Середнє значення більше для чоловіків лише на одиницю – 125 для чоловіків та 126 для жінок, однак медіана є більшою для жіночої вибірки, а саме – 128, тоді як для чоловічої вона становить – 121. Це свідчить про те, що жінки більше тяжіють до середнього рівня перфекціонізму, тоді як чоловікам характерний більший розкид від невиражених до надмірно виражених показників перфекціонізму.

Враховуючи результати, отримані на даному етапі, для пошуку зв'язків між ПХП та перфекціонізмом, а також визначення предикторів було прийнято рішення зробити дослідницький акцент на жіночій частині вибірки. Адже її дані мають

лінійний та більш репрезентативний характер.

Окрім того, це дає змогу врахувати гіпотезу, висловлену М. Вудман під час проведення асоціативного експерименту щодо відмінності психологічних чинників ПХП для чоловіків та жінок (див. п. 1.2). Однак опрацювання результатів на етапі первинної діагностики ПХП, а також перфекціонізму, було проведено для обох вибірок, маючи на меті порівняти отримані результати.

3.2. Первинна діагностика типів харчової поведінки та психологічних складників перфекціонізму

3.2.1. Первинна діагностика типів харчової поведінки за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ)

За результатами проходження DEBQ було отримано результати, наведені в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Розподіл респондентів за Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ)

№	Тип порушень харчової поведінки	Наявність порушення	
		Кількість осіб із 120	%
1	Обмежувальний	73	60,8
2	Емоціогенний	88	73,3
3	Екстернальний	82	68,3

Отримані показники не можна вважати середньостатистичними, адже частина респондентів прийшла від блогерки нутриціолога, що спеціалізується на ПХП, тож можна вважати, що серед її аудиторії кількість осіб із ПХП перевищує середні показники серед населення. Проте така вибірка задовольняє мету дослідження, адже дає змогу здійснити аналіз зв'язків у тому числі у людей із вираженою симптоматикою ПХП.

У результаті найбільш поширений ТПХП серед вибірки – емоціогенний – 73,3%, тоді як найменш поширений – екстернальний – 60,8%, проміжну позицію займає екстернальний тип – 68,3%, показник якого ближче до емоціогенного. Однак вартим уваги є те, що усі 3 показники є підвищеними й різниця між ними незначна – 12,5%.

Далі було проведено аналіз отриманих значень за розподілом за статтю, наведених у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняння розподілу респондентів за DEBQ за статтю

№	Тип харчової поведінки	Розподіл у межах статі			
		Чоловіки		Жінки	
		Кількість	%	Кількість	%
1	Обмежувальний	5	29,4	68	66,0
2	Емоціогенний	5	29,4	83	80,5
3	Екстернальний	11	64,7	71	68,9

У жінок отримані показники за усіма ТПХП є вищими, аніж у чоловіків, причому у випадку обмежувального типу показник відрізняється в 2,25 разів: 66,0 % у жінок на противагу 29,4% у чоловіків; у випадку із емоціогенним – у 2,74 рази: 80,5% у жінок на противагу 29,4% у чоловіків, а у випадку із екстернальним – лише в 1,07 разів: 68,9% у жінок на противагу 64,7% у чоловіків.

У межах жіночої групи найпоширенішим ТПХП є емоціогенний, який відрізняється від найменш поширеного із трьох – обмежувального – на 14,5%. Тобто у межах сформованої жіночої вибірки усі показники ТПХП є високими, але емоціогенний виступає найпоширенішим, випереджаючи як обмежувальний, так і екстернальний, різниця між якими становить лише 2,9%.

У межах чоловічої групи найпоширенішим ТПХП є екстернальний, який на

відміну від ситуації у жіночій групі значно випереджає показники обмежувального та емоціогенного, які становлять 29,4%, тоді як екстернальний – 64,7%, тобто у 2,2 рази.

Отримані результати підштовхують до наступних висновків:

- 1) у сформованій вибірці наявна вища поширеність ПХП, аніж у середньостатистичній, бо частина респондентів прийшла із тематичного середовища;
- 2) для загальної вибірки характерний високий рівень ПХП за усіма трьома ТПХП – обмежувальним (60,8%), емоціогенним (73,3%) та екстернальним (68,3%);
- 3) найпоширеніший ТПХП для загальної вибірки – емоціогенний (73,3%);
- 4) %-ова поширеність ТПХП між статями відрізняється;
- 5) для жінок характерні високі показники за усіма трьома ТПХП – кожен із них характерний для більшої частини респондентів жіночої статі;
- 6) серед жінок послідовність за поширеністю наступна: емоціогенний – 80,5%, екстернальний – 68,9%, обмежувальний – 66,0%, при чому поширеність емоціогенного ТПХП для жіночої вибірки є виражено високою;
- 7) для чоловіків характерні низькі показники за обмежувальним та емоціогенним типом – по 29,4%, але висока поширеність екстернального типу – 64,7%, що, на відміну від інших ТПХП, дуже близька до показника жінок – 68,9%.

Отже, ПХП більш поширені у жінок аніж чоловіків, зокрема обмежувальний та емоціогенний типи зі значною відмінністю поширеності між статями, але екстернальний тип за результатами сформованих вибірок поширений між групами чоловіків та жінок майже однаково. Але оскільки чоловіча вибірка є незначною за кількістю, порівняно з жіночою, дана гіпотеза потребує подальшого вивчення.

Серед жінок найпоширеніший ТПХП – емоціогенний, тоді як серед чоловіків – екстернальний. Це підштовхує до висновків, що жінки значно більше схильні тяжіти до розрядки емоційної напруги за допомогою їжі, а також застосовувати

обмеження у харчуванні з метою контролю форми та ваги, ніж чоловіки. Проте реагувати на зовнішні харчові стимули, як запах, вигляд їжі, застілля, їжа за компанію тощо – чоловіки та жінки схильні приблизно однаково, при чому для сформованої вибірки така поведінка є доволі характерною.

Отримані результати щодо екстернальної ХП можуть слугувати підґрунтям для формування гіпотез на тему причини її вираженості як у чоловіків, так і жінок. Припускається, що така схильність може мати культурний характер – у п.1.1 йшлося про біосоціальну природу харчової поведінки. Гіпотеза могла б звучати у наступний спосіб: в українському суспільстві є схильність до екстернальної харчової поведінки. Крім того, українці мають історичне підґрунтя – зокрема Голодомор, що могло сформувати ідею надцінності їжі, що передається із покоління у покоління і проявляється у тому, щоб доїдати до кінця, навіть якщо не голодний інакше їжу доведеться викидати – правило «чистої тарілки». У п. 1.1 йшлося про вітальність їжі, але у випадку з історичним контекстом українців, їжа використовувалася як знаряддя, що приносило смерть, а саме шляхом її позбавлення. Також ідея надцінності їжі проявляється у тому, що свято асоціюється у першу чергу із застіллям, а не із проведенням часу на природі, іграми тощо.

3.2.2. Первинна діагностика психологічних складників перфекціонізму за допомогою Великої тривимірної шкали перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі (ТТВПС, 2016)

Розгляд психологічних складників перфекціонізму відбуватиметься за кожним із типів та шкал, із яких вони сформовані, а саме окремо для жорсткого, самокритичного та нарцисичного перфекціонізму.

1. *Жорсткий тип перфекціонізму.* Розгляд даних для першого типу – жорсткого перфекціонізму – наведено у табл. 3.8.

Жорсткий перфекціонізм: розподіл за рівнем вираженості за статтями

	Рівень вираженості	Жінки, %	Чоловіки, %
<i>«Перфекціонізм, орієнтований на себе»</i>	<i>низький:</i>	36,9	41,2
	<i>середній:</i>	52,4	35,3
	<i>високий:</i>	10,7	23,5
<i>«Проблеми з самооцінкою»</i>	<i>низький:</i>	32,0	23,5
	<i>середній:</i>	28,2	35,3
	<i>високий:</i>	39,8	41,2
Жорсткий перфекціонізм	<i>низький:</i>	36,9	23,5
	<i>середній:</i>	37,9	47,1
	<i>високий:</i>	25,2	29,4

Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе». Найпоширенішим для жінок виявився середній рівень вираженості перфекціонізму, орієнтованого на себе – 52,4%, тобто він характерний для більшої частини респонденток. Водночас другим за поширеністю є низький рівень перфекціонізму орієнтованого на себе – 36,9%, тоді як високий рівень перфекціонізму є найменш поширеним – 10,7.

Більшості чоловіків із вибірки характерний низький рівень перфекціонізму орієнтованого на себе – 41,2%. Другим за вираженістю є середній рівень – 35,3%, тоді як найменша кількість респондентів, як і у випадку з жінками, має високий рівень – 23,5%.

Порівняння результатів жінок та чоловіків свідчить про те, що жінкам більш характерний середній рівень перфекціонізму, орієнтованого на себе, аніж низький,

на відміну від чоловіків. Водночас чоловіки відрізняються більшим показником високого рівня перфекціонізму орієнтованого на себе. Тобто жінки тяжіють до середнього рівня ПП, тоді як чоловіки у більшості тяжіють до нижчих ПП, аніж жінки, водночас %-ток осіб, чії стандарти до себе зависокі, серед чоловіків більше, ніж серед жінок.

Шкала «Проблеми з самооцінкою». Більшість із жінок має високий рівень проблем із самооцінкою – 39,8%, тоді як середній рівень – 28,2%, а низький – 32,0%. Тоді як у чоловіків співвідношення дещо інше: високий рівень – 41,2%, за ним середній – 35,3% й на останньому місці низький – 23,5%. Отже, для розглянутих вибірок характерним є те, що чоловіки мають більші проблеми із самооцінкою, аніж жінки.

Проводячи паралель зі шкалою «Перфекціонізм, орієнтований на себе» й відмінністю між чоловіками та жінками, у ході обробки було висунуто гіпотезу, щодо зв'язку між шкалами. Адже жінки тяжіють до середнього рівня ПП, які за адекватності вимог визначаються як ознаки адаптивного перфекціонізму, спроможного сприяти психологічному добробуту, й водночас мають меншу проблему із самооцінкою, аніж чоловіки. Тоді як у чоловіків більше розкид між низькими ПП та високими – й те, й інше може чинити несприятливий вплив на самооцінку, яка у них є нижчою від жінок, адже вираженість низьких ПП може призводити до обмеження можливостей для її підвищення, тоді як зависокі ПП – створювати надвимоги, тяжкі й навіть нереальні для досягнення, що може також погіршувати проблеми із самооцінкою. Дана гіпотеза потребує подальшого вивчення.

Загальний показник жорсткого перфекціонізму. Найбільше жінок має середній рівень жорсткого перфекціонізму – 37,9%, але їх кількість незначно відрізняється від низького рівня – 36,9%. Тоді як високий рівень жорсткого перфекціонізму мали 25,2% жінок. Тобто такий сумарний результат для двох розглянутих шкал, що входять до даного типу, дає змогу стверджувати, що навіть якщо значна частина жінок має ПП – вони є реалістичні і їм вдається їм відповідати,

адже ці ПП не мають поширеного вираженого негативного впливу на самооцінку, тобто здебільшого задовольняються.

Тоді як у випадку із чоловіками найпоширенішим є середній рівень жорсткого перфекціонізму – 47,1%, високий рівень другий за поширеністю – 29,4% та найменша поширеність для низького рівня – 23,5%. Це могло б свідчити про наявність проблем із самооцінкою у чоловіків у зв'язку із невідповідністю завищеним ПП, але судячи із результатів за шкалою «Перфекціонізм, орієнтований на себе» – це не є поширеним у межах даної вибірки. Однак самооцінка формується не виключно за рахунок високих вимог до себе (ПП), тож пояснення високого рівня «Проблем із самооцінкою» може мати основу, наприклад, у «Стурбованості помилками» (ПЗ), що аналізуватиметься під час розгляду наступного типу перфекціонізму – Самокритичного.

2. *Самокритичний тип перфекціонізму.* Загальний показник перфекціонізму самокритичного типу за статями, а також окремо за шкалами, що входять до даного типу, наведено нижче.

Шкала «Стурбованість помилками». Більшість жінок та чоловіків мають високий рівень стурбованості помилками – 52,4% та 58,8% відповідно. При чому чоловіки мають більшу схильність до стурбованості помилками, адже другу позицію за кількістю займає середній рівень – 23,5%, а останню низький – 17,7%. Тоді як для жінок друге місце за поширеністю займає низький рівень – 28,2%, а середній останнє – 19,4%. Вищі показники за шкалою у чоловіків корелюють із вищими показниками за шкалою «Проблеми з самооцінкою» жорсткого типу перфекціонізму – коефіцієнт Спірмена 0,696**, що свідчить про наявність зв'язку між шкалами.

Шкала «Сумніви у власних діях». І жінки, і чоловіки у більшості мають високий рівень сумнівів у власних діях – 55,3% та 58,8% відповідно, при чому чоловіки мають дещо більшу вираженість щодо сумнівів. Другу позицію і для жінок і для чоловіків займає середній рівень вираженості – 30,1% та 29,4% відповідно, останнє низький – 14,6% та 11,8% відповідно (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Самокритичний перфекціонізм: розподіл за рівнем вираженості за статтями

	Рівень вираженості	Жінки	Чоловіки
«Стурбованість помилками»	<i>низький:</i>	28,2	17,7
	<i>середній:</i>	19,4	23,5
	<i>високий:</i>	52,4	58,8
«Сумніви у власних діях»	<i>низький:</i>	14,6	11,8
	<i>середній:</i>	30,1	29,4
	<i>високий:</i>	55,3	58,8
«Самокритика»	<i>низький:</i>	34,0	23,5
	<i>середній:</i>	35,0	35,3
	<i>високий:</i>	31,0	41,2
«Соціально-приписаний перфекціонізм»	<i>низький:</i>	19,4	11,8
	<i>середній:</i>	51,5	58,8
	<i>високий:</i>	29,1	29,4
Самокритичний перфекціонізм	<i>низький:</i>	29,13	17,65
	<i>середній:</i>	22,33	17,65
	<i>високий:</i>	48,54	64,7

Шкала «Самокритика». Самокритика у чоловічій вибірці найбільш поширена на високому рівні вираженості – 41,2%, дещо менше на середньому –

35,3%, найменше – на низькому – 23,5%. У жінок самокритика менш виражена і розподілена між рівнями вираженості більш рівномірно: високий – 31,0%, середній – 35,0%, високий – 34,0%. Ситуація розподілу за рівнями вираженості за статтями подібна між шкалами, що стосуються ПЗ. У жінок розподіл більш рівномірний, тяжіє до середнього рівня, тоді як у чоловіків тяжіння до високого рівня.

Шкала «Соціально-приписаний перфекціонізм». І у жінок, і у чоловіків найбільш поширений середній рівень вираженості соціально-приписаного перфекціонізму – 51,5% та 58,8% відповідно. При чому у чоловіків показники соціально-приписаного перфекціонізму високого та середнього рівня вище ніж у жінок. Тобто за даними сформованих вибірок чоловіки більше схильні орієнтуватися на стандарти соціуму ніж жінки. Але водночас у контексті ПХП і форми тіла цей критерій нерідко виступає значущим – справа може бути у тому, що суспільство висуває стандарти до зовнішності жінок значно вищі критерії, а ніж до зовнішності чоловіків. Критерій про надмірну увагу до форми тіла один із головних у контексті АН та БН. Тож ця увага у випадку із жінками може підживлюватися саме критерієм соціально-приписаного перфекціонізму. Це може слугувати однією із причин того, чому у чоловіків при вищій вираженості соціально-приписаного перфекціонізму нижчі показники ПХП. Й це також працює на користь гіпотези, висунутої М.Вудман під час проведення асоціативного експерименту, стосовно того, що у чоловіків підґрунтя для розвитку РХП є іншим, ніж у жінок, тож має досліджуватися окремо. Це можна простежити на прикладі наповнення одного й того ж критерію, який різнитиметься для чоловіків та жінок – як у прикладі із соціально-приписаним перфекціонізмом.

Загальний показник самокритичного перфекціонізму. І серед жінок, і серед чоловіків найпоширенішим є високий рівень вираженості самокритичного перфекціонізму, при чому серед чоловіків значення є вищим – 64,7% на противагу 48,54% у жінок. Між низьким та середнім рівнем розподіл у чоловіків за поширеністю однаковий – 17,65%, тоді як у жінок нижчий рівень – 29,13% є більш поширеним ніж середній – 22,33%. Тобто отримані результати дають змогу стверджувати, що чоловікам більш притаманно картати себе, зокрема через високу

стурбованість помилками, сумніви у власних діях, та певну зорієнтованість на стандарти, які висуває соціум.

3. *Нарцисичний тип перфекціонізму.* Розгляд розподілів за рівнем вираженості у жінок та чоловіків між шкалами наведено у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Нарцисичний перфекціонізм: розподіл за рівнем вираженості за статтями

	Рівень вираженості	Жінки	Чоловіки
«Перфекціонізм, орієнтований на інших»	<i>низький:</i>	58,25	41,2
	<i>середній:</i>	27,19	35,3
	<i>високий:</i>	14,56	23,5
«Гіперкритика»	<i>низький:</i>	41,75	11,8
	<i>середній:</i>	41,75	41,2
	<i>високий:</i>	16,5	47,0
«Упевненість у тому, що мені усі щось винні»	<i>низький:</i>	32,04	23,5
	<i>середній:</i>	45,63	41,2
	<i>високий:</i>	22,33	35,3
«Претензійність»	<i>низький:</i>	41,75	23,5
	<i>середній:</i>	37,86	47,1
	<i>високий:</i>	20,39	29,4
Нарцисичний перфекціонізм	<i>низький:</i>	39,81	23,5
	<i>середній:</i>	39,81	29,4
	<i>високий:</i>	20,38	47,1

Увага на даний тип перфекціонізму звертається здебільшого для збільшення рівня усвідомленості щодо взаємодії з оточенням, надвимог, які висуваються на його адресу, і можуть фруструвати особистість, якщо залишаються не зустрінутими соціумом, викликають розпач. У випадку з даними, отриманими у рамках нарцисичного типу можна провести паралель із напрямком «перфекціонізму, орієнтованого на інших» із Багатовимірною опитувальника перфекціонізму Хьюїтта та Флетта.

Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на інших». Жінки й чоловіки у своїй більшості схильні до низького рівня вимог до оточення – 58,25% та 41,2% відповідно. При чому жінки схильні висувати нижчі вимоги до інших, аніж чоловіки: середній рівень – 27,19% та 35,3% відповідно; високий рівень – 14,56% та 23,5% відповідно. Чоловіків, які висувають надвисокі вимоги до інших більше, аніж жінок.

Шкала «Гіперкритика». Однак чоловіки схильні до гіперкритики інших значно більше, аніж жінки. Високий рівень гіперкритики серед них найпоширеніший і становить 47,0% на відміну від 16,5% у жінок. Середній – 41,75% у жінок та 41,2% серед чоловіків. Тоді як низький рівень гіперкритики інших у жінок – 41,75%, а у чоловіків найменший серед трьох – 11,8%.

Шкала «Упевненість у тому, що мені усі щось винні». У жінок та чоловіків найпоширенішим є середній рівень вираженості за даною шкалою – 45,63% та 41,2% відповідно. Однак у жінок другим за поширеністю є низький рівень – 32,04%, тоді як у чоловіків навпаки високий – 35,3%. Тобто чоловіки більш схильні до упевненості у тому, що оточення має виражати захоплення на їхню адресу.

Шкала «Претензійність». Серед жінок найпоширеніший низький рівень вираженості претензійності – 41,75% на відміну від 23,5% для чоловіків, а серед чоловіків найпоширеніший середній рівень претензійності – 47,1%, на відміну від 37,86% у жінок; серед жінок високий рівень претензійності 20,39% менш поширений ніж у чоловіків – 29,4%. Отримані результати вказують на те, що жінкам менш характерне уявлення про себе як про кращих за інших.

Загальний показник нарцисичного перфекціонізму. Серед чоловіків

найпоширенішим є високий рівень вираженості нарцисичного перфекціонізму – 47,1%, на відміну від 20,38% серед жінок, тоді як для жінок характерні як низький, так і середній рівень вираженості – по 39,81%. У той час як для чоловіків низький рівень вираженості нарцисичного перфекціонізму є найменш вираженим – 23,5%, а середній становить 29,4%.

Отже, нарцисичний перфекціонізм притаманний чоловікам і нехарактерний для жінок на відміну від жорсткого і самокритичного типів. Чоловіки та жінки однаково схильні до високого рівня вираженості самокритичного перфекціонізму, де йдеться про ПЗ – надмірну критику, страх перед помилками та негативною оцінкою з боку інших, але у чоловіків він більш виражений. У випадку із жорстким типом перфекціонізму – найпоширенішим й для чоловіків, й для жінок є середній рівень вираженості.

Сумарний рівень за усіма типами представлено у шкалі «Загального перфекціонізму» (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Загальний перфекціонізм: розподіл за рівнем вираженості за статтями

	Рівень вираженості	Жінки, %	Чоловіки, %
Загальний перфекціонізм	<i>низький:</i>	40,8	11,77
	<i>середній:</i>	25,2	52,94
	<i>високий:</i>	34,0	35,29

Серед жінок більш поширеним є низький рівень перфекціонізму – 40,8%, за ним йде високий – 34,0%, останній середній – 25,2%. Серед чоловіків найпоширеніший середній рівень вираженості – 52,94%, за ним йде високий – 35,29% і найменш поширений низький – 11,77%. Тобто жіноча вибірка менш схильна до перфекціонізму аніж чоловіча.

Але важливо враховувати, що «Загальний перфекціонізм» містить сумарний показник за трьома типами, серед яких й нарцисичний, що стосується вимог до

інших. Тоді як у контексті ПХП інтерес становлять жорсткий та самокритичний типи, які стосуються адекватності вимог до себе та реакції на можливу невідповідність цим вимогам. Цей факт враховуватиметься під час проведення кореляційного та регресійного аналізів.

3.3. Встановлення зв'язків між складниками перфекціонізму і типами ПХП

Зв'язок між «ПХП» та «Перфекціонізмом». Для початку було досліджено наявність зв'язку між двома загальними шкалами «ПХП» та «Перфекціонізмом» для усіх 120 респондентів незалежно від статі. Оскільки розподіл неправильний, було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена та коефіцієнт рангової кореляції Кендала.

Статистична значущість зв'язку між шкалою «ПХП» та «Перфекціонізмом» без поділу на статі є високою, як за коефіцієнтом Спірмена, який складає 0,353***, так і за коефіцієнтом Кендала – 0,243*** (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Кореляційна матриця для ПХП та перфекціонізму

	Кореляція ПХП та перфекціонізму		
	<i>Загальний</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Коефіцієнт Спірмена	0,353***	0,169	0,371***
p-value	< .001	0,517	< .001
Коефіцієнт Кендалла	0,243***	0,113	0,259***
p-value	< .001	0,533	< .001

Також аналіз було проведено окремо для групи жінок та групи чоловіків, попри те, що вибірка чоловіків мала нелінійний характер. Кореляція для групи

чоловіків є незначною, критерій p-value вказує на те, що виявлені значення не варті уваги, на відміну від групи жінок, де статистична значущість зв'язку є вираженою $p < .001$ як за коефіцієнтом Спірмена, який складає $0,371^{***}$, так і за коефіцієнтом Кендала – $0,259^{***}$.

Оскільки чоловіча вибірка виявилася нерепрезентативною, дослідження зв'язків між субшкалами здійснюватиметься на жіночій вибірці. При цьому відкритою залишається гіпотеза щодо того, що для чоловіків перфекціонізм не виступає таким вагомим чинником для РХП, як у жінок. Також уваги варте й те, що серед опитуваних чоловіків був значно нижчий відсоток ПХП.

Зв'язок між субшкалами шкали ПХП у жінок. У п. 1.1. описувалися ідеї щодо того, що обмежувальний та емоціогенний ТХП можуть мати виражений зв'язок, адже жорсткі обмеження призводять до вираженого почуття голоду та погіршують психоемоційний стан на гормональному рівні. Через обмеження людина має високий рівень психоемоційної напруги, яке супроводжується відчуттям голоду, що робить її схильною до емоціогенного ТПХ. Аналіз зв'язку між ТПХП наведено у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Зв'язок між ТПХП у жінок

	Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
Обмежувальний	1		
Емоціогенний	$0,443^{***}$	1	
Екстернальний	$0,267^{**}$	$0,561^{***}$	1

За отриманими результатами між усіма ТПХП існує значущий зв'язок, причому найбільший він між емоціогенним та екстернальним типом – $0,561^{***}$. Людина, яка схильна до зниження емоційної напруги шляхом споживання їжі легше реагує на зовнішні харчові стимули, також їй складно зупинитися у процесі смакування. Причиною цього може слугувати те, що звертаючись до їжі, щоб

відволіктися від переживань, людина відчуває контрастні відчуття у моменті – перехід від тривоги й негативних переживань у відчуття задоволення від їжі.

Не бажаючи повертатися назад у переживання, вона може несвідомого прагнути розтягнути відчуття насолоди від їжі. Однак ситуація, яка призвела до заїдання може так і залишатися невирішеною, що робить людину, схильну до унікаючої поведінки, більш розташованою для реакцій на зовнішні стимули, наприклад, їжу, які допоможуть їй знову відвернути увагу від напружених переживань.

Також на жіночій вибірці знайшла підтвердження гіпотеза про зв'язок між обмежувальним та емоціогенним ТХП – 0,443***. У даному випадку місце має й психофізіологічне підґрунтя, адже жорсткі обмеження змінюють гормональний фон та розгойдують психічний стан підвищуючи рівень кортизолу (п. 1.2), організму складно адаптуватися до значних обмежень.

Перемикаючись між обмежувальним та емоціогенним типами людина створює «гойдалки» ваги, коли організм починає вимагати компенсації за голодування та активно накопичує запаси, якщо йому вдається отримати кілокалорії. Порушення жорстких обмежень, що супроводжується почуттям провини ще більше поглиблює поганий психоемоційний стан й віддаляє від балансу, збільшуючи дихотомію між вираженими недоїданнями (обмежувальний) та вираженими переїданнями (емоціогенний).

Оптимальним рішенням для зменшення гойдалок слугуватиме поступове введення адекватних обмежень, якщо людина ставить за мету схуднути, щоб організм встигав до них адаптуватися без виділення значної кількості гормонів стресу, інакше спроби схуднути можуть тільки ускладнювати процес схуднення.

Найменшим серед трьох видів зв'язку виявився зв'язок між екстернальним та обмежувальним типами – 0,267**, хоча він теж має статистичну значущість, але значення є меншим від зв'язку між екстернальним та обмежувальним типами у 2,1 разів. Це можна пояснити тим, що навіть якщо люди із вираженим обмежувальним типом реагують на зовнішні стимули, вони схильні контролювати свою взаємодію з ними й реагувати менше, за винятком епізодів прояву емоціогенного типу. Тому

зв'язок все ще залишається, але є менш вираженим.

У п. 1.1, під час опису АН, наводилися приклади уникнення соціальних ситуацій та інших місць, де можуть мати місце зовнішні харчові стимули – застілля, зустрічі з друзями тощо – з метою уникнути порушення харчових обмежень. Тобто тривога та страх стосовно можливості порушення обмежень все ще присутні та реакція на зовнішні харчові стимули свідомо контролюється. Наприклад, людина без обмежувального та екстернального ТПХП на застіллях теж керуватиметься почуттям голоду й це буде відчуватися як несвідомий сигнал про закінчення трапези, але у випадку із обмежувальним типом – присутній свідомий контроль, особливо якщо людина перебуває на етапі встановлення жорстких обмежень й у стані постійного голоду.

Отримані дані підштовхують до висновків, що ПХП та РХП мають комплексний характер і для кожної особи вимагають уваги до проявів у її поведінці усіх трьох ПХП – обмежувального, емоціогенного та екстернального. При чому точність картини дозволить навести встановлення вираженості того чи іншого типу, а також здійснити їх пріоритезацію для терапії. Адже, наприклад, можна припустити, що зниження жорстких обмежень, характерних для обмежувального типу, призведуть до зниження компенсаторних реакцій, що проявлятимуться у зменшенні поведінки емоціогенного типу, а також дозволять знизити «гойдалки ваги».

Як і те, що вираженість у людини емоціогенного та екстернального типу підштовхує до думки про те, що на перший час терапії людині із емоціогенною компонентою ПХП варто більш раціонально підходити до якості та кількості їжі, яку вона зберігає удома, а також поведінкових реакцій на харчові стимули – додавати свідомого контролю до споживання. Це може призвести до підвищення здатності довіряти собі, своїм рішенням, зменшить почуття провини після переїдань. Орієнтуючись на вираженість ТПХП у людини та їх співвідношення можна побудувати якісну карту терапії.

Також для розгляду можливостей покращення терапії було здійснено розгляд між ТПХП та окремими типами перфекціонізму та шкалами, з яких вони

сформовані – цей розгляд наведено нижче.

Зв'язок жорсткого перфекціонізму і ТПХП. За отриманими результатами найвища кореляція із жорстким перфекціонізмом в осіб із обмежувальним ТПХП – 0,377*** (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Зв'язок між ТПХП та жорстким перфекціонізмом у жінок

		Тип харчової поведінки		
		Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
Жорсткий перфекціонізм		0,377***	0,282**	0,139
1	<i>Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе»</i>	0,258**	0,212*	0,030
2	<i>Шкала «Проблеми з самооцінкою»</i>	0,395***	0,278**	0,150

Жорсткий перфекціонізм свідчить про високі ПП та водночас високі ПЗ щодо нездатності відповідати своїм ПП, які нерідко є завищеними. У осіб із АН це проявляється у невідповідності «ідеальній» на їхню думку вазі або формі, яка може бути нереальною для них для досягнення із фізіологічної точки зору – це формує деструктивні ПП, невідповідність яким, що є якоюсь мірою гарантованою через їх штучність, викликає розчарування у собі, що виливається у проблеми із самооцінкою на фоні ПЗ.

Найвища кореляція характерна обмежувальному типу і з іншими шкалами, що входять до даного типу перфекціонізму. Однак зв'язок зі шкалою «Проблеми із самооцінкою» є вищим, аніж зв'язок зі шкалою «Перфекціонізм, орієнтований на

себе» – 0,395*** та 0,258** відповідно, хоча обидва зв'язки є високими. Проблеми із самооцінкою можуть слугувати водночас причиною та наслідком обмежувального ТПХП.

Адже неприйняття себе й зневага до себе підживлюють втрату зв'язку із собою, що може призводити до недовіри собі, зокрема своїм фізіологічним потребам. Компенсація проблем із самооцінкою й уникнення перед її зміцненням в інших сферах відбувається шляхом контролю споживання, а також шляхом до бажаної форми. Змога мати зону контролю, яка зміщується у харчування, бо інші сфери лякають, спрямована на зниження рівня тривоги. Але у випадку порушення дієти й втрати цієї зони контролю – тривога стає нестерпною і самооцінка дедалі знижується, що формує замкнене коло й лише поглиблює проблему.

Жорсткий перфекціонізм також має зв'язок із емоціогенним ТПХП – 0,282** – зв'язок є вираженим, але менш ніж у випадку із обмежувальним ТПХП. Оскільки наявний зв'язок між обмежувальним та емоціогенним ТХП і, як йшлося вище, вони схильні взаємоіснувати чергуючись – такий зв'язок є закономірним. У осіб без вираженої компоненти обмежувального ТПХП за високого емоціогенного ТПХП факт проблем із самооцінкою може викликати напругу, відчуття беззахисності й бажання уникнення, що відбувається зміщенням від реального подразника у споживання їжі – 0,278**.

Зв'язок зі шкалою щодо ПП («Перфекціонізм, орієнтований на себе») та емоціогенним типом менш виражена ніж в обмежувального типу – 0,212*, але зв'язок присутній. Це може свідчити про те, що люди, які схильні заїдати емоції, ставлять нижчі вимоги до своєї форми та ваги, тож ця тема є для них менш напруженою, аніж в обмежувального типу, який тримає над споживанням їжі вищий рівень контролю.

Для осіб з екстернальним ТПХП жорсткий перфекціонізм є слабко характерним – 0,139. Можна сказати, що ПП, проявлені у шкалі «Перфекціонізм, орієнтований на себе» є слабко вираженим – 0,030, тобто люди з таким типом поведінки схильні ставити для себе нижчу планку аніж особи із обмежувальним та емоціогенним типом.

Але водночас невираженим є зв'язок й екстернального ТПХП зі шкалою щодо проблем із самооцінкою. Обмежувальний та емоціогенний тип сформовані внутрішніми стимулами до взаємовідносин із їжею, тоді як екстернальний – зовнішніми, тому у контексті ПХП й терапії саме обмежувальний та емоціогенний становлять цільове ядро для роботи, тоді як екстернальний може супроводжувати один із типів та корегуватися зміною поведінкових патернів на фоні роботи з іншими типами.

Якщо екстернальний тип виражений окремо без присутності обмежувального чи емоціогенного, достатнім може бути підвищення рівня усвідомленості щодо відчуття голоду й апетиту й загалом прагнення до усвідомленого харчування. Однак екстернальний ТПХП може слугувати вираженим симптомом втрати зв'язку зі своїми потребами й проблем із рівнем усвідомленості загалом, адже локус контролю є екстернальним, відповідно, людина може в інших життєвих ситуаціях більше покладатися на зовнішні чинники аніж на внутрішню опору. У даному контексті актуальним буде розгляд зв'язку між екстернальним ТПХП та деякими зі шкал самокритичного типу перфекціонізму, зокрема зі шкалою «Сумніви у власних діях» та «Соціально-приписаний перфекціонізм».

Зв'язок самокритичного перфекціонізму і ТПХП. Окрім жорсткого типу перфекціонізму цінність для роботи із ПХП має також розгляд самокритичного перфекціонізму – надмірними ПЗ, які носять деструктивний характер. Жорсткий перфекціонізм може мати й адаптивну компоненту, у вигляді досяжних ПП, які стимулюватимуть до розвитку, але у випадку із самокритичним перфекціонізмом вираженість показників за усіма шкалами свідчить про вираженість деструктивного перфекціонізму, який шкодить психологічному благополуччю.

Розгляд зв'язку самокритичного перфекціонізму із ТПХП наведено у табл. 3.15.

Зв'язок між ТПХП та самокритичним перфекціонізмом у жінок

		Тип харчової поведінки		
		Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
Самокритичний перфекціонізм		0,321***	0,329***	0,318**
1	<i>Шкала «Стурбованість помилками»</i>	0,246*	0,304**	0,277**
2	<i>Шкала «Сумніви у власних діях»</i>	0,184	0,211*	0,305**
3	<i>Шкала «Самокритика»</i>	0,311**	0,280**	0,196*
4	<i>Шкала «Соціально-приписаний перфекціонізм»</i>	0,369***	0,365***	0,325***

Самокритичний перфекціонізм має виражений зв'язок з усіма трьома ТПХП – 0,321*** для обмежувального, 0,329*** для емоціогенного та 0,318** для екстернального. Тобто показники вираженості зв'язку приблизно рівні між собою.

Особливої уваги вимагає шкала «Соціально-приписаного перфекціонізму», вираженість якої теж має значний зв'язок з усіма трьома ТПХП – 0,369***, 0,365*** та 0,325*** для обмежувального, емоціогенного та екстернального відповідно. Тобто у випадку із ПХП людям характерно звертати увагу на стандарти, встановлювані соціумом.

Найбільший зв'язок «Стурбованістю помилками» виявлено для

емоціогенного ТПХП – 0,304**, на ним слідує екстернальний – 0,277**. Для обмежувального типу зв'язок було виявлено на рівні тенденції, а не закономірності – 0,246*. М. Вудман у одній зі своїх праць зазначає, що люди із АН (обмежувальний) схильні перевіряти свої ідеї щодо здатності стрункості розв'язати проблеми життя й тому слідують дієті, а люди із КП (емоціогенний, екстернальний) – навпаки, схильні відкладати перевірку гіпотези у зв'язку зі страхом здійснити помилку, страхом, що їм не вдасться. Це може пояснювати причину того, чому люди із обмежувальним типом менше турбуватися через помилки, адже після помилки вони можуть відновити свій шлях «до ідеалу», наприклад, зробивши дієту ще жорсткішою [75]. Такий патерн може поширюватися й на інші сфери життя.

За шкалою «Сумніви у власних діях» було встановлено зв'язок із екстернальним ТПХП – 0,305**, тоді як для обмежувального типу зв'язок із даною шкалою є дуже слабким – 0,184. Для пояснення відмінності щодо обмежувального типу можна використати те ж пояснення, що стосується шкали «Стурбованістю помилками». Той, хто діє відповідно до свого світогляду, напрацьовує навичку до менших сумнівів у власних діях. Цікавим є виражений показник зв'язку для екстернального типу – 0,277**. Вище висувалася гіпотеза щодо того, що люди з екстернальним типом мають екстернальний локус контролю й орієнтуються на зовнішнє, а не на внутрішнє, що зумовлює сумніви у власних діях – такий показник для екстернального ТПХП її підкріплює.

Однак за шкалою «Самокритика» для обмежувального типу характерний найвищий показник зв'язку – 0,311**, що перевищується із вираженим для даного типу показником за шкалою «Проблем із самооцінкою», які теж є найбільш характерними для обмежувального ТПХП. Дещо менший зв'язок із самокритикою характерний для емоціогенного типу – 0,280**, найменший зв'язок – для екстернального – 0,196*. Оскільки дана шкала стосується ПЗ, які виникають у зв'язку із невідповідністю ПП, й показник зв'язку є найбільш вираженим для неї із обмежувальним ТПХП, а найменшим – для осіб із екстернальним ТПХП, можна дійти висновку, що невідповідність ідеалу найбільше фруструє осіб із обмежувальним типом і найменше – із екстернальним.

Зв'язок нарцисичного перфекціонізму і ТПХП. Визначення даного типу перфекціонізму проводиться більше для самоусвідомлення, адже стосуються стандартів, орієнтованих на інших, проте все ж можуть відбиватися на власному психологічному добробуті. Тому зв'язок між ТПХП та нарцисичним типом перфекціонізму також було проаналізовано (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Зв'язок між ТПХП та нарцисичним перфекціонізмом у жінок

		Тип харчової поведінки		
		<i>Обмежувальний</i>	<i>Емоціогенний</i>	<i>Екстернальний</i>
Нарцисичний перфекціонізм		0,048	0,035	0,010
1	<i>Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на інших»</i>	0,013	0,057	0,094
2	<i>Шкала «Гіперкритика»</i>	-0,040	0,021	0,027
3	<i>Шкала «Упевненість у тому, що мені усі щось винні»</i>	0,105	0,110	0,089
4	<i>Шкала «Претензійність»</i>	0,063	-0,015	-0,131

Зв'язків між ТПХП та нарцисичним типом перфекціонізму виявлено не було. Тому було прийнято рішення обрахувати зв'язки між ТПХП та загальний показником перфекціонізму, який би включав лише жорсткий та самокритичний типи. У результаті між ПХП та сумою результатів щодо самокритичного та

жорсткого перфекціонізму було виявлено значущий статистичний зв'язок – 0,478***. Це свідчить про те, що вираженість ПХП має прямий зв'язок із вираженістю самокритичного та жорсткого перфекціонізму (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Зв'язок ПХП із самокритичним та жорстким перфекціонізмом

	Кореляція ПХП та перфекціонізму (самокритичного та жорсткого)		
	<i>Загальний</i>	<i>Жорсткий</i>	<i>Самокритичний</i>
Коефіцієнт Спірмена	0,478***	0,332***	0,411***
p-value	< .001	0,002	< .001

Також було вирішено окремо розглянути зв'язок загального показника ПХП та окремо самокритичного та жорсткого типу перфекціонізму – результати 0,411*** та 0,332*** відповідно. Тобто чим більше у жінок виражені самокритичний чи жорсткий тип перфекціонізму, або їхня сукупність, тим вищою є вираженість ПХП.

Також було прийнято рішення розглянути, чи є типи та шкали перфекціонізму предикторами ТПХП, про що йтиметься у п. 3.4.

3.4. Дослідження психологічних складників перфекціонізму як предикторів типів ПХП

Для дослідження психологічних складників перфекціонізму як предикторів типів ПХП було залишено два типи перфекціонізму, що стосуються безпосередньо особистості, а не спрямовані на інших, як у випадку із нарцисичним типом перфекціонізму, де зв'язків із ТПХП виявлено не було. Для цього було побудовано лінійну регресію, зображену у табл. 3.18 та табл. 3.19.

Таблиця 3.18

Лінійна регресія: перфекціонізм як предиктор ПХП

Модель	R	R ²
1	0,477	0,228

Таблиця 3.19

Лінійна регресія: перфекціонізм як предиктор ПХП – коефіцієнти

Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	t	p
Перетин	45,261	9,560	4,73	< .001
Жорсткий та самокритичний перфекціонізм (загальне)	0,594	0,109	5,46	< .001

Отже, 22,8% варіативності значення шкали ПХП визначається внеском суми жорсткого та самокритичного типів перфекціонізму. Додатне значення біля коефіцієнта бета свідчить про позитивний зв'язок – чим більшою є вираженість перфекціонізму, тим вищою є вираженість ПХП.

Аналогічно як і у випадку із кореляційним аналізом регресійний аналіз було проведено окремо за ТПХП та шкалами перфекціонізму, що входять до самокритичного та жорсткого типів перфекціонізму (табл. 3.20); нарцисичний тип було відкинуто у процесі аналізу, описаного у п. 3.3.

Складники жорсткого перфекціонізму як предиктори ТПХП

		Тип харчової поведінки		
		Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
Жорсткий перфекціонізм		0,137	0,0592	0,0121
1	<i>Шкала «Перфекціонізм, орієнтований на себе»</i>	0,0663	0,0316	3,63e-4
2	<i>Шкала «Проблеми з самооцінкою»</i>	0,155	0,0642	0,0232

У випадку зі шкалою «Перфекціонізм, орієнтований на себе» умова із перевищенням 5% виконується лише для обмежувального ТПХП й при цьому незначно, становлячи 6,63%. Тобто високий рівень перфекціонізму, орієнтованого на себе, необов'язково свідчить про ризики розвитку обмежувального ТПХП, але все ж показник є дещо вищим, аніж для емоціогенного та екстернального ТПХП.

У випадку зі шкалою «Проблеми з самооцінкою» найвищим є показник теж для обмежувального ТПХП – 15,5%, на відміну від 6% для емоціогенного типу та лише 2% для екстернального.

За загальним показником жорсткого перфекціонізму можна дійти висновку щодо його здатності виступати предиктором обмежувального ТПХП – 13,7%, на відміну від незначного показника для емоціогенного ТПХП – 5,9% та екстернального – 1,21%. Як результат, жорсткий перфекціонізм може виступати предиктором насамперед обмежувального ТПХП.

У таблиці 3.21 аналогічний розгляд надано за шкалами самокритичного

перфекціонізму та ТПХП.

Таблиця 3.21

Складники самокритичного перфекціонізму як предиктори ТПХП

		Тип харчової поведінки		
		Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
Самокритичний перфекціонізм		0,110	0,123	0,107
1	<i>Шкала «Стурбованість помилками»</i>	0,0826	0,0935	0,0994
2	<i>Шкала «Сумніви у власних діях»</i>	0,0317	0,0567	0,0784
3	<i>Шкала «Самокритика»</i>	0,112	0,0816	0,0380
4	<i>Шкала «Соціально-притисаний перфекціонізм»</i>	0,129	0,140	0,0875

Були отримані достатні показники, щоб розглядати ймовірність самокритичного перфекціонізму виступати предиктором усіх трьох ТПХП: коефіцієнт регресії 11% для обмежувального типу, 12,3% для емоціогенного та 10,7% для екстернального.

Як результат, самокритичний перфекціонізм може виступати предиктором для будь-якого із ПХП незалежно від типу.

За шкалами умова щодо перевищення 5% для обмежувального типу виконується зі шкалами «Стурбованість помилками» – 8,26%, «Самокритика» –

11,2% та «Соціально-приписаний перфекціонізм» – 12,9%. Останній показник підкріплює гіпотезу щодо значущості соціальних стандартів відносно форми тіла у формуванні жорстких харчових обмежень.

Тоді як для емоціогенного типу ця умова виконується для шкал «Стурбованість помилками» – 9,35%, «Сумніви у власних діях» – 5,67%, «Самокритика» – 8,16% та «Соціально-приписаний перфекціонізм» – 14%. Орієнтування на зовнішні, а не на власні внутрішні стандарти, підвищує рівень тривоги у зв'язку із тим, що до людей довіра є вищою, аніж для себе. Це може підштовхувати до пошуку поведінки, яка б знімала напругу, однією із яких виступає емоціогенне переїдання – цим може пояснюватися підвищений порівняно із іншими коефіцієнт детермінації відносно соціально-приписаних стандартів та емоціогенного ТПХП.

Для екстернального типу умова щодо перевищення 5% виконується для шкал «Стурбованість помилками» – 9,94%, «Сумніви у власних діях» – 7,84%, «Соціально-приписаний перфекціонізм» – 8,75%.

Також було досліджено роль водночас самокритичного та жорсткого перфекціонізму у формуванні трьох ТПХП (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Самокритичний та жорсткий перфекціонізм як предиктори ТПХП

	Тип харчової поведінки		
	R^2		
	<i>Обмежувальний</i>	<i>Емоціогенний</i>	<i>Екстернальний</i>
Самокритичний та жорсткий перфекціонізм	0,177	0,157	0,0862

Найвищий показник було отримано для обмежувального типу – 17,7%, дещо нижчий для емоціогенного – 15,7%, тоді як для екстернального ТПХП показник становить 8,62%.

Отримані результати підштовхують до наступного висновку: вираженість жорсткого та самокритичного перфекціонізму може виступати предиктором насамперед обмежувального ТПХП, а також емоціогенного.

Висновки до розділу 3

1. У результаті статистичної обробки даних було прийнято рішення розділити вибірку на жіночу та чоловічу групи. Розподіли як для шкали ПХП, так і для шкали перфекціонізму були неправильними, тож було обрано такі непараметричні критерії для подальшої обробки, як коефіцієнт Спірмена для виявлення кореляції та U-критерій Манна-Уїтні. Первинна обробка даних була проведена для обох груп із подальшим порівнянням, але робота зі встановленням наявності зв'язків та пошуком предикторів проводилася лише для жіночої частини вибірки, яка мала лінійний характер на відміну від чоловічої.

2. За результатами U-критерію було встановлено, що жінки мають виражено більше значення за шкалою ПХП, аніж чоловіки, як і за шкалою перфекціонізму, але у випадку останньої відмінність між статтями встановлена незначна. Вищі значення за шкалою ПХП свідчать про те, що для жінок ПХП є більш характерними аніж для чоловіків. Найбільш поширеним ПХП серед жінок був емоціогенний, хоча достатньо виражені були як екстернальний, так і обмежувальний, тоді як для чоловіків вираженим із помітним відривом був лише екстернальний ТПХП.

3. У ході аналізу розподілу респондентів за типом перфекціонізму було встановлено, що для чоловіків нарцисичний перфекціонізм є значно більш характерним, аніж для жінок. Тоді як для жорсткого та самокритичного типів таких виражених відмінностей встановлено не було. Для більшості чоловіків та жінок для самокритичного типу перфекціонізму характерний високий рівень вираженості. Тоді як у випадку з жорстким – для обох статей найбільш характерним

є середній рівень вираженості. Для розгляду предикторів нарцисичний тип перфекціонізму було виключено, адже він орієнтований на інших, а також не було виявлено зв'язків між ним та ТПХП під час кореляційного аналізу. Тож показник загального перфекціонізму надалі включав жорсткий та самокритичний типи.

4. У ході кореляційного аналізу було встановлено зв'язок жорсткого перфекціонізму з насамперед обмежувальним, а також емоціогенним ТПХП, тоді як для екстернального типу даних зв'язок є дуже слабким. Значно більше із ПХП корелював самокритичний тип перфекціонізму та його окремі шкали – виражені зв'язки стосувалися усіх трьох ТПХП. Зокрема сильний зв'язок присутній для шкали «Соціально-приписаний перфекціонізм» із кожним із ТПХП, шкали «Самокритика» з обмежувальним та емоціогенним, шкали «Сумніви у власних діях» з екстернальним та «Стурбованість помилками» із емоціогенним та екстернальним.

5. За результатами регресійного аналізу для обмежувального ТПХП предикторами виступають «Проблеми з самооцінкою», «Соціально-приписаний перфекціонізм», «Самокритика», «Стурбованість помилками», «Перфекціонізм, орієнтований на себе»; для емоціогенного – «Соціально-приписаний перфекціонізм», «Стурбованість помилками», «Самокритика», «Сумніви у власних діях» та «Проблеми з самооцінкою»; для екстернального – «Стурбованість помилками», «Соціально-приписаний перфекціонізм» та «Сумніви у власних діях».

ВИСНОВКИ

У результаті мету проведеного дослідження було досягнуто, а саме: встановлено залежність типів порушення харчової поведінки від психологічних складників перфекціонізму. Для цього було виконано усі із нижчезазначених завдань.

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз перфекціонізму як психологічного чинника ПХП. Порушення харчової поведінки – це система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування, які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини внаслідок надмірного або недостатнього споживання їжі, але не є хворобою. Перфекціонізм – це комплексне утворення, що охоплює сферу вимог до себе, інших та світу загалом, супроводжується прагнення до досконалості та впливає на усі сфери життя.

2. Встановлено рівень вираженості психологічних складників перфекціонізму в опитуваних та визначено характерні їм ТХП. Жіночій частині вибірки був характерний вищий рівень ПХП, зв'язок ПХП із перфекціонізмом для неї мав лінійний характер на відміну від чоловічої частини – це підтверджує *гіпотезу 1* щодо більшої поширеності ПХП серед жінок та *гіпотезу 2* щодо відмінності психологічних чинників ПХП у чоловіків та жінок.

3. Виявлено зв'язки між психологічними складниками перфекціонізму та ТПХП. Найявні виражені зв'язки між ТПХП – найбільший для емоціогенного із екстернальним, дещо менше – для обмежувального із емоціогенним та останній за силою – для обмежувального із екстернальним. Це підтверджує *гіпотезу 3* щодо коморбідності між ТПХП. Також було виявлено, що перфекціонізм має виражений зв'язок із ПХП та є їх предиктором – це підтверджує *гіпотезу 4*.

4. Встановлено, що типи перфекціонізму є предикторами ТПХП. Самокритичний та жорсткий типи виступають предикторами ПХП, що підтверджує *гіпотезу 5*. Підтверджено *гіпотезу 6* стосовно того, що жорсткий тип перфекціонізму є предиктором насамперед обмежувального ТПХП, але може спостерігатися й у випадку емоціогенного ТПХП. Встановлено, що самокритичний тип перфекціонізму виступає найвпливовішим предиктором для трьох ТПХП, що

підтверджує *гіпотезу 7*.

5. Встановлено, що конкретні психологічні складники перфекціонізму є предикторами конкретних ТПХП, що підтверджує *гіпотезу 8*. Для обмежувального ТПХП предикторами виступають «Проблеми з самооцінкою», «Соціально-приписаний перфекціонізм», «Самокритика», «Стурбованість помилками», «Перфекціонізм, орієнтований на себе»; для емоціогенного – «Соціально-приписаний перфекціонізм», «Стурбованість помилками», «Самокритика», «Сумніви у власних діях» та «Проблеми з самооцінкою»; для екстернального – «Стурбованість помилками», «Соціально-приписаний перфекціонізм» та «Сумніви у власних діях».

6. Отримані результати свідчать про необхідність уваги до окремих психологічних складників перфекціонізму під час роботи із конкретними ТПХП та РХП, полегшуючи розробку індивідуальної схеми терапії для кожного із них.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М.. Психологія харчової поведінки жінок: розлади і корекція : дисертація. Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, Київ, 2019. 398 с.
2. Богуцька Н.К. Формування харчових навичок та їх розлади у дітей. Буковинський державний медичний університет, 2016.
URL: <https://shorturl.at/cijK3> (дата звернення 30.04.2024)
3. Гордієнко-Митрофанова І., Гоголь Д. Позитивна психотерапія: навчальний посібник. Київ : ГО «МНГ», 2022. 223 с.
4. Гончаренко В. Скринінг порушень харчової поведінки SCOFF (2019). Національна асоціація лікарів та психологів.
URL: <https://shorturl.at/bwR45> (дата звернення 30.04.2024)
5. Грубі Т.В. Адаптація психодіагностичної методики «Велика шкала перфекціонізму». Інститут психології імені Г.С. Костюка. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. Київ, 2018. №2(13), С. 24-24.
6. Дідковська Л. Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-ому столітті. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. Львів, 2023. №15, С. 17-26.
7. Сухомлинова І.Е., Куц О.Г., Бессараб Г.І. Енергетичний обмін та фізіологічні основи харчування. Запорізький державний медичний університет. Запоріжжя : 2014. 79 с.
8. Карамушка Л.М. Діагностика та профілактика перфекціонізму та прокрастинації в освітній практиці: психологічний практикум. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2022. 41 с.
9. Карамушка Л.М. Методики дослідження перфекціонізму, трудоголізму та прокрастинації особистості : методичний посібник. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 80 с.
10. Карпенко П. Харчова поведінка в комплексі формування адекватної дієтотерапії. *Харчова поведінка в комплексі формування адекватної дієтотерапії. Сімейна медицина*. Львів, 2002. № 4. С. 40-41.

11. Кокоріна Ю.Є. Харчова поведінка як форма самоствавлення. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. Херсон, 2021. №5. С. 11-29.
12. Кононенко А.О. Перфекціонізм особистості: норма чи патологія? *Науковий вісник херсонського державного університету*. Херсон, 2017. № 3(2). С. 170-174.
13. Малишева К.О, Литвин С.В. Нейропсихологічний аналіз природи екстраверсії: як побудувати індивідуальний «гедоністичний профіль». *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*. Київ, 2022. №8(1), С. 61-87.
14. Мойзріст О.М. Дослідження практичними психологами системи освіти порушень харчової поведінки у підлітків. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. *Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. Київ, 2012. Том X (№23). С. 432-441.
15. Опитувальник розладів харчової поведінки EDI-3. *GIUNTI Psychometrics*, 2019. URL: <https://giuntipsy.com.ua/clinical/edi-3/> (дата звернення 30.04.2024)
16. Самойленко І. В. Думки, що руйнують тіло: фізіологія та мислення при розладах харчової поведінки. Науково-практична конференція «Особистість у просторі проблем ХХІ століття» : Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ, 2020. С. 71-74.
17. Таран О.О. Психологічні чинники харчової поведінки серед молоді. Житомирський державний університет ім. Івана Франка. Житомир : 2014. 46 с.
18. Федотова Т.В., Кихтюк О.В., Кульчицька А.В. Психологічна підтримка у формування харчової поведінки підлітків в роботі клінічного психолога. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка. Психологія. Медицина»*. Київ, 2021. Вип. 4 (4). С. 410-422.
19. Фоменко С.О. Особливості метафоричних образів війни у студентської молоді в контексті життєвого балансу. Львів: ЗВО «Український католицький університет». Львів, 2023. 117 с.
20. Чубарова Н.Р. Психологічні чинники харчової поведінки в юнацькому віці. НУ «КМА». Київ, 2020. 88 с.

21. Шибанова В.І. Психологія харчової поведінки : дисертація. КНУ ім. Тараса Шевченка. Київ, 2017. 517 с.
22. Шеремета С.Р. Проблема порушень харчової поведінки. *Габітус: Соціальна психологія. Юридична психологія*. Вип. 47, 2023. С. 209-214.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. 947 pages.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 1994. 943 pages.
25. Bessel van der Kolk. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Penguin Books. 2015. 464 pages.
26. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York: Basic Books Ltd., 1973.
27. Buddha's quote: To keep the body in good health... Elevate Society. 2024. URL: <https://elevatesociety.com/to-keep-the-body-in/> (30.04.2024)
28. Cannon W. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. Boston: Charles T. Branford Co., 1953.
29. Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., ... Toro, J. Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6). 2013. P. 562-568.
30. Christ C., Raisch S. Bouncing Back: Resilient Human Factor Management. *Journal «THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST»*, Vol. 2, N. 1, January 2022. URL: <https://shorturl.at/jFKS8> (30.04.2024)
31. Dieting and Depression. Southern California Mental Health and Substance Abuse Treatment Center. 2020. URL: <https://www.goodcenter.org/dieting-and-depression/> (30.04.2024)
32. Dunbar F. Emotions and Bodily Changes. New York: Columbia U.P., 1954.
33. Dunbar F. Mind and Body: Psychosomatic Medium. New York: Random House, 1947.
34. Dolto, F. The Unconscious Body Image (S. Bailly, Trans.; 1st ed.). Routledge. 2022. 264 Pages. URL: <https://doi.org/10.4324/9781003312499>

35. Eating Disorders. St Patrick's Mental Health Services. 2024. URL: <https://shorturl.at/uyFHJ> (30.04.2024)
36. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Child Outcomes Research Consortium*. 2024. URL: <https://shorturl.at/BM378> (30.04.2024)
37. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R.. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5). 2003. P. 509–528.
38. Flett, G. L., & Hewitt, P. L.. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. 2002. P. 5-13.
39. Freitas A., Albuquerque G., Silva C., Oliveira A.. Appetite-Related Eating Behaviours: An Overview of Assessment Methods, Determinants and Effects on Children's Weight / *Annals of Nutrition & Metabolism*: May 2018, 73 (1): P. 19-29.
40. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R.. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5). 1990. P. 449-468.
41. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P.. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5). 2019. P. 1402-1413.
42. Garner et al. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12. 1982. P. 871-878.
43. Hewitt, P.L. The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation. *Canad. Psychol.* 1989. V. 30. P.103-109
44. Herman, C. P., and Mack, D. . Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43. 1975. P. 647-660.
45. Jung, C. G. *Collected Works*. Vol. 8. The structure and dynamics of the psyche. Pantheon. 1960. 608 pages.
46. Jung C.G. *Investigations with Galvanometer and Pneumograph*. CW 2. Par. 1062.
47. Jung, C.G. *Psychological types: or the psychology of individuation*.

Harcourt, Brace. 1923. 686 pages.

48. Hamachek D.E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism / D.E. Hamachek // *Psychology*. 1978. V. 15. P. 27-33.

49. Hillman J., von Franz M.-L.. *Lectures on Jung's Typology* (1st ed.). Spring Publications. 1998. 192 pages.

50. Lahad, M.. From victim to victor: The development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*, 23(1). 2017. P. 27-34.

51. Lauzon B., Romon M., et al.. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population / *National Library of Medicine; J Nutr*. 2004; Sep; 134(9).

52. Levinson, C. A., Brosos, L. C., Vanzhula, I. A., Bumberry, L., Zerwas, S., & Bulik, C. M. Perfectionism group treatment for eating disorders in an inpatient, partial hospitalization, and outpatient setting. *European Eating Disorders Review*, 25(6). 2017. P. 579-585.

53. Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J.. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10). 2017. P. 1301-1326.

54. Tomiyama, A.J, Mann, T., Taylor, S.E. Low Calorie Dieting Increases Cortisol. *National Library of Medicine: Psychosomatic Medicine*: 72(4): p. 357-364, May 2010.

55. Mackarness R. *Not All in the Mind*. London: Pan Books Ltd., 1977.

56. Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., ... Azevedo, M. H.. Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(4). 2009. P. 322-327.

57. Maslow, A. H.. *Motivation and personality* (3rd ed.). Harper & Row Publishers. 1987. 336 pages.

58. Melli, G., Bulli, F., Doron, G., & Carraresi, C.. Maladaptive beliefs in relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): Replication and extension in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18. 2018. P. 47-53.

59. Neumann E. *The Child*. New York: G. P. Putnam's Sons for C.G. Jung Foundation for Analytical Psychology, 1973.
60. Perrone-McGovern, K. M., Simon-Dack, S. L., Beduna, K. N., Williams, C. C., & Esche, A. M.. Emotions, cognitions, and well-being: The role of perfectionism, emotional over-excitability, and emotion regulation. *Journal for the Education of the Gifted*, 38(4). 2015. P. 343-357.
61. Polivy, J., Herman, C. P., and Warsh, S.. Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 87. 1978. P. 497-504.
62. Ruderman, A. J., and Christensen, H.. Restraint theory and its applicability to overweight individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 92. 1983. P. 210-215.
63. Schachter, S., Goldman, R., and Gordon, A. Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10. 1968. P. 91-97.
64. Schuler, P. A. Voices of perfectionism: Perfectionistic gifted adolescents in a rural middle school (RM99140). University of Connecticut, The National Research Center on the Gifted and Talented. 1999. URL: <https://nrcgt.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/953/2015/04/rm99140.pdf> (30.04.2024)
65. Selye H. *Stress Without Distress*. Scarborough: The New American Library of Canada Ltd., 1975.
66. S.J. Egan et al. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. National Library of Medicine: *Clin Psychol Rev*. 2011. URL: <https://shorturl.at/gFN16> (30.04.2024)
67. Slaney, R.B. The Almost Perfect Scale – Revised. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2001. V. 34, № 3. P.130-145.
68. Smith A. «Heroin Chic» in the 2020s. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2023. URL: <https://shorturl.at/IDWY1> (30.04.2024)
69. Stackpole R., Greene D., Bills E., Egan S.J.. The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis / Elsevier: *Eating Behaviors*, Vol.50, August 2023. URL: <https://shorturl.at/kRSU2>

(30.04.2024)

70. Smith, M.M., Saklofske, D.H., Stoeber J., Sherry S.B.. The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2016. URL: <https://shorturl.at/zDX47> (30.04.2024)

71. Robinson K., Wade T.D. Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2021. URL: <https://shorturl.at/bsu04> (30.04.2024)

72. Vacca M., Ballesio A., Lombardo C. (2020). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review / *European Eating Disorders Review* 29(2). 2020. 20 pages. URL: <https://doi.org/10.1002/erv.2793> (30.04.2024)

73. van Strien T, Frijters JE, Bergers G, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord*. 1986 (5). P. 295-315.

74. Winnicott, D.W. *Child, the Family and the Outside World*. Penguin Books, Limited (UK). 1991. 240 pages.

75. Woodman, M. *The Owl was a Baker's Daughter: Obesity, Anorexia Nervosa and the Repressed Feminine* (1st ed.). Inner City Books. 1980. 144 pages.

76. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization. 1993.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ)

Оцініть частоту вказаного у твердженнях від «ніколи» до «дуже часто».

Варіанти відповіді: 1 = «ніколи»; 2 = «рідко»; 3 = «інколи»; 4 = «часто»; 5 = «дуже часто».

Перелік тверджень:

1. Якщо Ваша вага починає збільшуватися, Ви починаєте їсти менше звичайного?
2. Чи намагаєтеся Ви їсти менше, ніж Вам хотілося б, під час звичного прийому їжі (сніданку, обіду, вечері)?
3. Чи часто Ви відмовляєтеся від їжі та пиття через те, що непокоїтеся Вашою вагою?
4. Як часто Ви прискіпливо контролюєте кількість з'їденого?
5. Як часто Ви вибираєте дієтичну їжу через контроль над вагою?
6. Якщо Ви переїли, чи будете Ви слідкувати за тим, щоб наступного дня з'їсти менше?
7. Чи намагаєтеся Ви їсти менше ніж хотілося б, щоб не погладшати?
8. Як часто Ви намагаєтеся не їсти між основними прийомами їжі через те, що стежите за вагою?
9. Чи часто Ви намагаєтеся не їсти вечорами, тому що стежите за вагою?
10. Чи думаєте Ви про вагу, коли щось їсте?
11. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви роздратовані?
12. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Вам нудно й немає чим зайнятися?
13. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви пригнічені або збентежені?
14. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Вам самотньо?
15. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Вас хтось підвів?

16. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли у Вас зриваються плани, щось стає наперешкоді досягненню цілі?
17. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли у Вас з'являється передчуття неприємностей?
18. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви стривожені, стурбовані або напружені?
19. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли «все не так», «все валиться з рук»?
20. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви перелякані?
21. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви розчаровані, коли руйнуються Ваші надії?
22. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви схвильовані, засмучені?
23. Чи виникає у Вас бажання поїсти, коли Ви втомлені?
24. Як часто Ви з'їдаєте більше звичного, коли їжа смачна?
25. Як часто Ви з'їдаєте більше звичного, коли їжа добре виглядає та смачно пахне?
26. Як часто у Вас виникає бажання з'їсти їжу, яка гарно виглядає та смачно пахне, навіть якщо Ви не голодні?
27. Якщо у Вас з'являється щось смачненьке, як часто Вам хочеться то з'їсти відразу?
28. Як часто Вам хочеться купити щось у булочній/кондитерській, коли Ви проходите повз, якщо Ви того не планували?
29. Як часто Вам хочеться зайти у кафе, коли Ви проходите повз, якщо Ви того не планували?
30. Як часто у Вас виникає бажання поїсти, коли Ви бачите, як їдять інші?
31. Як часто Вам складно зупинитися, якщо Ви їсте щось дуже смачне?
32. Як часто Ви їсте за компанію, навіть коли не голодні?
33. Як часто Ви «під'їдаєте» їжу під час її приготування?

Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта,

Д. Саклофскі, Й. Стоєбер, С. Шеррі

(The Three Big Perfectionism Scale, TTGPS, 2016)

В адаптації Т.В. Грубі

Оцініть ступінь згоди із твердженнями:

- 1 – повністю не погоджуюся
- 2 – не погоджуюся
- 3 – важко визначитися
- 4 – погоджуюся
- 5 – повністю погоджуюся

Перелік тверджень:

1. Я намагаюся бути настільки досконалою (-им), наскільки це можливо.
2. Для себе я ніколи не погоджуюся на менше, ніж на досконале.
3. Для мене важливо бути досконалою(-им) в усьому, що я розпочинаю.
4. Я роблю справу ідеально або не роблю взагалі.
5. Мені завжди потрібно прагнути до ідеалу для того, щоб відчувати свою правоту.
6. Я не зможу себе поважати, якщо припиню прагнути до досконалості.
7. Моя самооцінка залежить від можливості бути досконалою(-им).
8. Прагнення вдосконалюватись, наскільки це можливо, дає мені відчуття потреби.
9. Моя самооцінка пов'язана з можливістю бути досконалою(-им).
10. Коли я помиляюсь, то відчуваю себе невдахою.
11. Я відчуваю тривогу через можливість зробити помилку.
12. Мене лякає сама навіть думка про помилку.
13. Коли я помічаю, що зробила(-в) помилку, мені стає соромно.
14. Я засмучуюсь, зробивши навіть незначну помилку.

15. Я сумніваюсь у більшості своїх вчинків.
16. Я відчуваю невпевненість щодо більшості справ, які роблю.
17. Я маю сумніви щодо всього, що б я не робила(-в).
18. Я завжди невпевнена(-ий) у правильності своїх вчинків/рішень.
19. Я схильна(-ий) сумніватися у правильності своїх дій/вчинків.
20. Я критикую себе, коли роблю щось недосконало.
21. Коли мій виступ недосконалий, зазвичай, я злюся на себе.
22. Я почуваюся розчарованою(-им) в собі, коли не роблю щось досить добре.
23. Мені важко собі пробачити, коли моя робота недосконала.
24. Люди занадто багато очікують від мене.
25. Люди розчаровуються в мені, коли я роблю щось недосконало.
26. Оточення забагато вимагає від мене.
27. Усі вважають, що я маю бути найкращою(-им).
28. Я вимагаю досконалості від моєї родини та друзів.
29. Все, що роблять інші, має бути бездоганним.
30. Я очікую, що близькі мені люди повинні бути досконалими.
31. Люди скаржаться, що я очікую забагато від них.
32. Для мене важливо, щоб оточуючі робили свою справу бездоганно.
33. Я схильна(-ий) критикувати недоліки інших людей.
34. Я розчаровуюсь, коли інші люди припускаються помилок.
35. Я незадоволена(-ий) людьми, якщо результат сумнівний, навіть якщо вони зробили все, що могли.
36. Я одразу вказую іншим людям на їх недоліки.
37. Я заслуговую на особливе ставлення до себе.
38. Я вважаю, що оточення повинне порушувати правила заради мене.
39. Мене бентежить, коли інші люди не помічають мою досконалість.
40. Я заслуговую на те, щоб завжди все було по-моєму.
41. Я найкраща(-ий) в тому, що я роблю.
42. Я знаю, що я досконала(-ий).

43. Інші люди таємно заздять моїй досконалості.
44. Інші люди визнають мою перевагу над ними.