МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: ПЕРФЕКЦІОНІЗМ ЯК ЧИННИК РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

Виконала: студентка IV курсу,
групи 6.0531
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Іванова Наталія Володимирівна
Науковий керівник: Губа Н.О., к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Рецензент: Мосол Н.О., к.психол.н., доцент
кафедри психології

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти бакалаврський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Івановій Наталії Володимирівні

Тема роботи Перфекціонізм як чинник розладу харчової поведінки у молоді
керівник роботи Губа Н.О., канд.психол.наук, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «27» 01 2025 року № 134—с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз, розкрити зміст поняття перфекціонізму та видів розладів харчової поведінки в науковій літературі; емпірично визначити адаптивний і дезадаптивний перфекціонізм у людей молодого віку, особливості харчової поведінки та дослідити вплив перфекціонізму на розлад харчової поведінки у людей молодого віку; розробити рекомендації для корекціїнегативного впливу перфекціонізмау на харчову поведінку.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 рисунки.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Губа Н.О., доцент		
Розділ 1	Губа Н.О., доцент		
Розділ 2	Губа Н.О., доцент		
Висновки	Губа Н.О., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	березень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	червень 2025 р.	Виконано
6	Передзахист	червень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	червень 2025 р.	Виконано

Студент _____ Н.В. Іванова

Керівник роботи _____ Н.О. Губа

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 77 сторінок, 3 рисунка, 29 джерел, 6 додатків.

Об’єкт дослідження: розлади харчової поведінки.

Предмет дослідження: вплив перфекціонізму на розлад харчової поведінки у молоді.

Мета дослідження: проаналізувати чинники порушень харчової поведінки, дослідити взаємозв’язок між виявленим перфекціонізмом та розладом харчової поведінки у молоді.

Гіпотеза дослідження: дезадаптивний перфекціонізм значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки, тоді як адаптивний має слабший вплив.

Методи дослідження: теоретичні методи (систематизація та узагальнення, аналіз та порівняння психологічної літератури); емпіричні методи включали методи психологічної діагностики (тестування); статистичні методи (кореляційний аналіз Пірсона).

Наукова новизна: полягає у виявленні статистично значущого зв’язку між рівнем перфекціонізму та схильністю до розладів харчової поведінки серед молоді віком 21–25 років. Емпірично підтверджено, що високий рівень дезадаптивного перфекціонізму корелює з ознаками порушеного харчового ставлення.

Практичне значення: матеріали дипломної роботи можуть бути використані для подальших міждисциплінарних досліджень у сфері клінічної психології, психотерапії, а також можуть бути інтегровані в систему заходів, спрямованих на охорону ментального здоров’я молоді.

АДАПТИВНИЙ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ, ДЕЗАДАПТИВНИЙ ПЕРФЕКЦІОІНЗМ, МОЛОДЬ, ПЕРФЕКЦІОНІЗМ, ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, РОЗЛАД, САМООЦІНКА, ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА.

SUMMARY

Ivanova N.V. Perfectionism as a factor of eating disorders in youth.

Qualification work of a bachelor: 77 pages, 3 figures, 29 references, 6 applications.

Object of research: eating disorders.

Subject of research: the influence of perfectionism on eating disorders in young people.

The purpose of the study: to analyze the factors of eating disorders, to investigate the relationship between the identified perfectionism and eating disorders in young people.

Research hypothesis: maladaptive perfectionism significantly increases the risk of developing eating disorders, while adaptive perfectionism has a weaker effect.

Research methods:

- Theoretical methods (systematization and generalization, analysis and comparison of psychological literature);
- Empirical methods included methods of psychological diagnosis (testing);
- Statistical methods (Pearson's correlation analysis).

The scientific novelty of the study is the identification of a statistically significant relationship between the level of perfectionism and the tendency to eating disorders among young people aged 21-25 years. It has been empirically confirmed that a high level of maladaptive perfectionism correlates with signs of disordered eating attitudes.

Practical significance: the materials of the thesis can be used for further interdisciplinary research in the field of clinical psychology, psychotherapy.

Keywords: adaptive perfectionism, disorder, eating behavior, maladaptive perfectionism, perfectionism, psychological factors, psychol, self-esteem, youth.

ЗМІСТ

ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ..... .12
1.1 Поняття та основні види розладів харчової поведінки 12
1.2 Психологічні чинники порушень харчової поведінки 23
1.3 Генетичні фактори розладів харчової поведінки 30
1.4 Роль соціального та культурного середовища у формуванні харчової поведінки 32
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ, ЙОГО ВПЛИВ НА ХАРЧОВУ ПОВЕДІНКУ 43
2.1 Поняття та види перфекціонізму 43
2.2 Історичний та культурний аспект вивчення перфекціонізму 53
2.3 Перфекціонізм як чинник розладу харчової поведінки 56
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА РОЗЛАД ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ 62
3.1 Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки та перфекціонізму у людей молодого віку 62
3.2 Аналіз кореляційних зв'язків харчової поведінки та перфекціонізму у молоді 67
3.3 Рекомендації для корекції негативного впливу перфекціонізму на харчову поведінку молоді 70
ВИСНОВКИ 73
СПИСОК ВИКОРИСТАННИХ ДЖЕРЕЛ 75
ДОДАТОКИ 78

ВСТУП

Харчова поведінка є багатогранним феноменом, що охоплює споживання їжі, вибір продуктів, стиль харчування та пов’язані з цим психологічні аспекти. Нормальна харчова поведінка забезпечує психофізіологічне здоров’я людини, тоді як відхилення від неї можуть стати причиною розладів, що впливають не лише на біологічні функції, а й на психічне почуття.

Розлади харчової поведінки є одними з найбільш серйозних психічних захворювань, що значно впливають на фізичне, психологічне і соціальне благополуччя особистості, зокрема серед молоді. Вони виявляються в порушеннях нормальної харчової поведінки, що може призводити до небажаних фізичних наслідків, таких як порушення метаболізму, зниження імунітету та інші проблеми зі здоров'ям. Одним з важливих чинників, що сприяють розвитку цих розладів, є перфекціонізм — психологічна риса, яка проявляється у прагненні до досягнення бездоганних результатів і надмірному самоконтролі. У контексті харчової поведінки перфекціонізм може стати потужним каталізатором виникнення проблем з харчуванням, таких як анорексія, булімія, компульсивне переїдання та інші порушення.

Перфекціонізм, як психологічний феномен, широко вивчається в психології, однак взаємозв'язок між цією рисою особистості і розладами харчової поведінки залишається недостатньо дослідженим, особливо в контексті молодіжного середовища. У молодому віці формується значна частина життєвих переконань і ставлень, зокрема щодо власного тіла і харчових звичок. У цьому віці молоді люди часто зазнають впливу соціальних та культурних стандартів краси, що можуть посилювати тенденції до перфекціонізму, особливо щодо власного зовнішнього вигляду.

Сучасні дослідження показують, що ці порушення можуть проявлятися вже в ранньому віці, що робить проблему особливо актуальною для молодих людей. Харчові розлади, такі як анорексія, булімія, та компульсивне переїдання, можуть мати довготривалі наслідки, які впливають на соціальну адаптацію, самопочуття і якість життя. Зокрема, порушення харчової поведінки часто є проявом глибших психологічних проблем, таких як перфекціонізм, тривожність і депресія. Перфекціонізм, як психічна характеристика, що визначається прагненням до досягнення високих стандартів і надмірною самокритичністю, є важливим чинником, що значно впливає на формування порушень харчової поведінки.

Актуальність дослідження цієї проблеми зумовлена кількома факторами. По-перше, зростання числа випадків розладів харчової поведінки серед молоді. По-друге, недостатня увага до вивчення психологічних аспектів, зокрема перфекціонізму, який є важливим чинником розвитку цих розладів. Це створює потребу в глибшому розумінні взаємозв'язку між цими двома явищами, що дозволить розробити ефективні стратегії для профілактики та лікування харчових порушень.

У світі та в Україні ця проблема набуває все більшої актуальності в контексті зростання випадків анорексії, булімії, компульсивного переїдання та інших порушень харчової поведінки, які часто спричиняються різноманітними психологічними факторами, зокрема перфекціонізмом.

На глобальному рівні проблема розладів харчової поведінки має катастрофічні масштаби. За даними Світової організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 9% населення планети стикаються з різними видами порушень харчової поведінки протягом свого життя. Особливо високий рівень захворюваності спостерігається серед молоді, зокрема серед підлітків і молодих жінок, а також молодих чоловіків які піддаються сильному соціальному тиску щодо стандартів краси. У багатьох розвинутих країнах, таких як США, Великобританія, Австралія, спостерігається висока частота таких розладів через глобалізацію модних тенденцій і соціальних мереж, де

часто зображуються нереалістичні стандарти зовнішності. Проблема перфекціонізму як чинника розладу харчової поведінки визнана важливою в багатьох міжнародних дослідженнях, оскільки ця риса особистості має значний вплив на формування порушень харчування, зокрема в контексті нав'язливих ідеалів зовнішності.

У сучасному суспільстві молоді люди зазнають постійного впливу соціальних та культурних стандартів, які пропагують ідеали тіла, недосяжні для більшості. Соціальні мережі, реклама та мас-медіа формують у молоді уявлення про ідеальну зовнішність, що часто супроводжується прагненням досягти цих стандартів будь-якою ціною. Перфекціонізм, який характеризується прагненням до бездоганності та надмірною самокритичністю, у цьому контексті може стати тригером для розвитку нездорових харчових звичок та розладів харчової поведінки.

Особливої актуальності проблема набуває в Україні, де, попри зростання усвідомлення важливості психічного здоров'я, дослідження психологічних аспектів розладів харчової поведінки, зокрема ролі перфекціонізму, залишаються недостатніми. Молодь у нашій країні, стикаючись з економічною нестабільністю, соціальними змінами та медійним впливом, стає особливо вразливою до розвитку як психологічних, так і поведінкових порушень.

Дослідження взаємозв'язку між перфекціонізмом і розладами харчової поведінки дозволяє глибше зрозуміти механізми формування цих порушень.

Виявити групи ризику серед молоді, розробити ефективні профілактичні програми та терапевтичні методи для корекції перфекціоністських установок, які можуть бути каталізатором харчових розладів.

Таким чином, актуальність дослідження перфекціонізму як чинника розладу харчової поведінки зумовлена необхідністю глибшого розуміння цієї проблеми в умовах сучасного суспільства та її недостатня розробленість в сучасній українській психології зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

Об’єкт дослідження: розлади харчової поведінки.

Предмет дослідження: вплив перфекціонізму на розлад харчової поведінки у молоді.

Мета дослідження: проаналізувати чинники порушень харчової поведінки, дослідити взаємозв’язок між виявленим перфекціонізмом та розладом харчової поведінки у молоді.

Гіпотеза дослідження: дезадаптивний перфекціонізм значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки, тоді як адаптивний має слабший вплив.

Завдання дослідження:

- Визначити психологічні, генетичні, соціально культурні чинники на порушення харчової поведінки.
- Здійснити теоретичний аналіз щодо поняття перфекціонізму та його впливу на харчову поведінку.
- Дослідити рівень перфекціонізму у людей молодого віку.
- Проаналізувати особливості харчової поведінки у молоді залежно від рівня перфекціонізму.
- Розробити рекомендації для корекції негативного впливу перфекціонізму на харчову поведінку.

Методи дослідження для проведення дослідження у межах даної дипломної роботи використовувалися:

- Опитувальник харчових розладів: EAT-96 – для вимірювання симптомів розладів харчової поведінки.
- The SCOFF questionnaire – простий і ефективний інструмент для визначення наявності симптомів анорексії або булімії.
- Шкала перфекціонізму Р.Слені методика діагностики типів перфекціонізму.
- Кореляційний аналіз Пірсона.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає у виявленні статистично значущого зв’язку між рівнем перфекціонізму та схильністю до розладів харчової поведінки серед молоді віком 21–25 років.

Емпірично підтверджено, що високий рівень дезадаптивного перфекціонізму корелює з ознаками порушеного харчового ставлення, зокрема з такими проявами, як надмірна стурбованість вагою, обмеженням їжі та незадоволенням власним тілом.

Практичне значення роботи полягає у розширенні розуміння розладів харчової поведінки у молоді та психологічних чинників, а саме перфекціонізму та його вплив на розвиток цих порушень. Робота базується на теоретичному огляді сучасної літератури та актуальних теоретичних підходах і концепціях. Результати емпіричних досліджень і висновки, представлені в роботі мають практичну значущість для психологічної практики з розладами харчової поведінки у людей молодого віку.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1 Поняття та основні види розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки (РХП) є серйозною проблемою сучасного суспільства, що вражає людей різного віку та соціального статусу. Вони характеризуються порушенням нормальних харчових звичок, надмірною стурбованістю вагою та формою тіла, що може призвести до негативних наслідків для здоров'я. Сучасні дослідження свідчать про багатофакторну природу цих розладів, яка включає біологічні, психологічні та соціальні чинники.

Українська дослідниця Л.М. Абсалямова підкреслює важливість комплексного підходу до вивчення РХП, звертаючи увагу на такі психологічні аспекти, як перфекціонізм, тривожність та низька самооцінка. Вона зазначає, що соціальний тиск та вплив засобів масової інформації також відіграють значну роль у формуванні деструктивних харчових звичок.

Дослідження понять та видів розладів харчової поведінки є необхідним для підвищення обізнаності суспільства щодо цих проблем та розробки ефективних методів профілактики та лікування. Глибоке розуміння природи цих розладів дозволить надавати своєчасну та кваліфіковану допомогу особам, які цього потребують [1].

Як зазначає українська дослідниця у своїх роботах Л.М. Абсалямова харчова поведінка – це система взаємодій індивіда з оточуючим середовищем, спрямовані задоволення потреб за допомогою їжі. Досліджуючі етіологію розладів харчової поведінки Л.М. Абсалямова стверджує, що поняття розлади та порушення харчової поведінки мають відмінності. Порушення харчової поведінки означає такі відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджають повноцінному

функціонуванню людини. Що це два різні поняття які варто відокремлювати один від одного.

Харчова поведінка — це сукупність звичок, установок, дій, пов'язаних із прийомом їжі, які забезпечують підтримання життєдіяльності організму, задоволення біологічних та емоційних потреб. Вона включає вибір продуктів, режим харчування, обсяг спожитої їжі та психологічні аспекти, що впливають на ставлення до їжі. Відхилення у харчовій поведінці можуть призводити до різноманітних фізіологічних і психологічних порушень, які прийнято називати розладами харчової поведінки. Попри загальноприйняте уявлення, що РХП стосуються тільки жінок або підлітків, ці захворювання вражають людей різного віку і статі [2].

Розлади харчової поведінки — це психічні розлади, які характеризуються стійкими змінами у звичках харчування та негативним впливом на фізичне здоров’я, емоційний стан і соціальне функціонування людини [3]. Вони зазвичай супроводжуються викривленим сприйняттям власного тіла, почуттям провини чи сорому за споживання їжі та серйозними наслідками для здоров’я. Безліч факторів сприяє розвитку розладів харчової поведінки зокрема це психологічні проблеми, якість життя, батьківсько-дитячі стосунки і методи виховання, образ Я-тілесного, соціально культурний вплив, критичні зауваження серед близького оточення щодо фігури, низька самооцінка, генетичні і біологшічні чинники тощо. Л.М. Абсалямова відмічає у своїх роботах, що причиною виникнення порушень харчової поведінки може бути професійний спорт, де наявні жорсткі вимоги до маси тіла. А незадоволеність власним тілом може бути однією з причин обмеження в харчуванні, та може приводити до надмірного контролю ваги.

В.І. Шебанова розглядає розлади харчової поведінки з позиції синергетичного підходу. Вчена описує розлади харчової поведінки та порушення ваги і виділяє чотири вектори:

- Соматогенез: враховує розвиток систем і функцій організму;

- Психогінез: включає розвиток психічних функцій;
- Соціогенез: розвиток соціальних ролейта міжособистісних стосунків;
- Екзістенціалгенез: розвиток духовної сфери індивіда.

На думку вченої динаміка РХП включає чотири направлення: предиспозиції що характеризується порушенням у сімейних стосунках, латентий що характеризується порушенням психічної адаптації індивіда до зовнішнього середовища в якому знаходиться, а також ініціальний та розгорнута клінична картина.

Існує кілька видів захворювання, кожен з яких має свої характерні симптоми розладу харчової поведінки та причини виникнення. Деякі з РХП відомі більше, ніж інші, але всі вони мають серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини.

Анорексія нервова — це серйозний психічний розлад, що характеризується екстремальним обмеженням у харчуванні, навмисним зниженням ваги та патологічним страхом набору ваги.

Варто зазначити, що у 1873 р. В. Галл перший запропонував термін «нервова анорексія» та виділив її симптоми. Наприкінці XIX та початку XX ст. нервова анорексія як і булімія вважалися виключно фізичним захворюванням, яке характеризувалося як порушенням в роботі гормонів і ендокринної системи і лише згодом виявилося що причиною може бути іпсихологічний аспект, як емоційні, соціальні, культурні передумови.

Основні симптоми анорексії включають:

- Бажання постійно знижувати масу тіла, а також відмова підтримувати її на рівні нормальної норми для відповідної вікової категорії;
- Сильний страх щодо збільшення маси тіла чи можливості погладшати(навіть якщо вона не досягає норми);
- Порушення сприйняття власної маси чи форм тіла, надмірний вплив на самооцінку (дисморфоманія, дисморфофобія).

Нервова анорексія, що розпочалася в передпубертатний період, може спричинити пізню появу менструального циклу. Якщо хвороба з'являється вже на стадії статевої зрілості, в разі значної раптової втрати маси тіла одним з її симптомів є відсутність місячних протягом декількох менструальних циклів [4].

Анорексія нервова має серйозні наслідки для здоров'я, включаючи серцево-судинні розлади, остеопороз, порушення функцій внутрішніх органів і навіть летальні випадки.

Розлади харчової поведінки до яких належить нервова анорексія є важкими та часто з хронічними психічними розладами. Нервова анорексія характеризується хворобливими харчовими звичками та серйозним занепокоєнням щодо ваги або форми власного тіла. За останнє десятиріччя у світі спостерігається зростання кількості захворювань на нервову анорексію, і займає найвищий рівень смертності обумовлений суїцидальними ризиками. За даними дослідження у хворих на РХП ризик спроб самогубства в 5 -6 разів вищий ніж серед усіх інших психічних розладів, та низкою соматичних ускладнень. В результаті схуднення виникає катаболізм білку та жиру, що призводить до втрати клітинного об'єму та несприятливого впливу на внутрішні органи (серце, мозок, печінку, кишківник, нирки) та м'язову тканину призводячи до її атрофії.

Людина з нервовою анорексією має дифіцит маси тіла, відмовляється від прийомів їжі від страху набрати вагу, може навантажувати себе фізичними навантаженнями, носити вільний одяг багатошаровий, щоб закрити своє на їх думку недосконале тіло. Нерідко минають роки, поки рідні та близькі помічають ознаки РХП. Від моменту появи захворювання і до звернення за допомогою минає у середньому 8 років, і навіть після звернення не отримують адекватного лікування [5].

У 1979 році Дж. Рассел вперше описав аномальну формулу анорексії під назвою нервова булімія. Він запропонував три необхідні діагностичні критерії:

- У хворого виникає сильний потяг до переїдання;
- Пацієнти після вживання висококалорійної їжі в великих кількостях викликають блювоту, займаються фізичними вправами щоб позбутися зайвих калорій, можуть зловживати наркотиками;
- Мають хворобливий страх перед набором маси тіла.

Булімія нервова характеризується епізодами неконтрольованого переїдання, що супроводжуються компульсивними спробами компенсувати спожиту їжу (наприклад зловживання проносними засобами чи надмірними фізичними навантаженнями).

Основні прояви булімії:

- Напади некерованого підвищеного апетиту, відчуття браку контролю над цим процессом;
- Після нападоподібного переїдання спостерігаються спроби позбутися зайвого, вдаючись до різних форм очисної поведінки(штучно зумовлені блювання, надмірного використання проносних або сечогінних засобів) З метою зниження маси тіла часто додаються суворі дієти з надмірними фізичними вправами та навантаженнями;
- Напади переїдання супроводжуються відчуттям сорому та провини, хоча маса тіла при цьому може бути в межах норми чи навіть недостатньою.

Булімія також супроводжується ризиками для здоров’я, такими як зневоднення, ерозія зубної емалі, розлади серцевого ритму та травми шлунково-кишкового тракту [6].

Діагностика нервової анорексії та булімії є непростим завданням. Окрім вищезазначених причин, проблема фахової діагностики пов’язана з високим рівнем коморбідності РХП з іншими психічними та поведінковими розладами. РХП рідко зустрічається без симптомів депресії, тривоги чи розладів залежності. У дві третіх осіб з анорексією виявляють ознаки тривожного розладу ще за декілька років до появи порушень харчової поведінки.

У зв’язку з хибним сприйняттям дійсності хворі на РХП часто намагаються ввести лікаря в оману. Хворі на булімію через специфічні узагальнення переживань мають гіпертрофоване почуття сорому та не бажають зізнаватися в наявності в них симптомів розладу. Хворі на анорексію не прагнуть отримувати належне лікування, оскільки їм подобається бути «граціозними», «мініатюрними». Нерідко минають роки, поки рідні та близькі помічають ознаки РХП.

Компульсивне переїдання (англ. binge eating disorder, BED) — це розлад харчової поведінки, що характеризується регулярними епізодами неконтрольованого вживання великої кількості їжі за короткий період часу. Ці епізоди супроводжуються почуттям втрати контролю, але без компенсаторних механізмів (як, наприклад, у випадку булімії, де після переїдання людина може викликати блювоту або використовувати проносні). Майже всі переїдають час від часу, наприклад шматочок тортика за святковим столом, чи бургер. Але для деяких людей, надмірне переїдання, яке виходить з під контролю стає регулярним, перетинає межу й перетворюється на розлад харчової поведінки. Людина відчуває таку сильну потребу, що просто не може протистояти спокусі і продовжує їсти після чого відчуває фізичний дискомфорт, соціальний сором та емоційний дистрес, виникає залежність від їжі. Чому так стається? Причин може бути декілька, наприклад це може бути генетичний фактор, коли у людини може бути підвищена чутливість до дофаміну або вони отримали його у спадок. Також замічено що компульсивне переїдання частіше виникає у жіночої статі. Існують ознаки того, що у людей з такою поведінкою можуть бути зміни в структурі мозку, які призводять до підвищеної реакції на їжу і зниження самоконтролю. Також вагомим фактором розвитку компульсивного переїдання є емоційна травма [7].

Стресові життєві події є фактором ризику. Знущання в дитинстві через вагу також можуть стати причиною розладу. Також з спостережень майже 80 відсотків людей з компульсивними переїданнями мають принаймні

паралельно один психологічний розлад. Це можуть бути фобії, депресії, посттравматичний розлад, біополярний розлад, тривожність, зловживання психоактивними речовинами. Епізодами переїдання можуть бути спровоковані стресом, дієтою, негативними почуттями, пов'язані з вагою та формою тіла, доступністю їжі, а також нудьгою.

Компульсивне переїдання може виникнути під тиском з боку суспільства що призводить до негативного ставлення свого тіла. Розлади харчової поведінки можуть з'явитися у спортсменів, артистів, моделей через постійну необхідність контролювати свій зовнішній вигляд і вагу. Найчастіше цей стан починається в кінці підліткового віку, хоча може виникати в будь якому віці. Частіше це люди з зайвою вагою.

Симптоми які включають в себе це:

- Неконтрольоване вживання великої кількості їжі в певний період часу, наприклад протягом двох трьох годин;
- Вживання їжі відбувається навіть коли людина не відчуває ознак голоду;
- Вживання їжі відбувається до дискомфорту від переїдання;
- Часто хворі їдять наодинці і таємно;
- Відчуття сорому, провини, відрази, засмучення через вживання їжі.

Важкість перебігу розладу визначається, як часто виникають епізоди переїдання протягом наприклад тижня. Ступінь тяжкості варіюється від легкого до важкого, характеризується епізодами переїдання на тиждень. Надмірне споживання їжі може супроводжуватися частими дієтами та спробами знизити вагу. В.І. Шебанова відмічає що бажання особистості з надмірною вагою схуднути зазвичай набуває навязливого характеру. Так, після успішного періоду дотримання дієти, відбувається «харчовий зрив».

На відміну від булімії, компульсивне переїдання не супроводжується очищенням організму, що може призводити до ожиріння, діабету та інших соматичних захворювань.

Останнім часом набуває поширення такий розлад як орторексія. Орторексія — це патологічна зацикленість на правильному харчуванні та якості продуктів.

Люди з орторексією мають такі симптоми:

- Витрачають надмірну кількість часу на планування та приготування їжі;
- Уникають цілих груп продуктів через уявну шкоду для здоров'я;
- Відчувають моральне піднесення від дотримання «чистого» харчування;
- можуть втрачати соціальні контакти через обмеження у харчових уподобаннях.

Хоча орторексія ще не внесена до міжнародної класифікації хвороб, її негативний вплив на психологічний та соціальний стан є очевидним.

Не можливо залишити від уваги розлади харчової поведінки неуточнені (РХПН)

Ця категорія включає розлади, які не відповідають повністю критеріям анорексії, булімії чи компульсивного переїдання, але мають схожі прояви. Наприклад, регулярні епізоди очищення організму без переїдання чи стійке уникання їжі без явного страху набору ваги. Окрім більш відомих анорексії, булімії та компульсивного переїдання, існує кілька інших маловідомихі рідкісних РХП. Наприклад бігорексія – це розлад харчової поведінки, коли людина одержима прагненням до збільшення мязової маси та вважає своє тіло недостатньо мускулистим, навіть якщо це не так. Поширений серед чоловічої статі.

Ще одним розладом є румінація – це повторюване пережовування їжі після її споживання, з подальшим зворотним проковтуванням або відригуванням.

Серед розладів харчової поведінки є розлад вибіркового харчування (ARFID) полягає у відмові від споживання певних видів їжі без обгрунтованих причин (алергій або релегійних переконань) це призводить

до недостатнього харчування і дефециту життєво важливих речовин. Розлад уникнення споживання їжі можна діагностувати у будь якому віці. Якщо такий розлад виникає у дітей то вірогідно що у більш старшому віці цей розлад може пройти. Найчастіше цей розлад виявляють у дітей від п’яти років. Є випадки виявлення цього розладу у людей більш зрілого віку, які прожили частину життя маючи уникаючий вибірковий тип харчування.

Ознаками розладу уникнення споживання певних продуктів можуть бути:

- Почуття відрази до певних продуктів;
- Вживання менш різноманітних продуктів;
- Конфлікти щодо їжі;
- Вибірковість і небажання пробувати нові продукти;
- Сильні реакції огиди з ознаками блювоти до нової їжі;
- Конфлікти щодо їжі, неможливість їсти з іншими або в школі.

Це тип розладу харчової поведінки при якому людина їсть певний тип або кількість їжі, що негативно впливає на здатність нормально жити.

Також розглянемо такий розлад як пікацизм, це розлад харчової поведінки, при якому людина вживає неїстівні речовини, такі як грунт, крейда, пісок або навіть металеві предмети. Випадки пикацизма були відомі в стародавні часи і були описані в медичних трактатах відомого Гіппократа.

Розлади харчової поведінки мають багатофакторну природу, яка включає:

- Біологічні фактори: генетична схильність, порушення нейротрансмітерів, гормональні дисбаланси;
- Психологічні чинники: низька самооцінка, депресія, перфекціонізм, емоційні травми;
- Соціальні чинники: тиск з боку суспільства, стереотипи краси, вплив ЗМІ;
- Культурні чинники: специфіка харчових традицій, ідеали худорлявості в певних суспільствах;

Діагностика розладів харчової поведінки (РХП) складається з кількох важливих етапів:

- Оцінка фізичного стану шкіри, волосся і нігтів. Можуть бути призначені лабораторні тести на розлад харчової поведінки для визначення порушень у роботі організму.
- Психологічна оцінка ставлення пацієнта до свого тіла, їжі, а також наявність емоційних проблем, таких як тривога, депресія, низька самооцінка. Використовуються спеціальні тести на розлад харчової поведінки, щоб виявити потенційний розлад.

Крім того В.І, Шебанова акцентує увагу на тому, що підхід до вивчення розладів харчової поведінки та ожиріння має бути холістичним, що буде сприяти розумінню розладів прийому їжі як розладів тілесності.

Спостереження за пацієнтом є не менш важливим. Спостерігають за поведінковими змінами: відмова від їжі, надмірна фізична активність, або соціальна ізоляція, що може вказувати на РХП.

Згідно регламенту Межнародної Класифікації Хвороб 10 -го перегляду (МКХ-10), розлади харчової поведінки включають аномальну поведінку, повязану з харчуванням. МКХ 10 – міжнародна система класифікації допомагає точно визначити, який саме тип РХП має людина. Вони містять чіткі діагностичні критерії для таких розладів, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання. Зараз поступово медичні заклади в Україні переходять на міжнародну класифікацію МКХ 11, але це поступовий етап, все ж такі більший відсоток медичних закладів України на сьогодні користуються міжнародною системою класифікації МКХ 10, тому розглянемо саме її.

Розлади харчової поведінки офіційно класифіковані в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), що є стандартом для діагностики та статистики захворювань у світовій медичній спільноті. У МКХ-10 розлади харчової поведінки розглядаються як частина розділу про психічні, поведінкові та нейророзвиткові розлади.

Основні категорії включають:

- F50.0 Анорексія нервова: визначається як розлад, пов’язаний з навмисною втратою ваги, викликаною самообмеженням у харчуванні, іноді із залученням інтенсивної фізичної активності;
- F50.1 Атипова нервова анорексія;
- F50.2 Булімія нервова: охоплює епізоди переїдання, що чергуються з компенсаторною поведінкою, спрямованою на запобігання набору ваги.
- F50.3 Атипова нервова булімія;
- F50.4 Переїдання, повязане з іншими психогенними порушеннями;
- F50.5 Блювання, асоційоване з іншими психогенними порушеннями;
- F50.8 Інші специфічні розлади харчової поведінки: наприклад, атипова анорексія або булімія, що не відповідають усім діагностичним критеріям;
- F50.9 Розлади харчової поведінки неуточнені: охоплюють випадки, які не можуть бути віднесені до інших специфічних категорій.

Міжнародна класифікація хвороб дозволяє стандартизувати підходи до діагностики та лікування розладів харчової поведінки. Вона є основою для проведення досліджень, розробки терапевтичних програм. Таким чином, використання МКХ у контексті розладів харчової поведінки забезпечує єдиний підхід до вирішення цієї проблеми на міжнародному рівні.

Згідно з дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), розлади харчової поведінки вражають приблизно 9% населення світу. Анорексія нервова та булімія є найпоширенішими серед підлітків і молодих жінок, причому ризик розвитку цих розладів у жінок у 2-3 рази вищий, ніж у чоловіків. Зокрема:

- Анорексія нервова зустрічається приблизно у 0,3–0,5% населення;

- Булімія нервова вражає 1–2% людей;
- Компульсивне переїдання спостерігається у 2–3% дорослих.

За даними наукових досліджень, в Україні відсоток людей з розладами харчової поведінки також зростає. Проте через недостатню кількість спеціалізованих досліджень точні цифри можуть варіюватися. Приблизно 3% молоді в Україні мають діагностовані розлади харчової поведінки, а близько 10% мають симптоми, що відповідають ризику їхнього розвитку. Серед основних причин — соціальні фактори, тиск стандартів краси та низька обізнаність про ці розлади.

Розлади харчової поведінки пов’язані з високими соціальними та економічними витратами. Вони є причиною значного зниження якості життя пацієнтів, підвищення ризику психічних розладів (депресії, тривоги) та можуть призводити до летальних наслідків без належного лікування.

Розлади харчової поведінки є складними психічними порушеннями, які потребують уваги як з боку медиків, так і психологів.

1.2 Психологічні чинники порушень харчової поведінки

Розлади харчової поведінки є складними психофізіологічними станами, які мають різноманітні причини, серед яких важливе місце займають психологічні чинники. Психологічні чинники можуть включати індивідуальні особливості особистості, емоційні стани, сприйняття тіла, самооцінка, соціальні та культурні впливи, а також стресові ситуації. У цьому розділі буде розглянуто основні психологічні чинники, які можуть сприяти розвитку порушень харчової поведінки, а також вплив цих чинників на поведінкові патерни, пов'язані з їжею.

Одним із ключових психологічних чинників, що впливають на харчову поведінку, є емоційний стан людини. Люди, які страждають від розладів харчової поведінки, часто використовують їжу як спосіб справлятися з емоційними проблемами, такими як стрес, тривога, депресія чи гнів. Для таких людей їжа стає способом самозаспокоєння, особливо в ситуаціях, коли

емоції стають неконтрольованими. Зловживання їжею може бути реакцією на стрес, коли людина шукає тимчасове полегшення від негативних емоцій [8].

Також однією з основних характеристик людей із порушеннями харчової поведінки є наявність когнітивних викривлень, які спотворюють сприйняття власного тіла, їжі та особистісної цінності. Хибні уявлення про тіло (наприклад, «я завжди виглядаю товстою, навіть якщо худну») є ядром таких розладів, як анорексія та булімія. Люди з харчовими розладами схильні перебільшувати власні недоліки, постійно порівнюючи себе з іншими. Ці когнітивні викривлення також провокують почуття провини та сорому після прийому їжі. Невміння об'єктивно оцінювати себе сприяє формуванню жорстких правил харчування, які лише поглиблюють проблему.

Водночас, підвищений рівень стресу може також призводити до змін у харчових звичках. У деяких випадках стрес може викликати втрату апетиту або, навпаки, стимулювати надмірне споживання їжі. Індивідуальний стиль реагування на стрес є важливим фактором, який впливає на розвиток харчових порушень.

Перфекціонізм є однією з основних психологічних рис, які можуть призводити до порушень харчової поведінки. Люди з високим рівнем перфекціонізму часто мають надмірно високі вимоги до себе, що може включати і вимоги до свого тіла та харчових звичок. Вони можуть прагнути до досягнення ідеальної фізичної форми, контролюючи своє харчування в межах, що межують з патологічним.

Перфекціонізм може проявлятися у різних формах: від прагнення до ідеального тіла та бездоганної зовнішності до непомірного контролю за тим, що та як людина їсть. У деяких випадках перфекціонізм може сприяти розвитку анорексії, булімії чи інших розладів харчової поведінки, оскільки прагнення до досягнення недосяжного ідеалу може стати причиною психічного перенапруження та хворобливих змін у харчових звичках[9].

Самооцінка та сприйняття свого тіла є іншими важливими психологічними чинниками, що визначають, як людина поводиться з їжею.

Низька самооцінка та негативне сприйняття власного тіла можуть бути причиною розвитку харчових розладів. Люди, які мають негативне уявлення про свою зовнішність, можуть намагатися змінити своє тіло через крайнощі в харчуванні — чи то через відмову від їжі, чи через надмірне споживання.

На думку багатьох психологів, самооцінка найбільш впливає на харчову поведінку не залежно від віку. При низької самооцінці може бути незадоволеність формою, розміром тіла що впливає на розвиток патологічних харчових розладів поведінки. Базове відчуття цінності і впевненості навпаки слугує задоволеності собою і життям в цілому. У 1943 році у «Теорії людської мотивації» А. Маслоу сказав: «Усі люди в нашому суспільстві потребують стабільної високої оцінки себе, самоповаги та поваги з боку інших»

Люди з низьким рівнем самооцінки можуть сприймати їжу як спосіб контролю над своєю реальністю, де відмова від їжі або надмірне їдіння є способом впливу на своє оточення або спробою відновити контроль над своєю життєвою ситуацією. Такі особи можуть мати патологічні уявлення про харчування, пов'язані з їхнім емоційним станом та сприйняттям тіла, що призводить до розвитку порушень харчової поведінки.

Здатність до саморегуляції емоцій є важливим чинником, що визначає, як людина справляється зі стресовими ситуаціями. Недостатня здатність до регулювання емоцій може призводити до розвитку порушень харчової поведінки, таких як переїдання чи анорексія. Люди, які мають труднощі з контролем своїх емоцій, можуть використовувати їжу як емоційний регулятор, що дозволяє тимчасово заспокоїтися або уникнути негативних емоційних переживань.

Такі стратегії можуть бути непродуктивними в довгостроковій перспективі, оскільки використання їжі для емоційного самозаспокоєння може сприяти розвитку хронічних харчових розладів, таких як булімія чи переїдання. Крім того, відсутність навичок емоційної регуляції може призвести до формування неправильних харчових звичок, які закріплюються і стають стійкими.

Сім'я та перші соціальні контакти мають важливе значення для формування харчових звичок і поведінки. Дитячі травми, зокрема емоційні та психологічні травми, що виникають в родинному середовищі, можуть мати тривалі наслідки для харчової поведінки. Психологічні дослідження вказують на те, що діти, які виросли в умовах емоційної нестабільності або отримували занадто сильну критику з приводу свого тіла чи харчування, можуть розвивати негативні ставлення до їжі та свого зовнішнього вигляду.

Такий досвід може закласти основи для розвитку розладів харчової поведінки в дорослому віці, коли індивідуум намагається компенсувати відчуття недостатності через контроль харчування або надмірне їдення. Тому психологічні травми, пережиті в дитинстві, можуть бути одними з основних факторів ризику для розвитку харчових розладів.

Культурні та соціальні норми відіграють значну роль у формуванні харчової поведінки та самосприйняття. Вони можуть бути як стимулом до здорового харчування, так і чинником ризику розвитку харчових порушень. У багатьох культурах існують стереотипи щодо ідеального тіла та правильного харчування, що створює тиск на індивідуумів, особливо на молодь. Стандарти краси, які часто пропагуються в засобах масової інформації, можуть стати чинником, що викликає невдоволення своїм тілом, що, в свою чергу, може призвести до порушень харчової поведінки.

Концепція когнітивних перекручень була розроблена Аароном Беком, американським психіатром і засновником когнітивної терапії. Ця концепція є ключовим компонентом його моделі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Бек припустив, що у людей із психічними розладами, такими як депресія чи тривога, виникають систематичні помилки в мисленні, які називаються когнітивними перекрученнями. Ці перекручення впливають на сприйняття реальності та сприяють формуванню негативних емоцій і поведінкових реакцій.

Основні типи когнітивних перекручень:

- Чорно-біле мислення (діхотомічне мислення);

- Катастрофізація;
- Гіперболізація негативного (загальна негативна оцінка ситуацій);
- Ігнорування позитивного;
- Персоналізація;
- Читання думок;
- Прогнозування майбутнього (негативний прогноз);
- Надмірна генералізація.

Ці перекручення стали основою для розробки технік, спрямованих на зміну дезадаптивних думок, щоб покращити психоемоційний стан людини.

Дослідження також показують, що одним із ключових чинників розвитку порушень харчової поведінки є емоційний стрес. Люди з високим рівнем емоційної нестабільності, і зазначають часто використовують їжу як механізм адаптації до негативних емоцій. Також акцентують увагу на тому, що емоційні порушення слід враховувати при розробці терапевтичних програм.

Розлади харчової поведінки є мультифакторним явищем, якому перетинаються біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Особливу роль у їх розвитку відіграють коморбідні (супутні) психічні розлади.

О.С. Юрценюк зазначає, що у 94% діагностують супутні розлади настрою (переважно з депресією), в 56% -тривожні розлади, в 36% селфхарм-поведінку(самоушкодження), в 20%- обсесивно компульсивні розлади, в 22%- посттравматичний стресовий розлад, у 22% - вживання психоактивних речовин. Ці розлади можуть як сприяти виникненню РХП, так і виступати наслідком тривалого перебігу порушень харчової поведінки. Як ми бачимо найчастіше коморбідними станами є депресія, тривожні розлади, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади особистості.

Кристофер Фейрберн який запропонував модель когнітивно-поведінкової терапії для лікування булімії, дослідив і підтвердив, що емоційні порушення, зокрема депресія та тривога, є основними предикторами

патологічної харчової поведінки.

Депресія є найбільш поширеним супутнім розладом серед пацієнтів із РХП. Згідно з статистикою 80% осіб із булімією нервовою мають виражені депресивні симптоми, які варіюються від легкої апатії до клінічної депресії.

Для пацієнтів із депресією характерним є зниження самооцінки, почуття безнадії та провини, що значно погіршує сприйняття власного тіла. Наприклад, у випадку анорексії, пацієнти схильні вважати, що самоконтроль над їжею є єдиним джерелом їхньої цінності. Натомість при булімії депресія може поглиблювати почуття провини за компульсивні епізоди переїдання.

Депресія також сприяє формуванню «порочного кола». Постійне відчуття провини та незадоволеність собою посилюють патологічні моделі харчової поведінки, а наслідки таких моделей (наприклад, фізичне виснаження) ще більше поглиблюють депресивний стан.

Тривожні розлади також часто супроводжують РХП. Наприклад, генералізований тривожний розлад або соціальна тривожність можуть виступати як тригери для розвитку патологічного харчування. Люди з високим рівнем тривожності часто намагаються знизити внутрішню напругу шляхом емоційного переїдання або жорсткого контролю за калоріями.

Особливо яскраво це проявляється у випадку соціальної тривожності, коли страх осуду змушує людину уникати прийому їжі у присутності інших. Натомість вдома вона може компенсувати голодування компульсивним переїданням. Тривожність щодо зовнішності часто поєднується з уникненням соціальних ситуацій і формує замкнене коло самоізоляції та поглиблення патологічних моделей харчування.

Особливе місце серед коморбідних станів займає обсесивно-компульсивний розлад (ОКР). У пацієнтів із РХП ОКР проявляється у формі нав’язливих думок і дій, які стосуються ваги, калорій або конкретних харчових ритуалів. Наприклад: компульсивна перевірка калорійності продуктів. Пацієнт може витрачати години на аналіз етикеток і порівняння калорійності. Нав’язливе зважування. Людина з РХП може кілька разів на

день зважуватися, намагаючись оцінити навіть найменші зміни у вазі. Ритуали під час прийому їжі. Це можуть бути суворі правила, як-от розкладання їжі певним чином на тарілці або споживання продуктів лише в певній послідовності.

ОКР створює ілюзію контролю, яка є особливо привабливою для людей із РХП, однак насправді лише поглиблює патологію. Взаємозв’язок між ОКР та РХП є особливо міцним у пацієнтів з анорексією, оскільки нав’язливий контроль над вагою стає основним способом досягнення уявної «досконалості».

Хоча ПТСР менш поширений серед пацієнтів із РХП, його вплив також значний. У людей із травматичним досвідом (насильство, булінг, втрата близьких) харчова поведінка може стати способом саморегуляції. Наприклад, при булімії епізоди переїдання можуть слугувати своєрідною «втечею» від болісних спогадів.

Порушення харчової поведінки у пацієнтів із ПТСР часто супроводжуються дисоціацією — станом, коли людина втрачає зв'язок із реальністю. Це пояснює, чому такі пацієнти інколи не можуть усвідомити шкоду від власної поведінки.

Коморбідність із психічними розладами є важливим аспектом розуміння природи РХП. Супутні стани, такі як депресія, тривожні розлади, ОКР та ПТСР, не лише ускладнюють перебіг розладів харчової поведінки, а й вимагають комплексного підходу до терапії. Дослідження цього феномену дозволяє краще зрозуміти внутрішній світ пацієнтів і розробити ефективні методи допомоги.

Т. Ільницька також у свої роботах зазначає що не існує препарату, який би лікував РХП, вона ставить акцент на тому що зважаючи на високий рівень коморбідності, можливо підключати антидепресанти при супутніх симптомах депресії.

1.3 Генетичні фактори розладів харчової поведінки

Стверджується що спадковість відіграє вагому роль у розвитку розладів харчової поведінки. Такі дослідження, зокрема близнюкові та сімейні аналізи, показали високий рівень спадковості анорексії нервової (близько 50-60%).

Н. Наумова зазначає що перш за все причиною РХП є генетичні передумови які є передумовою розвитку РХП через певні тригери – психологічні, соціальні, фізіологічні тощо. Мутації в генах, які регулюють серотонінову систему, можуть впливати на рівень задоволення від їжі, регуляцію апетиту та настрій [10].

Такі гени, як HTR2A та BDNF (фактор нейротрофічного росту мозку), виявляють зв'язок із схильністю до обмежувального харчування та компульсивного переїдання.

Порушення роботи цих генів впливають на:

- Регуляцію апетиту (знижене або підвищене відчуття голоду);
- Перцепцію смаку та задоволення від їжі;
- Регуляцію стресу через взаємодію із системою гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (ГГН).

Близнюкові дослідження свідчать про те, що в монозиготних близнюків (з однаковим генетичним набором) ймовірність розвитку анорексії значно вища, ніж у дизиготних близнюків.

Ідея методу близнюків була сформульована Ф. Гальтоном ще в 1865 році, але остаточна його модифікація пов’язана з ім’ям Германа Сіменса. Саме Г. Сіменс в 1924 році заклав основи використання близнюкового методу в генетиці.

У дослідженні в медичній школі Вашингтонського університету в Сент Луісі виявили, що розлади РХП та алкогольна залежність можуть мати спільні гени. Виявлено що генетичні фактори, що стоять за розладами харчової поведінки, є складним й потребують подальшого вивчення та

вдосконалення [11]. Вони відіграють певну роль у виникненні розладів харчової поведінки, але не повністю. Було зазначено що люди – це більше ніж сукупність генетичних матеріалів. Нас усіх формують культура, стосунки, наші сімї. Нейромедіатори, зокрема серотонін, дофамін та норадреналін, відіграють ключову роль у регуляції апетиту, настрою та емоційного стану.

Серотонін є одним із головних нейромедіаторів, що регулюють апетит, настрій та задоволення. Гіперфункція серотонінової системи у людей з анорексією може призводити до підвищеної тривожності та пригнічення апетиту. Це пояснює, чому такі пацієнти уникають їжі, оскільки прийом їжі спричиняє дискомфорт. Дослідження показують, що після голодування рівень серотоніну знижується, що тимчасово зменшує тривожність та створює ілюзію контролю. У пацієнтів із булімією, навпаки, спостерігається дисфункція серотонінової системи, що спричиняє неконтрольовані епізоди переїдання та імпульсивну поведінку.

Дофамін відповідає за відчуття задоволення та мотивацію. При анорексії та булімії спостерігається:

- Знижений рівень дофаміну, що призводить до відсутності відчуття задоволення від їжі;
- Порушення роботи мезолімбічної системи, зокрема нуклеус акумбенс (центру винагороди);
- У людей з булімією під час переїдання спостерігається короткочасне підвищення рівня дофаміну, що зумовлює компенсаторну поведінку у вигляді переїдання як реакцію на стрес.

Гормональні зміни є важливим біологічним механізмом, що пояснює порушення харчової поведінки. Основні гормони, які беруть участь у регуляції апетиту та метаболізму це:

- Грелін (гормон голоду): при анорексії його рівень підвищується як відповідь на хронічне голодування, проте мозок втрачає чутливість до цього сигналу;

- Лептин (гормон ситості): виробляється жировою тканиною, зниження рівня лептину у пацієнтів з анорексією є адаптивним механізмом для підтримання енергетичного балансу;
- Кортизол (гормон стресу): у людей із РХП спостерігається хронічно підвищений рівень кортизолу, що підсилює тривогу та сприяє порушенням апетиту.

Біологічні механізми розладів харчової поведінки є багатофакторними та включають генетичні особливості, нейромедіаторні дисбаланси та гормональні порушення. Всі ці фактори взаємодіють із психологічними та соціальними чинниками, створюючи складну картину розвитку РХП. Розуміння біологічної основи є ключовим для розробки індивідуалізованих терапевтичних стратегій, що враховують як психологічні, так і фізіологічні особливості пацієнтів.

1.4 Роль соціального та культурного середовища у формуванні харчової поведінки

Культурні ідеали краси та соціальні стандарти є одним із найпотужніших факторів, що сприяють розвитку розладів харчової поведінки (РХП). У сучасному світі концепція «ідеального» тіла стає соціальним конструктом, який активно формують медіа, індустрія моди, реклама та соціальні мережі. Худорлявість часто асоціюється з успіхом, самодостатністю та щастям, що створює непосильний тиск на людей, особливо підлітків та молодь, які є найвразливішою групою [12].

Сучасні засоби масової інформації є ключовими «трансляторами» ідеалів худорлявості та зовнішньої привабливості. Регулярний перегляд журналів, соціальних мереж, фільмів і телепередач, де акцентується увага на стрункості або фізичній досконалості, збільшує ризик розвитку анорексії та булімії в 2-3 рази серед молоді. Особливо це стосується підлітків, які в період формування особистості гостро реагують на соціальні очікування та порівняння із медіаобразами.

Соціальні мережі, такі як Instagram та TikTok, посилюють фокус на «тілесному ідеалі». Зокрема, понад 60% підлітків у дослідженнях заявили, що відчувають тиск схуднути через публікації моделей, блогерів та інфлюенсерів. Також велике значення має так званий «ефект фільтрації» – використання фільтрів і обробки фотографій, які створюють нереалістичні стандарти краси.

Люди схильні порівнювати себе з іншими для оцінки власної привабливості та успішності. У світі, де медіа й соціальні мережі формують «ідеальні» образи тілесності, люди часто сприймають ці образи як реалістичні та досяжні. Хоча основний акцент досліджень РХП був зроблений на жінках, останні роки фокус зміщується й на чоловіків. Кириленко М.І. зазначає що сучасний культурний ідеал для чоловіків пов'язаний із мускулистістю та підтягнутістю, що провокує інший різновид дисморфічного розладу – бігорексія «м'язова дисморфія», 40% чоловіків віком від 18 до 30 років відчувають незадоволеність своїм тілом через медіапропаганду образу «ідеального» м'язистого тіла. Це призводить до надмірних фізичних навантажень, нездорового вживання протеїнів та інших добавок, а також розвитку компульсивного контролю ваги [13].

Важливо зазначити, що стандарти краси суттєво різняться залежно від культури. У західних суспільствах культ стрункого тіла має домінуючу роль, тоді як в інших культурах, наприклад, у деяких країнах Африки чи Південної Азії, пишні форми асоціюються з красою, здоров’ям та соціальним статусом.

Ідеалізація худорлявості спричиняє значний психологічний стрес, особливо серед підлітків та молоді. Постійне прагнення відповідати соціальним стандартам призводить до зниження самооцінки через відчуття невідповідності ідеалам, формування жорстких дієтичних обмежень, що є ключовим фактором розвитку анорексії, а також до емоційних розладів, таких як тривожність, депресія та обсесивно-компульсивний синдром [27].

Соціальні мережі відіграють значну роль у формуванні сучасних культурних ідеалів тіла та впливають на розвиток розладів харчової

поведінки (РХП) через соціальне порівняння. Інтернет-платформи, такі як Instagram, TikTok, Facebook та інші, створюють ідеалізовані образи зовнішності, які часто є нереалістичними через використання фільтрів, ретушування та спеціальних ракурсів. Порівняння себе з цими образами може призвести до низької самооцінки, незадоволеності власним тілом та розвитку негативних харчових практик.

Теорія соціального порівняння, запропонована Леоном Фестінгером, стверджує, що люди схильні оцінювати себе, порівнюючи з іншими, що особливо посилюється у віртуальному просторі. У соціальних мережах відбувається постійний потік контенту, де ідеалізовані образи тіла часто демонструються як норма. По статистиці 78% підлітків відчувають психологічний тиск після перегляду «ідеальних» фотографій блогерів та зірок у соцмережах. Такий контент змушує молодь порівнювати себе з цими образами, що стає підґрунтям для незадоволеності зовнішністю та пошуку жорстких способів контролю ваги.

Особливо шкідливим є споживання контенту, який просуває «тонкий ідеал» (thin-ideal) або концепцію «ідеально підтягнутого тіла». За даними регулярний перегляд фотографій у соцмережах, де фігурують стрункі тіла, призводить до підвищеного рівня тривожності та зниження самооцінки в понад 60% дівчат віком від 13 до 18 років. Це змушує підлітків експериментувати з екстремальними дієтами, обмеженням їжі або компульсивними фізичними вправами [28].

Окремою проблемою у соціальних мережах є формування «підтримуваних спільнот», які обговорюють дієти, жорстке обмеження калорій та інші «здорові» практики, що насправді є токсичними харчовими звичками. Наприклад, популярність хештегів на кшталт #thinspiration (thin + inspiration) або #fitspo (fitness inspiration) створює небезпечне середовище, де худорлявість і контроль ваги романтизуються. Згідно з дослідженням підлітки, які регулярно споживають контент із такими хештегами, на 45% частіше демонструють симптоми розладів харчової поведінки. У цих

спільнотах обговорюються такі небезпечні практики, як «постійнодієтний» режим, «очищення організму» через блювання та суворий підрахунок калорій. Особливо вразливими до таких впливів є молоді дівчата та хлопці, які шукають підтримки у незадоволеності своїм тілом. В соцмережах поширені й так звані «про-анорексичні» та «про-булімічні» спільноти, де користувачі обмінюються порадами щодо швидкого схуднення та приховування розладів харчової поведінки від близьких, а також просування «чистого харчування» (clean eating) або «фітнес-дієт» які часто перетворюється на орторексію – нездорову одержимість «правильним» харчуванням, що в довгостроковій перспективі може спровокувати анорексію чи булімію.

Це призводить до закріплення патологічних звичок і перешкоджає вчасному зверненню за допомогою.

Хоча вплив медіа та соцмереж на жінок досліджено значно глибше, останніми роками зростає інтерес до впливу на чоловіків. Сучасні медіа створюють для чоловіків образ «ідеального» м'язистого тіла, що сприяє розвитку м'язової дисморфії. Статистика показала, що чоловіки, які споживають контент із фітнес-блогів і соціальних платформ, на 40% частіше демонструють ознаки компульсивного тренування та використання стероїдів чи інших добавок для формування м'язової маси [29].

Для зменшення негативного впливу соціальних мереж на харчову поведінку важливо:

- Впроваджувати освітні програми медіаграмотності для підлітків та молоді;
- Поширювати ідеї «позитивного образу тіла» (body positivity), що наголошують на різноманітності зовнішності;
- Обмежувати просування токсичного контенту через контроль за хештегами та співпрацю з платформами.

Соціальні мережі, через механізми соціального порівняння та ідеалізації зовнішності, значно впливають на формування розладів харчової

поведінки. Розвиток токсичних спільнот, обговорення жорстких дієт та створення нереалістичних стандартів краси є ключовими факторами, що посилюють ризик РХП серед молоді. Для протидії цьому необхідно підвищувати обізнаність про негативний вплив соціальних медіа та створювати безпечний інформаційний простір.

Вплив сімейних стосунків та відносин у сімейному колі також впливають на розлади харчової поведінки. А.Маслоу зазначає, що потреба в любові, в приналежностів необхідності іншого, є однією з основних потреб людини.

Сім'я є першим соціальним середовищем, у якому дитина отримує перші уявлення про харчування, терпимість та сприйняття себе у суспільстві. Стосунки у сім'ї можуть стати підгрунтям для розвитку розладів харчової поведінки, оскільки встановлені сімейні принципи, стереотипи та стиль спілкування матимуть тривалий вплив на формування особистості та психічне здоров'я особи.

К.Х Бріш німецький психіатр, психотерапевт першим дослідив що порушення у взаємовідносинах між дитиною та матір’ю можуть сприяти виникненню значних когнітивних розладів, які впливають на харчову поведінку. Він розділяє поведінку батьків як ефективну і не ефективну. Ефективна поведінка вважається коли батьки враховують емоційний стан дитини і її біологічні потреби, годують коли дитина плаче від голоду та надають комфорт і захист, коли плаче від страху або болю. Неефективною поведінкою вважається коли батьки не зважають на потреби дитини і годують та надають комфортні умови тільки тоді коли вирішили самі. Це лишає дитину можливості усвідомлювати свої бажання та потреби. Згідно з дослідженнями, сімейні спогади про сильний контроль харчування батьками, різкі зауваження щодо ваги та зовнішнього вигляду часто стають причиною негативного сприйняття себе. Зокрема, формується перфекціоністський тип особистості, який пов'язаний з тривогою щодо очікувань суспільства та родини.

Стилі батьківського виховання та їхній вплив на РХП має велике значення. В. Гарбузов у своїх працях акцентує увагу на тому, наскільки важлива сімейна атмосфера та як впливає на особистіть дитини в майбутньому. При цьому виділяє три типи неправильного виховання:

- Виховання за типом А: неприйняття індивідуальних особливостей дитини в поєднанні з жорстким контролем, з навязуванням єдиного правильного типу поведінки. Може поєднуватися з повним потуранням;
- Виховання за типом В: тривожно недовірливі стосунки батьків щодо стану здоров'я, очікування успіхів і в майбутньої професійної діяльності, соціального статусу серед однолітків;
- Виховання по типу С: коли дитину роблять «куміром сім'ї» не зважаючи на інших членів сім'ї.

Тому виховання і внутрішнє середовище у сім'ї де зростає дитина дуже важливе, а також впливає на психоемоційні стани які можуть викликати розлади харчової поведінки.

Стиль виховання у сім'ї впливає не лише на харчові звички, а й на цілий спосіб сприйняття світу та себе. Авторитарний стиль, характеризований сильним контролем та ригідними правилами, часто призводить до несприятливого емоційного фону в сім'ї. Це спричиняє тривогу, спробу заслужити любов та визнання, що може призвести до обсесивних поведінкових змін та контролю харчування.

Натомість, інші стилі виховання також мають свій вплив, наприклад:

- Гіперопіка: надмірна увага до дитини може спричинити формування залежності від батьків та неможливість приймати самостійні рішення щодо харчування;
- Ігноруючий стиль: недостатня увага до емоційних потреб дитини може призвести до відчуття ізольованості та компенсаторної поведінки, наприклад, через переїдання або відмову від їжі;

- Демократичний стиль: баланс контролю та підтримки сприяє здоровому психічному розвитку дитини і мінімізує ризик розвитку РХП.

Емоційна комунікація у сім'ї сприяє стабільності та підтримці, тому її порушення можуть бути фактором виникнення РХП. Прикладом є сімейні ситуації, де члени родини не мають навичок відкритої та постійної комунікації. Недовіра, конфлікти, а також замовчування проблем створюють атмосферу емоційного напруження, що може провокувати розвиток психологічних проблем, зокрема РХП.

До аспектів порушення емоційної комунікації відносяться:

- Негативна критика: постійні зауваження стосовно зовнішнього вигляду, ваги чи поведінки дитини спричиняють зниження самооцінки та розвиток тривожності;
- Відсутність підтримки: брак емоційної підтримки у складні моменти може призвести до того, що дитина шукатиме інші способи контролю, такі як обмеження їжі чи переїдання;
- Високі очікування: надмірні вимоги щодо успіхів у навчанні, кар'єрі чи зовнішності змушують дитину прагнути ідеалу, що часто супроводжується нездоровими звичками у харчуванні.

Роль конфліктів та дисфункціональних сімейних відносин також відіграє дуже важливу роль. Наприклад дисфункціональні сімейні стосунки, які характеризуються частими конфліктами, маніпуляцією, емоційним чи фізичним насильством, мають серйозний вплив на психічне здоров'я дитини. У таких сім'ях дитина часто відчуває тривогу, страх, невпевненість, що може спровокувати розвиток РХП як форми самоконтролю або способу справлятися зі стресом.

Конфлікти у сімейному середовищі можуть призводити до:

- Формування деструктивних стратегій подолання стресу: наприклад, через переїдання, голодування або ритуалізоване харчування;
- Підвищення рівня тривоги та депресії: що часто є супутніми факторами у розвитку РХП;

- Потреби в контролі: коли дитина відчуває безсилля у сімейних відносинах, контроль над харчуванням може стати способом відновлення почуття власної важливості та стабільності.

Сімейні сценарії та харчова культура мають вплив на формування харчових звичок. Сімейна культура харчування, що передається з покоління в покоління відіграє значну роль у формуванні харчової поведінки. Харчові традиції, ставлення до їжі як до нагороди чи покарання, а також акценти на дієтах чи зовнішньому вигляді можуть закласти основи для РХП.

Харчування може бути як спосіб вирішення проблем, у деяких сім'ях їжа стає єдиним засобом заспокоєння або винагороди. Суворі дієти у сім'ї, постійні обговорення дієт та схуднення формують у дитини негативне сприйняття власного тіла. Діти часто копіюють харчові звички батьків, що може сприяти як здоровим, так і нездоровим моделям харчування.

Таким чином, сімейні стосунки та культура відіграють критичну роль у формуванні розладів харчової поведінки. Гармонійні, підтримуючі стосунки, адекватне виховання та позитивна комунікація є важливими чинниками профілактики РХП.

Також дуже вагомим є сімейне середовище яке відіграє вирішальну роль у формуванні харчових звичок, сприйняття себе та ставлення до власного тіла. Соціалізація дитини починається саме в родині, де закладаються основні цінності, переконання та моделі поведінки. Якщо у сімейній атмосфері наявний надмірний акцент на зовнішності, контролі ваги або строгих дієтах, це може стати фундаментом для розвитку розладів харчової поведінки (РХП).

Критика ваги або регулярні зауваження стосовно зовнішнього вигляду з боку батьків є одним із ключових чинників, що формують у дітей низьку самооцінку та небезпечні стратегії самоконтролю. Постійний тиск і нагадування про необхідність схуднути можуть змусити дитину бачити у своєму тілі головне джерело власних проблем.

Це часто призводить до:

- Обмежувальних дієт у підлітковому віці;
- Компульсивного підрахунку калорій;
- Формування нав’язливих думок щодо зовнішності та ваги.

Особливо вразливими є діти, які отримують прямі чи непрямі коментарі від батьків про свою зовнішність: «Ти занадто товста», «Тобі треба менше їсти» або «Дивись, яка худенька твоя подруга». За даними дослідження 65% дівчат, які в дитинстві чули негативні коментарі від батьків щодо їх ваги, демонструють схильність до булімії або анорексії у підлітковому віці.

Ще одним вагомим чинником є наявність перфекціонізму в сім’ї. Батьки з перфекціоністичними схильностями, які висувають високі вимоги до успіху та зовнішнього вигляду своїх дітей, часто несвідомо створюють атмосферу, де успіх і любов напряму залежать від зовнішнього вигляду чи досягнень. У таких сім'ях діти відчувають постійний страх невідповідності і прагнуть контролювати своє тіло як спосіб «виправдати очікування». Перфекціонізм підкріплює обмежувальні дієти, нав'язливі тренування та прагнення до ідеального тіла.Сімейний перфекціонізм є одним із ключових чинників ризику для розвитку анорексії нервової. Діти в таких сім’ях часто асоціюють любов та визнання з дотриманням жорстких стандартів, що посилює тривогу та патологічний контроль в

Батьки є першими та найважливішими моделями для наслідування. Якщо мати або батько демонструють одержимість вагою, дотримуються екстремальних дієт або часто говорять про «необхідність схуднення», діти переймають таку поведінку як норму. Особливо значущим є приклад матері у сім’ях, де вона постійно виражає незадоволеність власним тілом або харчовими звичками. Діти сприймають таку поведінку як еталон, що підсилює їхнє власне бажання змінити своє тіло. Це часто призводить до раннього розвитку дисморфофобії – нав’язливих думок про уявні або реальні недоліки у зовнішності. У сім'ях, де існують жорсткі «харчові правила», такі

як «не можна залишати їжу на тарілці» або «їсти потрібно все, що приготували», діти часто втрачають здатність розпізнавати власні відчуття голоду і ситості. Це може стати основою для переїдання через страх не виконати правила, відчуття провини після їжі, що підсилює ризик розвитку булімії.

Незважаючи на негативні чинники, сім'я також може стати захисним середовищем для дитини з РХП. Підтримка, прийняття та здорове ставлення до тіла є ключовими для формування позитивного образу себе. Важливо, щоб батьки підтримували здоровий баланс у харчуванні без надмірного контролю або тиску. Сімейна терапія є ефективною методикою лікування, оскільки допомагає усвідомити та вирішити проблеми у відносинах, що сприяють РХП.

Як бачимо вплив сімейного середовища на розвиток розладів харчової поведінки є багатогранним. Критика ваги, перфекціонізм, дисфункціональні відносини та негативне моделювання поведінки формують у дітей хибні уявлення про тіло та харчування. З іншого боку, сім’я може стати найважливішим ресурсом для підтримки дитини та допомогти уникнути розвитку патологічних харчових звичок.

У першому розділі детально розглянуто основні форми РХП, включаючи анорексію, булімію та компульсивне переїдання, які є найбільш поширеними видами цих порушень. Окрім того, проаналізовано менш відомі, але не менш важливі розлади, такі як орторексія, бігорексія, пікацизм, румінація та розлад вибіркового харчування, що свідчить про різноманітність проявів цих патологій.

Аналіз наукових джерел підтвердив, що ключову роль у розвитку РХП відіграють психологічні фактори, зокрема, перфекціонізм, низька самооцінка, емоційна нестабільність та надмірна фіксація на зовнішності можуть сприяти формуванню деструктивних моделей харчової поведінки. Водночас значний вплив мають соціокультурні фактори, серед яких стандарти краси, нав’язані медіа, сімейне середовище та соціальний тиск. Також було розглянуто роль

генетичних аспектів, які підтверджують, що деякі люди можуть мати підвищену схильність до РХП на основі спадкових та нейрохімічних особливостей організму.

Додатково було проаналізовано зв’язок РХП з іншими психічними розладами, такими як депресія, тривожні стани, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це підтверджує необхідність комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики РХП, що передбачає міждисциплінарну співпрацю психологів, психотерапевтів та лікарів.

Таким чином, розлади харчової поведінки є складним явищем, що потребує всебічного дослідження та розуміння. Їх виникнення зумовлене багатьма чинниками, що взаємодіють між собою, утворюючи індивідуальні механізми розвитку кожного випадку.

РОЗДІЛ 2
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ, ЙОГО ВПЛИВ НА ХАРЧОВУ ПОВЕДІНКУ

2.1 Поняття та види перфекціонізму

Перфекціонізм є складним психологічним феноменом, який набуває дедалі більшої уваги як серед дослідників, так і в суспільстві загалом. Ця риса характеризується прагненням досягати ідеалу у всіх сферах життя, встановленням високих стандартів і критичним ставленням до власних помилок. Хоча на перший погляд перфекціонізм може здаватися корисною якістю, що сприяє успіху, він також має темний бік, який може призводити до психологічних труднощів, таких як тривожність, депресія та розлади харчової поведінки.

У сучасному світі, де соціальні медіа, конкурентне середовище і культурні норми диктують жорсткі стандарти краси, успіху та самореалізації, перфекціонізм стає особливо поширеним явищем. Молодь, яка перебуває у стані формування особистості та пошуку свого місця в суспільстві, є особливо вразливою до впливу перфекціоністичних тенденцій. Це робить дослідження перфекціонізму актуальним для розуміння його впливу на психічне здоров’я та поведінкові прояви.

Вивчення перфекціонізму як чинника, що може сприяти розвитку розладів харчової поведінки, є важливим кроком до розробки ефективних профілактичних та терапевтичних заходів. У цьому контексті дослідження цього феномену дозволяє не лише краще зрозуміти механізми його впливу, а й сприяти підтримці здоров’я та благополуччя молодого покоління.

Перфекціонізм — це поняття, що характеризується стремлінням особистості до досягнення досконалості у різних сферах життя. Дане явище пов’язане з високими вимогами до себе та інших людей, а також сталими засадами, що визначають «успіх» та «поразку» [14].

У 1965 році М. Холлендер вперше використав термін «перфекціонізм» для опису риси характеру, що проявляється у прагненні до бездоганного виконання завдань та встановленні високих стандартів, які перевищують вимоги ситуації. Термін «перфекціонізм» походить від латинського «perfectio», що означає досконалість. У психології перфекціонізм вважається багатогранним поняттям, що може мати різноманітний вплив на психіку людини залежно від його особливостей та контексту.

Звертаючись до аналізу проблеми перфекціонізму, важливо відмітити, що неявно ідеї перфекціонізму розкриваються у теоріях особистості З.Фройда, А.Адлера, К.Хорні через поняття «Его ідеалу», «прагнення до переваги», «ідеалізованого образу Я».

На думку Л. Данилевич, функціональний перфекціонізм поєднує високі стандарти (його показники: високі особисті стандарти результативності власної діяльності, своїх якостей, здібностей та орієнтація на важкі цілі) та організованість (наявна організація та прагнення бути організованим); дисфункціональний – характеризується нетерпимим ставленням до помилок, тривожністю з приводу результатів діяльності, переживанням невідповідності між бажаною досконалістю та реальним станом справ, відстороненням від інших [15].

Крім того, перфекціонізм має тісний зв’язок із культурними та соціальними чинниками. У суспільствах, де успіх і досконалість оцінюються як найвищі цінності, рівень перфекціонізму серед людей може бути вищим. Наприклад, у країнах із високою конкуренцією у сфері освіти та професійної діяльності перфекціонізм може бути поширеним явищем серед молоді та працівників інтелектуальної сфери.

Варто зазначити, що перфекціонізм може проявлятися у різних аспектах життя, включаючи навчання, роботу, стосунки та самореалізацію. Він може супроводжуватися прагненням до бездоганності у зовнішньому вигляді, професійних досягненнях або міжособистісних стосунках. У цьому контексті важливо враховувати індивідуальні особливості кожної людини,

щоб оцінити, як перфекціонізм впливає на її загальний добробут.

Таким чином, перфекціонізм є складним і багатогранним явищем, яке варіюється від адаптивного до дезадаптивного і має як позитивні, так і негативні наслідки залежно від його інтенсивності, спрямованості та контексту.

Ця теорія була сформульована дослідниками, такими як Гордон Флетт, Пол Хьюітт, Ренді Фрост та інші. Вона дозволяє поглибити розуміння цієї риси особистості та застосувати ці знання в клінічній практиці.

Адаптивний перфекціонізм характеризується прийняттям реалістичних стандартів, що спрямовані на саморозвиток та досягнення цілей. Люди, що виявляють адаптивний перфекціонізм, сприймають помилки як частину навчання, залишаються мотивованими та задоволеними своєю діяльністю.

Ключові риси:

- Реалістичні та досяжні цілі;
- Сприйняття помилок як позитивного досвіду;
- Запобігання стресу через реальне оцінювання власних сил та ресурсів.

Адаптивний перфекціонізм сприяє розвитку позитивного ставлення до роботи, самовдосконалення та гармонійних стосунків із оточенням. Цей тип перфекціонізму часто асоціюється із високою продуктивністю та особистісним зростанням.

Якщо розглядати дезадаптивний перфекціонізм, він навпаки, характеризується завищеними або нереалістичними вимогами до себе та інших, а також сильним страхом перед помилками та негативною реакцією на критику. Це призводить до почуття тривоги, невдоволення собою і зниження ефективності в роботі чи навчанні.

Ключові риси:

- Завищені та недосяжні стандарти;
- Постійний страх перед помилками та невдачами;
- Негативне сприйняття критики;

- Хронічний стрес та емоційне виснаження.

Дезадаптивний перфекціонізм може стати причиною низки психологічних розладів, таких як депресія, тривожні стани та розлади харчової поведінки. Він також може сприяти розвитку прокрастинації, оскільки людина боїться братися за завдання через можливість не досягти ідеального результату.

Якщо порівняти характеристику адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму то ми побачимо що адаптивний перфекціонізм характеризується реалістичними досяжностями, позитивним ставленням до помилок, високою ефективністю, задоволкенням та мотивацією. Дезадаптивний характеризується нереалістичними і завишеними цілями, негативним ставленням до помилок, високим рівнем стресу, заниженою ефективністю через прокрастинацію або стрес, тривожністю і емоційним виснаженням.

Ренді Фрост та його колеги у 1990 році запропонували мультіфакторну модель перфекціонізму, яка базується на шести ключових аспектах:

- Занепокоєння через помилки: страх і тривога, пов'язані з можливими помилками;
- Високі особисті стандарти: прагнення досягти високих цілей, іноді нереалістичних;
- Сумніви у власних діях: постійна невпевненість у правильності своїх рішень чи дій;
- Очікування батьків: переконання, що батьки вимагають досконалості;
- Критика з боку батьків: відчуття, що батьки постійно критикують за невідповідність їхнім очікуванням;
- Організованість: схильність до структурування, порядку та уваги до деталей.

Наслідки нездорового перфекціонізму за Фростом вказує що надмірний рівень перфекціонізму, особливо високі показники стурбованості помилками

та сумнівів щодо власних дій, може призводити до хронічного стресу та емоційного виснаження.

Щоб зменшити негативний вплив перфекціонізму, рекомендується:

- Навчитися приймати помилки як частину процесу навчання та розвитку;
- Поступово знижувати надмірно високі стандарти, встановлюючи реалістичні цілі;
- Розвивати навички самоспівчуття та підтримувати позитивне ставлення до себе;
- Працювати з когнітивними спотвореннями (наприклад, катастрофізацією помилок);
- Використовувати техніки релаксації та майндфулнесу для зниження стресу.

Модель Ренді Фроста допомагає глибше зрозуміти природу перфекціонізму та працювати над його дезадаптивними проявами, що робить її цінним інструментом у сфері психології та психотерапії.

У 1991 році Гордон Флетт і Пол Хьюітт розробили трикомпонентну модель перфекціонізму, яка включає:

- Орієнтований на себе перфекціонізм: високі стандарти, які людина встановлює для себе. Це може бути як мотиваційним фактором, так і причиною стресу;
- Орієнтований на інших перфекціонізм: очікування досконалості від інших людей. Часто призводить до напружених стосунків;
- Соціально приписуваний перфекціонізм: переконання, що оточення очікує від людини ідеальності. Це джерело тривожності та страху перед осудом.

Модель Флетта та Хьюітта надає цінні інструменти для дослідження міжособистісних аспектів перфекціонізму та його впливу на психічне здоров'я.

Ці три виміри можуть взаємодіяти між собою та по-різному проявлятися у різних сферах життя людини.

Наприклад:

- Людина може мати високий рівень перфекціонізму, орієнтованого на себе, і водночас відчувати соціально детермінований перфекціонізм, тобто самостійно ставити високі вимоги, але при цьому переживати через думку оточення;
- Високий рівень перфекціонізму, орієнтованого на інших, часто супроводжується низькою терпимістю до помилок і соціальними конфліктами.

Наслідки перфекціонізму згідно з моделлю Флетта та Хьюітта.

Дослідження показують, що різні типи перфекціонізму мають різні наслідки для психічного здоров’я:

- SOP (орієнтація на себе) частіше пов’язана з мотивацією та досягненнями, проте при надмірній самокритичності може викликати депресію;
- OOP (орієнтація на інших) веде до проблем у стосунках через нереалістичні вимоги до інших;
- SPP (соціально детермінований) є найнебезпечнішим, оскільки пов’язаний із підвищеним рівнем стресу, тривожними та депресивними розладами.

Як ми бачимо поділ перфекціонізму на адаптивний та дезадаптивний дозволяє краще зрозуміти різні аспекти цієї риси особистості та її вплив на життя людини. Моделі Ренді Фроста, Гордона Флетта та Пола Хьюітта надають глибоке уявлення про структуру перфекціонізму та допомагають визначити його вплив на психічне здоров'я. Адаптивний перфекціонізм може бути корисним інструментом для досягнення успіху та гармонійного розвитку, тоді як дезадаптивний перфекціонізм потребує корекції та психотерапевтичної підтримки.

Перфекціонізм як складне явище має декілька основних типів, які розрізняються за мотиваційними та поведінковими характеристиками.

До основних видів належать:

- Особистісний перфекціонізм: характеризується високими стандартами, які людина встановлює для самої себе. Це прагнення до самовдосконалення та виконання завдань на найвищому рівні. Особи з таким типом перфекціонізму часто зіштовхуються з тривожністю та страхом невдачі. При цьому вони здатні демонструвати високий рівень наполегливості й відповідальності;
- Соціально зумовлений перфекціонізм: виникає під впливом очікувань інших людей, таких як батьки, вчителі чи керівники. Індивід вважає, що мусить відповідати високим стандартам, встановленим зовнішнім середовищем, що може призводити до стресу, тривожності та навіть вигорання. Соціально зумовлений перфекціонізм часто пов’язаний із соромом та страхом втрати визнання;
- Перфекціонізм щодо інших: відображає високі вимоги, які людина встановлює для оточуючих. Люди з цим типом перфекціонізму часто є критичними до інших, що може ускладнювати міжособистісні стосунки. Вони прагнуть, щоб оточуючі діяли відповідно до їхніх високих стандартів, що іноді призводить до конфліктів і соціальної ізоляції;
- Професійний перфекціонізм: зосереджений на досягненні успіхів у кар’єрі чи навчанні. Людина прагне виконувати професійні обов’язки бездоганно, що іноді може супроводжуватися вигорянням. Професійний перфекціонізм також може бути стимулом для особистісного зростання, якщо не переходить межу розумного й не спричиняє перевантаження;
- Екзистенційний перфекціонізм: цей тип пов’язаний із пошуком сенсу життя та прагненням до ідеалів у духовній чи моральній сфері. Особи з екзистенційним перфекціонізмом можуть встановлювати для себе неможливі досягнення, що викликає розчарування та внутрішній конфлікт;

- Перфекціонізм у стосунках: полягає у прагненні до ідеальних взаємин, у яких відсутні конфлікти чи непорозуміння. Люди з цим типом перфекціонізму можуть уникати стосунків через страх невідповідності власним високим стандартам або очікувати нереалістичної поведінки від партнера.

Розуміння цих видів перфекціонізму є ключовим для аналізу його впливу на поведінку, емоційний стан та соціальне функціонування особистості. Вони демонструють, як різні аспекти цього явища можуть впливати на життя людини, підкреслюючи його складність і багатогранність.

Мотивація, що стоїть за перфекціонізмом, може бути різноманітною.

Внутрішня мотивація яка заснована на особистих переконаннях та бажанні вдосконалення. Така мотивація переважно пов’язана з адаптивним перфекціонізмом. Внутрішня мотивація часто проявляється у вигляді прагнення до саморозвитку, досягнення професійних або творчих цілей, і є важливим фактором, що сприяє зростанню впевненості у власних силах. Вона підштовхує людину до подолання труднощів і досягнення балансу між високими стандартами і реальними можливостями.

Зовнішня мотивація яка спричинена очікуваннями інших та соціальним тиском. Зазвичай асоціюється з дисфункціональними проявами перфекціонізму. Людина зосереджується на тому, щоб задовольнити вимоги суспільства, близьких або колег. Така мотивація часто призводить до перевантаження, емоційного виснаження та втрати внутрішньої рівноваги. Зовнішня мотивація також може проявлятися у формі прагнення отримати визнання чисхвалення від інших людей, що робить її залежною від зовнішніх обставин. Людина стає надмірно залежною від думки оточуючих, що створює залежність від зовнішніх оцінок. Це може знижувати стійкість до критики і формувати постійне відчуття тривожності через страх невідповідності очікуванням. У довготривалій перспективі це може викликати хронічний стрес і втрату здатності знаходити задоволення у власних досягненнях.

Окрім базових типів мотивації, мотиваційні аспекти перфекціонізму часто залежать від індивідуальних психологічних особливостей та соціальних обставин. Наприклад, у конкурентному середовищі зовнішня мотивація може ставати домінуючою, що підвищує ризик емоційного вигорання. У той же час внутрішньо мотивовані перфекціоністи можуть демонструвати більшу стійкість до невдач і здатність переглядати свої стандарти відповідно до реальності.

Інший важливий аспект — це баланс між мотиваційними джерелами. Особи, які вміють поєднувати внутрішню і зовнішню мотивацію, зазвичай досягають кращих результатів, оскільки здатні враховувати власні потреби та зовнішні вимоги.

Дослідження також свідчать, що мотивація перфекціоніста змінюється залежно від його життєвого досвіду. Наприклад, ранні невдачі чи критика з боку значущих інших можуть формувати схильність до залежності від зовнішньої оцінки, у той час як підтримка і схвалення сприяють розвитку внутрішньої мотивації.

Таким чином, мотиваційні аспекти є ключовими для розуміння того, як перфекціонізм впливає на особистість, її емоційний стан і соціальну взаємодію. Вивчення цих аспектів допомагає розробити ефективні стратегії управління перфекціоністичними установками, зберігаючи при цьому їх позитивний потенціал. захоплення від оточуючих, що створює залежність від зовнішніх оцінок. Це може знижувати стійкість до критики і формувати постійне відчуття тривожності через страх невідповідності очікуванням.

Ми можемо зробити висновок що роль емоційних чинників у мотивації перфекціоністів відіграє важливу роль.

Мотивація перфекціоністів нерозривно пов’язана з їх емоційним станом. Наприклад, тривога або страх невдачі часто є основними рушійними силами для осіб із дисфункціональним перфекціонізмом. У таких випадках мотивація спрямована на уникнення негативних наслідків, а не на досягнення реальних цілей. Це створює замкнуте коло, коли людина постійно перебуває під тиском власних або чужих очікувань.

З іншого боку, позитивні емоції, такі як радість від виконаного завдання або гордість за досягнення, стимулюють розвиток адаптивного перфекціонізму. У цьому контексті мотивація стає джерелом задоволення, допомагаючи людині знаходити баланс між амбіціями і можливостями.

Мотивація перфекціоністів також може змінюватися залежно від конкретного життєвого контексту. Наприклад, у середовищі з високою конкуренцією, як-от престижний університет або вимоглива професія, переважно домінує зовнішня мотивація. У той же час у творчих або індивідуально орієнтованих сферах діяльності внутрішня мотивація може мати більший вплив.

Соціальні очікування, сімейне виховання та культурні особливості також відіграють важливу роль. У суспільствах, де успіх є основним мірилом вартості особистості, люди можуть більше покладатися на зовнішню мотивацію, що посилює їх перфекціоністичні схильності.

І.Гуляс у дослідженні розглядає адаптивний перфекціонізм як готовність до самовдосконалення, самовиховання та розвитку професійних досягнень. Вона стверджує, що перфекціоністські настанови розвиваються внаслідок закріплення мотивації досягнення, що проявляється у повсякчасній готовності прагнути до успіху і добиватися досконалості у значущих сферах діяльності.

Розуміння мотиваційних аспектів є важливим для того, щоб ефективно управляти перфекціонізмом. Наприклад, психотерапевтичні втручання можуть спрямовувати людину на зміну акценту з зовнішньої мотивації на внутрішню. Це може включати розвиток навичок самопідтримки, реалістичної оцінки власних можливостей і формування здорового ставлення до невдач.

Крім того, соціальна підтримка, позитивна взаємодія з близькими та робота над самооцінкою можуть допомогти зменшити залежність від зовнішніх оцінок. Це сприяє розвитку більш гармонійної мотивації, яка дозволяє зберігати високу ефективність без шкоди для психічного здоров’я.

Таким чином, мотиваційні аспекти перфекціонізму є багатогранними й визначальними для його адаптивних чи дезадаптивних проявів. Їх вивчення допомагає глибше зрозуміти природу цього явища і розробити стратегії для його ефективного управління в різних життєвих обставинах.

2.2 Історичний та культурний аспект вивчення перфекціонізму

У давньогрецькій і римській філософії концепція перфекціонізму не була виражена так явно, як у сучасному розумінні. Однак прагнення до ідеалу було важливим компонентом етики, ідеї гармонії та морального розвитку.

Платон у своїх працях, таких як Республіка, обговорював ідею досконалості в контексті держави та особистості. Платон вважав, що ідеальна людина має розвивати свої інтелектуальні, етичні та фізичні якості, і досягнення цієї гармонії — це шлях до моральної досконалості.

Аристотель, у свою чергу, вважав перфекціонізм важливим компонентом досягнення еудемонії (щастя або процвітання). Він вірив, що люди повинні прагнути до розумної міри в усіх сферах життя, включаючи розум, моральність і соціальну взаємодію. Він стверджував, що надмірне прагнення до досконалості може призвести до помилок, тому «золота середина» була ідеалом [16].

Таким чином, античні філософи не сприймали перфекціонізм як патологічне явище, але сприймали як моральну чи етичну мету, до якої слід прагнути через самоудосконалення.

Середньовічні концепції перфекціонізму були тісно пов'язані з релігійними вченнями, зокрема християнством, яке підкреслювало важливість духовної досконалості. Перфекціонізм у цьому контексті часто трактувався як моральне вдосконалення, спрямоване на наближення до Бога.

Християнські святі, такі як Августин Блаженний, у своїх працях говорили про ідеал святого життя, який включав ідеал моральної

досконалості. Вони пропонували шлях до цієї досконалості через покаяння, доброчесність і служіння Богу, а не через досягнення матеріальних успіхів чи зовнішньої бездоганності.

Під час Середньовіччя також розвивалися інші релігійні практики, які впливали на формування ідеалу моральної чистоти та ідеальної поведінки.

З початком Ренесансу (XIV—XVI ст.) відбулося відродження інтересу до античних ідеалів, але вже в новому контексті, де значно більший акцент робився на індивідуальність і особисте вдосконалення. В епоху Ренесансу з'являється нове трактування досконалості як творчого і інтелектуального процесу. Твори таких діячів, як Леонардо да Вінчі, Мікеланджело, Рафаель, підкреслювали прагнення до досягнення ідеальної майстерності у мистецтві [17].

У працях філософів Просвітництва, таких як Жан-Жак Руссо, імперативи досягнення особистої досконалості тісно переплітаються з ідеєю природного права та автономії особистості. Замість того щоб підкорятися зовнішнім авторитетам або традиціям, акцент робився на розвитку внутрішніх якостей особистості та використанні розуму для досягнення соціальної та моральної досконалості.

XIX-XX століття: У кінці XIX — на початку XX століття перфекціонізм почав розглядатися як важливий аспект психологічного розвитку.

Зигмунд Фрейд розглядав перфекціонізм через призму психоаналізу, вважаючи, що прагнення до досконалості є результатом внутрішнього конфлікту між Ід (бажаннями), Его (раціональністю) та Суперего (моральними стандартами). Фрейд вважав, що перфекціонізм може бути компенсаторним механізмом для зниження тривожності або відчуття неповноцінності.

Психолог Карл Юнг також відзначав перфекціонізм як рису, що може виникати з прагнення людини до «інтеграції» — процесу злиття свідомої та підсвідомої частини особистості, коли людина намагається стати «цілою» і позбутися внутрішнього конфлікту [18].

Проблема власне перфекціонізму стала предметом психологічних пошуків європейських та американських вчених починаючи з 60-х, 70-х років XX століття.

Вивченням перфекціонізму займалися такі зарубіжні дослідники як, (Дж.Ешбі, Д.Бернс, С.Блатт, К.Отто, Р.Слені, Дж.Стоєбер, С.Інгрем, Г.Флетт, Р.Фрост, Д.Хамачек, П.Хьюітт).

Згодом вона знайшла своє вираження і у українських дослідників. В українській психології дослідження перфекціонізму активізувалися в 2000-х роках. Зокрема, І. Гуляс у 2007 році захистила дисертацію, присвячену перфекціоністським настановам як чиннику професійної готовності майбутніх практичних психологів. Вона розглядала перфекціонізм як готовність до самовдосконалення та розвитку професійних досягнень.

У 2010 році Л. Данилевич досліджувала перфекціонізм як особистісний чинник академічної обдарованості студентів, виявивши, що функціональний перфекціонізм сприяє академічним досягненням.

Г. Чепурна у своїй дисертації 2012 року аналізувала соціально-психологічні особливості перфекціонізму молоді, підкреслюючи його вплив на соціальну активність та адаптацію.

У 2015 році О. Лоза досліджувала перфекціонізм як особистісну рису державних службовців, акцентуючи увагу на його впливі на професійну діяльність та особистісний розвиток.

Якщо розглядати культурний аспект перфекціонізму, то ми побачимо що у західних суспільствах перфекціонізм стає все більш популярним у XX столітті, особливо в контексті індустріалізації та капіталізму. Ідея досягнення ідеалу часто переплітається з ідеєю успіху, який можна виміряти матеріальними досягненнями, соціальним статусом і фізичною привабливістю.

Західне суспільство вважає перфекціонізм позитивною рисою, що підштовхує людину до високих досягнень. Такий підхід часто приводить до високого рівня стресу, перевтоми та проблем з самооцінкою, оскільки людина не може досягнути ідеалу.

У країнах Східної Азії, таких як Японія, Китай та Корея, перфекціонізм має специфічний культурний контекст. Тут існує концепція колективної відповідальності, яка важлива для розвитку суспільства. В Азії часто цінується працьовитість, дисципліна і готовність досягати ідеалу в роботі та особистому житті.

У японській культурі перфекціонізм часто пов'язаний з концепцією кисен — прагнення до досконалості в повсякденному житті та роботі. Ідея вічного вдосконалення є центральною у японських традиціях, таких як чайна церемонія чи майстерність бойових мистецтв.

В китайській культурі концепція перфекціонізму тісно пов'язана з культурою освіти та досягнень. Родини часто ставлять високі вимоги до своїх дітей, сприяючи розвитку дисципліни та прагненню до досконалості.

Як ми бачимо перфекціонізм — це складний феномен, який змінюється з часом і має різні культурні та історичні аспекти. Від морального вдосконалення в античності до індивідуалістичного прагнення до ідеалу в сучасному суспільстві, перфекціонізм залишається важливою частиною людського досвіду. Водночас його надмірне вираження може призвести до психічних проблем, тому розуміння історичних і культурних контекстів перфекціонізму важливо для правильної інтерпретації цього явища.

2.3 Перфекціонізм як чинник розладу харчової поведінки

Перфекціонізм відіграє ключову роль у формуванні та розвитку розладів харчової поведінки (РХП), таких як анорексія, булімія або компульсивне переїдання. Він виступає як один із психологічних чинників, що підвищує ризик виникнення цих порушень, особливо серед молоді та осіб із високим рівнем соціального тиску.

Механізмом впливу може бути прагнення до ідеалу тіла. Перфекціонізм сприяє формуванню нереалістичних уявлень про зовнішній вигляд. Люди з високим рівнем перфекціонізму часто орієнтуються на

ідеалізовані стандарти краси, представлені в соціальних медіа, рекламі та культурі. Це створює постійне незадоволення власним тілом і мотивує до жорсткого контролю ваги або харчування [19].

Дисфункціональний перфекціонізм супроводжується надмірною самокритикою. Люди схильні фокусуватися на своїх «недоліках», сприймаючи їх як неприйнятні. Це може сприяти розвитку тривоги, депресії, а також нав'язливих думок щодо контролю ваги та харчування. Для багатьох перфекціоністів характерна потреба у контролі над різними аспектами свого життя. У контексті харчової поведінки це проявляється у формі строгих дієт, обмеження калорій чи використання нездорових методів для підтримки ваги. Контроль над харчуванням стає способом компенсувати відчуття невпевненості або втрати контролю в інших сферах.

Соціально зумовлений перфекціонізм пов'язаний із прагненням відповідати очікуванням оточуючих. Особи, які відчувають сильний соціальний тиск, можуть вдаватися до нездорових харчових практик, аби отримати схвалення чи уникнути критики.

Особистісний перфекціонізм стимулює надмірну самокритичність і прагнення досягти нереалістичних стандартів. У таких людей ризик розвитку анорексії чи булімії також є значно вищим.

Перфекціонізм щодо інших також може мати опосередкований вплив, оскільки критика з боку таких осіб посилює стрес і сприяє нездоровим стратегіям регуляції ваги.

Перфекціонізм значно впливає на вибір харчової поведінки, визначаючи, як людина ставиться до їжі, ваги та контролю над своїм тілом. У багатьох випадках цей вплив може мати негативний характер, сприяючи розвитку нездорових звичок і розладів харчової поведінки. Ми розглянемо як саме перфекціонізм формує харчову поведінку та до яких наслідків це може призводити [20].

Перфекціонізм часто проявляється у вигляді нав'язливого прагнення досягти «ідеального» тіла. Люди, які схильні до перфекціонізму, можуть встановлювати для себе жорсткі правила щодо харчування, таких як суворі

дієти, повне виключення певних продуктів або надмірний контроль калорій. Це прагнення до досконалості нерідко супроводжується почуттям тривоги, якщо ці стандарти не досягаються.

Однією з ключових характеристик перфекціонізму є страх перед помилками. У контексті харчової поведінки це може проявлятися у вигляді почуття провини після «порушення» дієти або вживання забороненого продукту. Такі ситуації часто призводять до циклу переїдання і подальших спроб компенсувати це обмеженням у харчуванні чи фізичною активністю [21].

Перфекціонізм стимулює потребу в повному контролі над усіма аспектами життя, включаючи харчування. Людина може відчувати постійний тиск щодо дотримання правил, які вона сама для себе встановила. Це часто призводить до стресу та емоційного виснаження, що, у свою чергу, може спровокувати розвиток розладів харчової поведінки, таких як анорексія або булімія.

Соціальні мережі, мас-медіа та загальні уявлення про красу часто підсилюють перфекціоністські тенденції, стимулюючи людей слідувати нереалістичним стандартам. Люди з високим рівнем перфекціонізму більш схильні порівнювати себе з іншими, що часто викликає незадоволення своїм тілом та прагнення змінити його за допомогою дієт або інших методів контролю ваги.

Перфекціонізм може також сприяти розвитку емоційного харчування. Люди, які відчувають сильний стрес через невідповідність своїм високим стандартам, часто використовують їжу як спосіб впоратися зі своїми емоціями. Це може стати основою для розвитку компульсивного переїдання або інших розладів харчової поведінки. В 1957 році H.L.Kaplan та H.S. Kaplan розробили психосамотичну модель, яка пояснює емоційно зумовлену харчову поведінку шляхом поєднання теорії стресу і соціального навчання. За їхнім уявленням, людей спонукає до їжі не сам голод, а негативні емоції, такі як сум, тривога або самотність [25].

Надмірний вплив перфекціонізму на харчову поведінку може мати серйозні наслідки, зокрема:

- Розвиток розладів харчової поведінки: перфекціонізм часто є одним із ключових чинників, які сприяють виникненню анорексії, булімії чи компульсивного переїдання;
- Психологічний стрес: постійний тиск і незадоволення собою призводять до підвищення рівня тривоги, депресії та емоційного виснаження;
- Фізичні проблеми: нездорові практики харчування, викликані перфекціонізмом, можуть призводити до дефіциту поживних речовин, гормональних розладів і проблем із травною системою.

Люди з перфекціоністським типом можуть встановлювати надзвичайно високі стандарти для свого тіла та харчування, намагаючись досягти ідеальної ваги або форми.

Це може призвести до:

- Жорстких обмежень у харчуванні: перфекціоністи можуть обирати дієти або методи харчування, які є надмірно обмежувальними або незбалансованими;
- Поганого ставлення до себе через не досягнення ідеалу: якщо їхня харчова поведінка не відповідає встановленим стандартам, це може призвести до почуття провини та самокритики;
- Переможної боротьби з апетитом: прагнення контролювати харчування через «не допускай зайвих калорій» може призвести до розвитку розладів, таких як анорексія чи булімія.

Так як дезадаптивний перфекціонізм або деструктивний перфекціонізм тісно пов'язаний з тривогою, особливо хронічна або ситуаційна, яка має сильний вплив на харчову поведінку таку як:

- Неспокій, як мотивація до переїдання: люди, які часто переживають тривогу, можуть використовувати їжу як засіб для заспокоєння емоцій, що призводить до переїдання або харчових розладів (наприклад, емоційне переїдання);

- Тривога і контроль: у відповідь на відчуття безконтрольності або стресу люди можуть прагнути контролювати свій прийом їжі як спосіб знизити рівень тривоги. Це може проявлятися у надмірному обмеженні харчування, що в свою чергу підвищує рівень стресу та тривоги.

Збільшення нервозності під час прийому їжі: у випадку поєднання перфекціонізму і тривоги, індивіди можуть відчувати нервозність під час їжі, намагаючись дотримуватися ідеальних норм, що підвищує стрес і заважає нормальній харчовій поведінці.

Комбінація цих чинників може створювати цикл, де тривога стимулює певні види харчової поведінки (переїдання або обмеження), а перфекціонізм посилює потребу в контролі та дотриманні суворих стандартів. Це може сприяти розвитку розладів харчової поведінки, таких як анорексія, булімія чи розлад переїдання, і вимагати комплексного підходу до лікування, включаючи роботу з перфекціонізмом і тривогою [26].

Таким чином перфекціонізм значно впливає на вибір харчової поведінки, сприяючи розвитку нездорових звичок і розладів. Важливо вчасно виявляти такі тенденції та працювати над їх корекцією, щоб уникнути серйозних наслідків для фізичного та психологічного здоров'я.

Розділ був присвячений перфекціонізму який охоплює його поняття, види, історичні та культурні контексти, а також розглянули перфекціонізм як чинник, що впливає на вибір харчової поведінки. Історичний аналіз показав, як змінювались уявлення про перфекціонізм від класичних психологічних теорій до сучасних досліджень, підкреслюючи значення культурних і соціальних факторів у формуванні цього явища. Культурні норми і ідеали, які стимулюють досягнення високих стандартів, часто стають основою для розвитку перфекціоністичних тенденцій.

Перфекціонізм набуває дедалі більшої уваги як серед дослідників, так і в суспільстві загалом. Ця риса характеризується прагненням досягати ідеалу у всіх сферах життя, встановленням високих стандартів і критичним ставленням до власних помилок.

Визначено, що перфекціонізм є складним психологічним феноменом, який проявляється в різних формах, таких як адаптивний та дезадаптивний. Також були розглянуті моделі пефекціонізму, вплив мотивації. Зазначено що на перший погляд перфекціонізм може здаватися корисною якістю, що сприяє успіху, але він також має темний бік, де ми бачимо що в дезадаптивній формі перфекціонізм спонукає людей до поставлення нереалістичних планів, спроб досягти недосяжних ідеалів, це часто супроводжується тривогою, стресом, емоційною дисгармонією, низькою самооцінкою.

Перфекціонізм як чинник вибору харчової поведінки є важливим аспектом в контексті розвитку розладів харчової поведінки. Перфекціоністичні орієнтації на досягнення ідеальних стандартів саме в дезадаптивної формі часто призводять до неприязні свого тіла та жорсткого контролю харчування, що може сприяти розвитку розладів, таких як анорексія або булімія. Таким чином, важливо враховувати вплив перфекціонізму на формування нездорових харчових звичок, що вимагає комплексного підходу в терапії та профілактиці розладів харчової поведінки.

Цей розділ підкреслює важливість інтеграції знань про перфекціонізм з іншими аспектами психологічного здоров'я, щоб краще розуміти і коригувати вплив цих факторів на розвиток розладів харчової поведінки.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА РОЗЛАД ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ

3.1 Аналіз результатів дослідження розладів харчової поведінки та перфекціонізму у людей молодого віку

Дослідження спрямоване на вивчення взаємозв'язку між рівнем перфекціонізму та проявами розладів харчової поведінки (РХП) серед молодих людей.

Базою дослідження послужив Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова. В даному дослідженні прийняли участь 30 учасників з яких було 13 хлопців і 17 дівчат. В режимі онлайн приняли участь студенти 4 курсу. Вік учасників становив від 21-25 років. Дана вікова категорія є особливо вразливою до соціального тиску, формування ідеального образу тіла та реалізації високих особистісних стандартів. У цьому віці активно формуються професійні цілі, соціальні ролі, відбувається інтенсивний процес самовизначення. Перфекціоністські тенденції у цьому періоді часто посилюються, а незадоволення зовнішністю або потреба в контролі над власним тілом можуть набувати патологічних форм [22].

Емпіричне дослідження складалося з наступних етапів:

- Вибір методів та методик дослідження;
- Організація та проведення емпіричного дослідження;
- Аналіз результатів дослідження.

У процесі проведення емпіричного дослідження застосовано три методики:

- Діагностика розладів харчової поведінки за допомогою опитувальника EAT-26 який дозволить виявити ризиковані харчові патерни;

- Скринінг на наявність симптомів анорексії та булімії за шкалою SCOFF;
- Визначення типу перфекціонізму за шкалою Р. Слені (адаптивний(високі стандарти, прагнення до порядку) і дезадаптивний (переживання через невідповідальність очікуванням, внутрішня самокритика).

Окрім цього, застосований кореляційний аналіз Пірсона для визначення впливу адаптивного і дезадаптивного перфекціонізму на розлад харчової поведінки у людей молодого віку.

Кожна з цих методик дозволить дослідити окремі аспекти психологічного функціонування особистості, що мають значення для вивчення взаємозв'язку між перфекціонізмом та схильністю до розладів харчової поведінки. Вибір саме цих інструментів пояснюється їх емпіричною обґрунтованістю, надійністю, валідністю, а також широким використанням у психологічній практиці та наукових дослідженнях, присвячених подібній тематиці [23].

Комплексне застосування цих трьох методик дозволить отримати цілісне уявлення про взаємозв'язок між перфекціоністськими рисами особистості та схильністю до розладів харчової поведінки. Такий підхід забезпечує багаторівневий аналіз, від вивчення особистісних особливостей до виявлення конкретних симптомів порушень у сфері харчування. Це підвищує наукову цінність та практичну значущість отриманих результатів, оскільки дозволяє не лише констатувати наявність проблеми, але й зробити крок до її глибшого розуміння [24].

Обрані методики не дублюють одна одну, а взаємно доповнюють, що дозволяє здійснити комплексний аналіз психологічних чинників, пов'язаних із розладами харчової поведінки.

Всі досліджувані були ознайомлені з правилами проходження тестів, та прийняли участь добровільно. За весь час проведення дослідження ця тенденція не змінювалась.

Почнемо аналіз результатів тесту EAT-26. Перед проходженням цього дослідження було запропоновано відповісти на питання повністю, відверто. Була надана учасникам інструкція прочитати питання, дати чесну, відверту відповідь, позначити її в кожному рядку.

Аналізуючи результати тестування EAT-26 (додаток Г) свідчать, що середній бал у хлопців значно нижчий, ніж у дівчат. Усі хлопці, за винятком одного (учасник №11 – 28 балів), мають показники нижче 20 балів — тобто не демонструють високого ризику РХП. На відміну від цього, серед дівчат виявлено кілька випадків із високими показниками.

Учасниці №21, №25, №26, №27 мали результати вище 30 балів, що може свідчити про потенційні прояви харчових розладів.

Більшість інших дівчат мають помірно підвищені показники (від 15 до 27 балів), що також вимагає уваги (див. рис. 3.1).

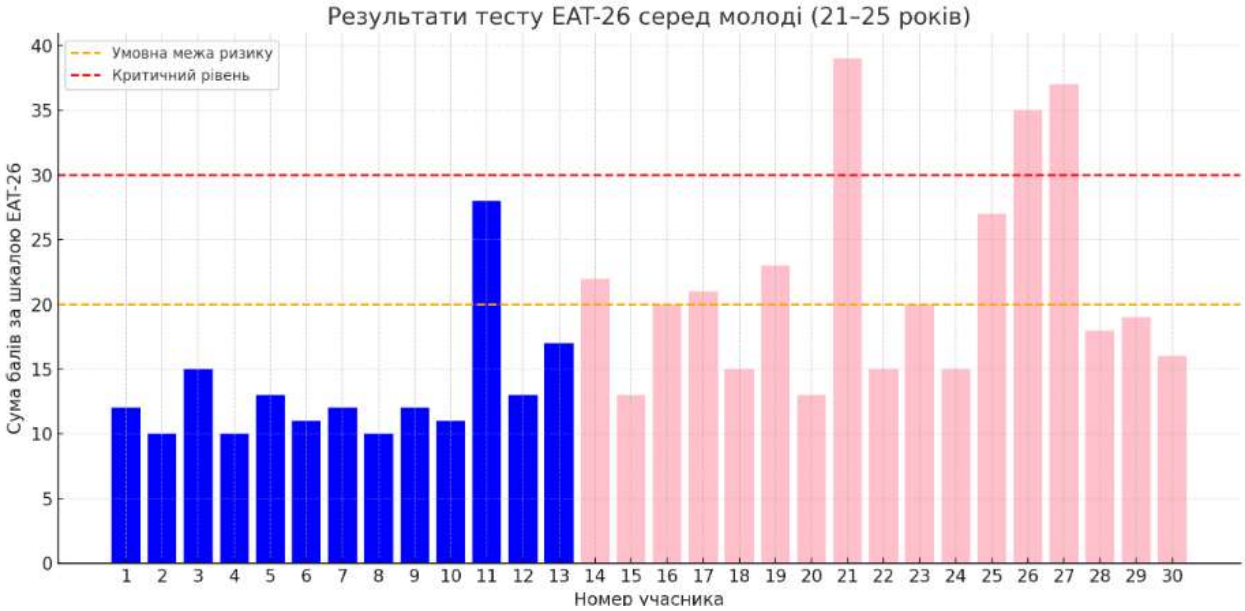


Рис. 3.1. EAT-26

На рисунку 3.1 чітко видно, що рожеві стовпчики (дівчата) мають тенденцію до вищих результатів, ніж сині (хлопці). Це відповідає загальній тенденції, за якою жінки частіше схильні до РХП.

Це дослідження підкреслює важливість ранньої діагностики та профілактичних заходів, особливо серед дівчат.

Далі застосован скринінг SCOFF. Ця методика являється простим п'ятизапитальним скринінговим інструментом для виявлення можливих розладів харчової поведінки, таких як анорексія та булімія. Ця методика застосована як додаткова до тесту EAT 26. Якщо людина набирає 2 або більше балів, це не є діагнозом, але свідчить про ризик наявності розладу харчової поведінки (анорексії, булімії або компульсивного переїдання). За кожну відповідь «так» нараховується один бал.

Аналізуючи результат за тестом SCOFF(додаток Д) можна побачити що чоловіки більшість отримали 0 або 1 бал. Найвищий показник — 1 бал (у кількох учасників). Жінки: переважно 1–2 бали, лише одна учасниця (№27) — 3 бали, що вже є тривожним сигналом (див. рис. 3.2).



Рис. 3.2. SCOFF

На рисунку 3.2 результатів тесту SCOFF. Як і раніше синім позначені хлопці, рожевим — дівчата. Пунктирна помаранчева лінія (2 бали) — орієнтовний поріг, після якого варто звернути увагу. Червона лінія (3 бали) — можливий сигнал про серйозні порушення харчової поведінки. Більшість

учасників мають результати в межах норми, але є один випадок це учасниця під номером 27 яка набрала 3 бали, що заслуговує на подальшу діагностику. Загалом показники не є критичними, проте варто зазначити, що навіть 2–3 бали за шкалою SCOFF можуть свідчити про потребу у подальшій діагностиці.

Як і в попередньому тесті, можна побачити згідно графікам що у жінок прояви більш виражені, ніж у чоловіків.

Далі у дослідженні в групі було визначено за допомогою шкали перфекціонізму Р.Слені у учасників адаптивний перфекціонізм («високі стандарти» та «організованість/ прагнення до порядку») та дезадаптивний перфекціонізм («переживання невідповідності власним високим стандартам», як суб'єктивне сприйняття особистістю постійних невдач у прагненні відповідати власним стандартам). Було проінформовано кожного учасника що не існує правильних або неправильних відповідей. Запропоновано дати першу відповідь, що спала на думку, використовуючи запропоновану шкалу. Вказати на бланку оцінку, відповідну відповіді - 1 бал - повністю не згоден; 2бали - не згоден; 3 бали – частково згоден; 4 бали – важко визначитись ; 5 балів – частково згоден; 6 балів – згоден; 7 балів – повністю згоден.

Згідно результату тесту (додаток Е) більшість учасників (26 з 30) мають високі показники адаптивного перфекціонізму. Типові риси: самодисципліна, цілеспрямованість, висока організованість, які не супроводжуються значним емоційним дистресом.

Дезадаптивний перфекціонізм виявлено у 4-х учасників (3 жінки та 1 чоловік). Учасник №11 (ч) має високий рівень дезадаптивного перфекціонізму 67 балів. Учасниці №21, №26, №27 мають від 62 до 65 балів, що свідчить про сильне внутрішнє напруження та незадоволеність собою (див. рис. 3.3).

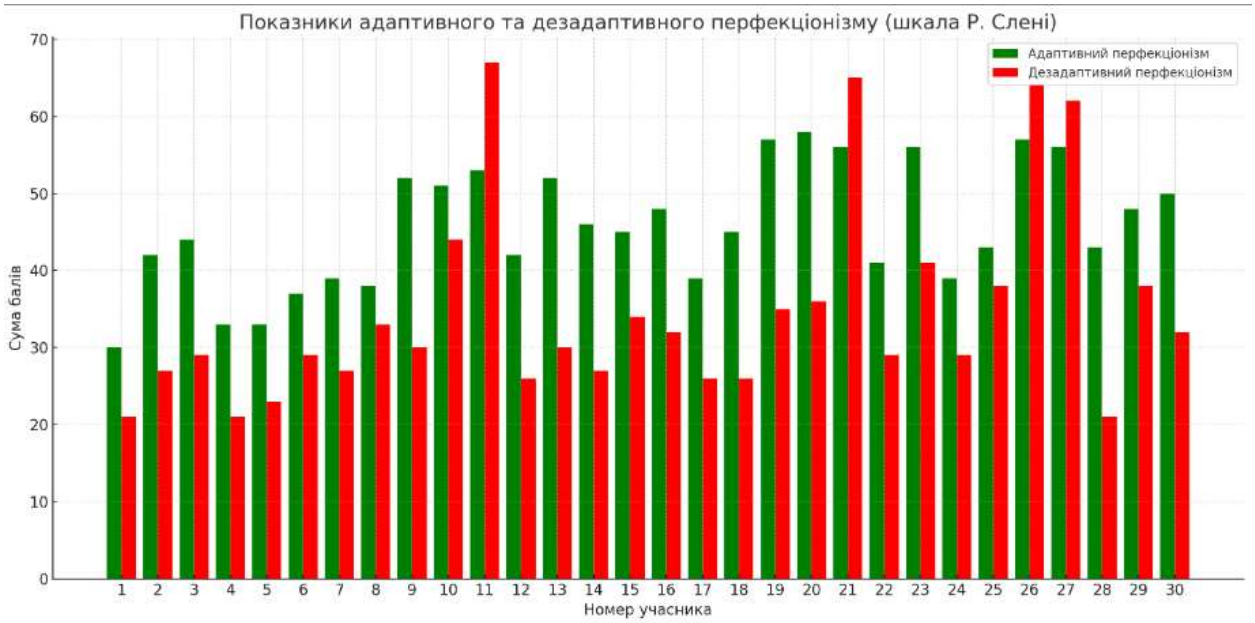


Рис. 3.3. Шкала перфекціонізму Р. Слені

На рисунку 3.3 наочно можна побачити домінування адаптивного перфекціонізму (зелений) над дезадаптивним (червоний), однак є кілька винятків, де червоні стовпчики переважають.

Дезадаптивний перфекціонізм у поєднанні з високими результатами EAT-26 (наприклад, у учасниці №21 — 39 балів, дезадаптивний перфекціонізм — 65 балів) може свідчити про потенційний ризик РХП, спричинених внутрішнім самосудом, незадоволеністю результатами власної діяльності та гіперконтролем.

3.2 Аналіз кореляційних зв'язків харчової поведінки та перфекціонізму у молоді

Для того щоб проаналізувати і визначити вплив адаптивного і дезадаптивного перфекціонізму у досліджуваної групи на розлади харчової поведінки використано кореляційний аналіз Пірсона.

Коефіцієнт Кореляції Пірсона застосовується для дослідження взаємозвязку двох змінних, виміряних у метричних шкалах на одній і тій же вибірці. Він дозволить визначити, наскільки пропорційна мінливість двох

змінних.

Спочатку проведено кореляційний аналіз між адаптивним перфекціонізмом та розладами харчової поведінки (EAT 26).

- Отримано такі результати:
- Коефіцієнт кореляції: 0.586;
- Значущість (p-value): 0.00067.

Це означає помірний позитивний зв’язок: вищий рівень адаптивного перфекціонізму пов’язаний із підвищеними балами EAT-26, але зв’язок не надто сильний.

Далі проведений кореляційний зв’язок Пірсона між дезадаптивний перфекціонізм та розлади харчової поведінки (EAT-26) Отримано такі результати:

- Коефіцієнт кореляції: 0.805;
- Значущість (p-value): 8.31e-08 (дуже маленьке значення, тобто зв’язок статистично значущий).

Це вказує на сильний позитивний зв’язок між дезадаптивним перфекціонізмом і розладами харчової поведінки: чим вищий рівень дезадаптивного перфекціонізму, тим вищі показники EAT-26.

Отже, дезадаптивний перфекціонізм має сильніший вплив на розвиток РХП, ніж адаптивний.

Слідуючим етапом було визначення кореляційного зв'язку між адаптивним перфекціонізмом і тестом SCOFF. Отримано такі результати:

- Коефіцієнт кореляції: 0.494;
- Значущість (p-value): 0.0056.

Це свідчить про помірний позитивний зв’язок: вищий рівень адаптивного перфекціонізму асоціюється з вищими показниками SCOFF, але зв’язок не дуже сильний.

Дезадаптивний перфекціонізм та показники SCOFF:

- Коефіцієнт кореляції: 0.500;
- Значущість (p-value): 0.0049.

Також спостерігається помірний позитивний зв’язок між дезадаптивним перфекціонізмом і показниками SCOFF.

Обидва типи перфекціонізму мають помірний зв’язок із ризиком розладів харчової поведінки за шкалою SCOFF, але дезадаптивний перфекціонізм має вищу кореляцію, що може свідчити про його більший вплив.

Кореляція між перфекціонізмом і показниками EAT-26 показав що, адаптивний перфекціонізм має помірний позитивний зв’язок з EAT-26 ($r = 0.586$, $p < 0.001$), що вказує на те, що високі стандарти та прагнення до порядку частково можуть сприяти проявам харчової поведінки, характерної для РХП.

Дезадаптивний перфекціонізм має сильний позитивний зв’язок з EAT-26 ($r = 0.805$, $p < 0.0001$), що свідчить про його значний вплив на ризик розвитку РХП.

Кореляція між перфекціонізмом і показниками SCOFF показав що, адаптивний перфекціонізм має помірний позитивний зв’язок з SCOFF ($r = 0.494$, $p < 0.01$).

Дезадаптивний перфекціонізм має подібний рівень зв’язку з SCOFF ($r = 0.500$, $p < 0.01$), що вказує на його потенційний вплив на ризик РХП.

Отже, можно зробити висновок що дезадаптивний перфекціонізм має значний вплив на розвиток симптомів РХП. Високий рівень переживання відповідності власним стандартам є сильним предиктором високих балів за шкалою EAT-26, що вказує на його роль у виникненні патологічної харчової поведінки. Адаптивний перфекціонізм також пов’язаний із симптомами РХП, але в меншій мірі. Люди з високими стандартами можуть проявляти певні ознаки харчових обмежень, однак цей зв’язок не такий виражений, як у випадку дезадаптивного перфекціонізму.

Цим дослідженням доведено що чим вищий рівень дезадаптивного перфекціонізму, тим вище показники EAT-26, що вказує на підвищений ризик розвитку розладів харчової поведінки. Адаптивний перфекціонізм

може мати позитивний зв’язок із певними аспектами харчової поведінки, але його вплив менш виражений, ніж у дезадаптивного. Тим самим підтвердили гіпотезу що дезадаптивний перфекціонізм значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки, тоді як адаптивний має слабший вплив.

Отримані результати підкреслюють необхідність профілактики та ранньої діагностики розладів харчової поведінки серед молоді, особливо серед дівчат із високим рівнем дезадаптивного перфекціонізму.

3.3 Рекомендації для корекції негативного впливу перфекціонізму на харчову поведінку молоді

Для зменшення негативного впливу перфекціонізму на харчову поведінку молоді доцільно впроваджувати психологічні та поведінкові стратегії корекції.

Нижче представлені ключові рекомендації:

- Формування здорового ставлення до власних стандартів: навчитися розрізняти адаптивний (корисний) і дезадаптивний (шкідливий) перфекціонізм. Важливо усвідомити, що адаптивний перфекціонізм мотивує до розвитку, а дезадаптивний викликає тривожність і самокритику. Змінити установку «Я маю бути ідеальним» на «Я можу розвиватися без самознищення». Ідеал недосяжний, тому варто дозволити собі рости без страху невдач. Приймати свої особисті досягнення без самознецінення. Важливо навчитися цінувати навіть маленькі успіхи й не порівнювати себе з іншими. Зосереджуватися не лише на результаті, а й на процесі досягнення цілей. Насолода від процесу знижує рівень стресу та підвищує мотивацію;
- Робота з когнітивними установками: використовувати когнітивно-поведінкові техніки для зміни мислення. Наприклад, записувати негативні думки та шукати їм альтернативи. Практикувати самоспівчуття. Вчитися підтримувати себе в складних ситуаціях, а не засуджувати.

Усвідомлювати вплив ідеалізованих образів у соціальних мережах. Варто ставити під сумнів нереалістичні стандарти краси та фільтрувати контент;

- Зниження рівня стресу та емоційна регуляція: освоїти техніки управління стресом. Дихальні вправи, медитація та фізична активність допомагають знижувати рівень напруги. Використовувати щоденник емоцій. Записування почуттів допомагає зрозуміти причини стресу та знайти кращі способи його подолання. Навчитися розрізняти фізіологічний голод і емоційний. Важливо усвідомити, що їжа не має бути способом справлятися з емоціями;
- Формування здорових харчових звичок: відмовитися від жорстких дієт. Надмірні обмеження часто призводять до зривів і почуття провини. Прислухатися до сигналів голоду та ситості. Практика усвідомленого харчування допомагає уникати переїдання або надмірного обмеження. Змінити ставлення до їжі. Харчування має бути джерелом енергії та задоволення, а не засобом самоконтролю чи покарання;
- Соціальна підтримка: шукати підтримку серед близьких людей. Дружні розмови можуть зменшувати рівень тривожності. Звертатися до фахівців при необхідності. Психолог або психотерапевт допоможе опрацювати проблеми, пов'язані з перфекціонізмом та РХП. Розвивати навички ефективної комунікації. Вчитися відкрито говорити про свої переживання та потреби;
- Обмеження впливу соціальних мереж: скоротити перегляд контенту, що пропагує нереалістичні стандарти тіла. Важливо уникати акаунтів, що формують комплекси. Слідувати акаунтам, які підтримують здоровий спосіб життя. Бодіпозитив і психічне благополуччя важливіші за ідеальну картинку. Практикувати цифровий детокс. Менше часу в соцмережах, більше часу на реальне життя;
- Підвищення рівня психологічної гнучкості: навчитися приймати невизначеність. Не все можна контролювати, і це нормально. Практикувати техніки саморегуляції. Наприклад, аутотренінг або позитивні афірмації.

Розширювати діапазон інтересів. Важливо розвивати не лише зовнішність, а й хобі, самовираження та особистісний ріст. Застосування цих рекомендацій сприятиме зменшенню деструктивного впливу перфекціонізму на харчову поведінку, допоможе молоді формувати здорове ставлення до себе, їжі та власного тіла.

ВИСНОВКИ

У межах дипломної роботи було здійснено комплексне дослідження перфекціонізму як чинника, що впливає на розвиток розладів харчової поведінки (РХП) серед молоді. Підсумовуючи результати можна зробити такі висновки та узагальнення.

Розлади харчової поведінки (РХП) є складними й багатофакторними порушеннями, у формуванні яких важливу роль відіграє поєднання психологічних, соціальних та культурних чинників. Сучасні дослідження підтверджують, що існує спадкова вразливість до цих порушень. Проте людина — це більше, ніж просто сукупність генів. Її розвиток та поведінкові моделі формуються також під впливом досвіду та міжособистісних стосунків.

Важливо усвідомлювати, що розуміння причин РХП має бути цілісним і багатовимірним. Лише у поєднанні біологічних знань із глибоким розумінням психологічних та соціальних процесів можливо створити ефективні підходи до профілактики та лікування розладів харчової поведінки. Найпоширенішими є нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання. Серед психологічних чинників РХП особливу роль відіграють тривожність, низька самооцінка, перфекціонізм, вплив соціальних стандартів краси та внутрішній конфлікт між потребою у прийнятті й прагненням до контролю.

Перфекціонізм розглядається як багатокомпонентне явище, що включає орієнтацію на високі стандарти, надмірну самокритику, страх помилок ізалежність від зовнішнього схвалення. Водночас важливо розрізняти адаптивний і дезадаптивний перфекціонізм. У численних дослідженнях виявлено, що саме дезадаптивний перфекціонізм асоціюється з високим рівнем тривоги. У контексті формування РХП перфекціонізм проявляється через прагнення до контролю маси тіла, дотримання жорстких

дієт, незадоволення зовнішністю, що часто супроводжується внутрішнім напруженням і емоційною нестабільністю. Таким чином, у другому розділі було обґрунтовано, що перфекціонізм є значущим психологічним чинником ризику розвитку розладів харчової поведінки. Це дало підґрунтя для проведення подальшого емпіричного дослідження.

Результати емпіричного дослідження серед молодих людей віком 21–25 років показали наявність статистично значущого зв'язку між дезадаптивним перфекціонізмом та ризиком розвитку розладів харчової поведінки. Зокрема, у групі з високим рівнем дезадаптивного перфекціонізму було зафіксовано найвищу кількість осіб із потенційними проявами РХП за результатами опитувальників EAT-26 і SCOFF. У групі з адаптивним перфекціонізмом таких випадків практично не виявлено, адаптивний перфекціонізм може мати позитивний зв'язок із певними аспектами харчової поведінки, але його вплив менш виражений, ніж у дезадаптивного. Тим самим підтвердили гіпотезу що дезадаптивний перфекціонізм значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки, тоді як адаптивний має слабший вплив. Це дає підстави рекомендувати впровадження психопрофілактичних заходів, спрямованих на розвиток адаптивних форм саморегуляції, зниження рівня самокритики та формування здорового ставлення до тіла і харчування.

Проведене дослідження не вичерпує усіх чинників розладів харчової поведінки та потребує подальшого дослідження, особливо таких чинників як вплив соціальних мереж і медіа, сімейна система — стиль виховання, емоційна атмосфера в родині, харчові установки батьків.

СПИСОК ВИКОРИСТАННИХ ДЖЕРЕЛ

1. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Київський нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с. URL : https://ir.lib.knu.ua/handle/123456789/22449

2. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномен повсякденної реальності (частина 2). *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 24. С. 717–730.

3. Кириленко М. І. Харчові розлади як наслідок жорстких стандартів краси. *Фармацевт-практик*. 2019. № 5. С. 46.

4. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсон. держ. ун-ту*. Серія : Психологічні науки. 2017. С. 8–12.

5. Данілевич Л. А. Перфекціонізм як особистісний чинник адаптивної обдарованості студентів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2010. 20 с. URL : https://library.kubg.edu.ua/handle/123456789/831

6. Данілевич Л. А. Структура перфекціонізму як особистісної риси. *Наукові записки Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка*. 2010. Вип. 28. С. 398–409.

7. Карпенко О. В. Перфекціонізм як проблема психології особистості. *Правничий вісник ун-ту «КРОК»*. 2019. № 34. С. 144–150.

8. Чепурна Г. Л. Соціально-психологічні особливості перфекціонізму молоді : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. Чернігів–Київ, 2013. 20. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0001139

9. Чепурна Г. Л. Перфекціонізм як чинник соціальної активності молоді. *Вісник Чернігів. пед. ун-ту*. Серія : Психологічні науки. 2009. № 1. С. 112–125.

10. Гриньова Н. В. Основи психодіагностики та психокорекції : навч.-метод. посібник. Умань, 2019. 124 с.

11. Лоза О. О. Моделі перфекціонізму та методики його діагностики. *Вісник Дніпров. ун-ту економіки та права ім. Альфреда Нобеля*. Серія : Педагогіка і психологія. 2011. № 1. С. 122–125.

12. Лоза О. О. Особливості перфекціонізму як особистісної риси державних службовців : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / О. О. Лоза. Київ, 2015. 216 с. URL **:** http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0004362

13. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок і розлади та кореляція : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 398 с. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0004362

14. Гарбузов В. Виховання дитини у сім'ї : поради психотерапевта. Харків : Кар, 2006. 304 с.

15. Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Ін-т неврології, психіатрії, наркології АМН України. Харків, 2007. 20 с. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0005456

16. Кузьмінська М. С., Червона О. В. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді. Київ : Держ. ін-т проблем сім'ї і молоді, 2005. С. 13–22.

17. Павелків Р. В. Вікова психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Кондор, 2011. 468 с.

18. Поліщук В. М. Вікова та педагогічна психологія : навч.-метод. посіб. Суми : ВТБ «Ун-тська книга», 2007. 330 с.

19. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. *Вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди*. 2017. Вип. 55. С. 5–12.

20. Олійник Н. А., Швець О. І. Вплив харчування на здоров'я студентської молоді. *Збірник наук. праць Херсон. держ. ун-ту*. Серія : Педагогічні науки. 2018. № 81(1). С. 194–197.

21. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *Медичний журнал «Нейроньюс».* 2018. № 4. С. 6–7.

22. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. *Психологічні перспективи.* 2019. № 33. С. 178–191.

23. Гуляс І. А. Перфекціоністські настанови як чинник професійної готовності майбутніх практичних психологів. Івано-Франківськ, 2007. 21 с. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0001355

24. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / ред. І. Я. Коцан. Луцьк : РВВ — ”Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с

25. Slaney R. B. The Almost Perfect Scale – Revised. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2001. Vol. 34, № 3. P. 130–145.

26. Slaney R. B., Pincus A. L., Uliaszek A. A., Wang K. T. Conceptions of perfectionism and interpersonal problems. *Assessment*. 2006. № 13. P. 100–112.

27. Flett G. L., Hewitt P. L. Positive versus negative perfectionism in psychopathology. *Behavior Modification*. 2006. Vol. 30(4). P. 472–495.

28. Kaplan H. L., Kaplan H. S. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Neurology*. 1957. Vol. 125, № 2. P. 181–201.

29. Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990. № 14. P. 449–468.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала перфекціонізму Р. Слені

№	Твердження	Відповіді
1	Я висуваю до себе високі вимоги у роботі або навчанні.	1 2 3 4 5 6 7
2	Я організована людина.	1 2 3 4 5 6 7
3	Я часто переживаю негативні емоції тому, що не можу досягти власних цілей.	1 2 3 4 5 6 7
4	Акуратність важлива для мене.	1 2 3 4 5 6 7
5	Якщо ви не очікуєте від себе багато чого, ви ніколи не досягнете успіху.	1 2 3 4 5 6 7
6	Власні досягнення ніколи не здаються мені достатніми.	1 2 3 4 5 6 7
7	Я вважаю, що речі слід класти на свої місця.	1 2 3 4 5 6 7
8	У мене великі очікування щодо себе.	1 2 3 4 5 6 7
9	Я рідко живу у відповідності з власними високими стандартами.	1 2 3 4 5 6 7
10	Мені подобається завжди бути зібраним і дисциплінованим.	1 2 3 4 5 6 7
11	Всі мої старання ніколи не здаються мені достатніми.	1 2 3 4 5 6 7
12	Я використовую дуже високі стандарти для оцінювання себе.	1 2 3 4 5 6 7
13	Я ніколи не задоволений власними досягненнями.	1 2 3 4 5 6 7
14	Я очікую від себе найвищих результатів.	1 2 3 4 5 6 7
15	Я часто турбуюся про те, що не відповідаю	1 2 3 4 5 6 7

	власним очікуванням.	
16	Результати моєї роботи рідко відповідають моїм вимогам до себе.	1 2 3 4 5 6 7
17	Я не задоволений, навіть якщо знаю, що все зробив досить добре.	1 2 3 4 5 6 7
18	Я намагаюся зробити найкращим чином все, за що беруся.	1 2 3 45 6 7
19	Я рідко здатний відповідати власним високим стандартам.	1 2 3 4 5 6 7
20	Навряд чи я коли небудь відчуваю, що все зробив досить добре.	1 2 3 4 5 67
21	Навряд чи я коли небудь буваю задоволений своїми результатами роботи.	1 2 3 4 56 7
22	Я намагаюся наблизитися до досконалості.	1 2 3 4 5 67
23	Часто я відчуваю розчарування після виконання завдання, оскільки знаю, що міг би зробити краще.	1 2 3 4 5 6 7

Тип перфекціонізму	**Шкали опитувальника**	**Твердження опитувальника**
Адаптивний перфекціонізм	Високі стандарти	1,5,8,12,14,18,22,
	Прагення до порядку	2,4,7,10
Дезадаптивний перфекціонізм	Переживання відповідності власним стандартам	3,6,9,11,13,15,16,17,19, 20,21,23

Додаток Б

EAT-26 Тестові твердження

1. Мене дуже лякає думка, що я розповнію.
2. Я утримуюсь від їжі, будучи голодною (голодним).
3. Я постійно думаю про їжу, майже всі мої думки про це.
4. У мене трапляються напади безконтрольного вживання їжі, зупинити себе, під час яких, я просто не можу.
5. Я всю свою їжу розділяю на дрібні шматочки.
6. Мені відомо, скільки калорій у їжі, яку я вживаю.
7. Я особливо намагаюся утримуватися від їжі, яка містить багато вуглеводів.
8. Мені здається, що люди, що оточують мене, хотіли б, щоб я їла(їв) більше.
9. Після їжі мене рве.
10. Після вживання їжі у мене з’являється загострене почуття провини.
11. Я занепокоїна (занепокоїний) бажанням схуднути.
12. Займаючись спортом, я уявляю, як спалюю калорії.
13. Оточуючі вважають, що я занадто худа (худий).
14. Мене дуже турбують думки про жир, що є в моєму тілі.
15. Я їм набагато повільніше, ніж інші люди.
16. Я ретельно утримуюсь від їжі, яка містить цукор, від будь яких солодощів.
17. Я вживаю дієтичні продукти та готую для себе дієтичні страви.
18. Я відчуваю, що харчові питання контролюють моє життя.
19. Я маю хороший самоконтроль у всьому, що пов’язано з їжею.
20. Я відчуваю тиск на себе з боку оточуючих, щоб я їла (їв).
21. Я витрачаю надто багато свого часу на питання, повязані з їжею.

22. Після того, як я з'їм будь які солодощі, я відчуваю імпульсивне бажання вирвати їжу.

23. Я харчуюсь з дотриманням дієти.

24. Відчуття порожнього шлунка мені подобається.

25. У мене після того, як я поїм, буває імпульсивне бажання вирвати їжу.

26. Я отримую задоволення, купуючи якісь нові страви, смачні страви.

Оцінка результатів:

Усі питання, крім 26-го, оцінюються так: завжди-3 балів, як правило- 2 бали, досить часто -1 бал, іноді-0 балів, рідко-0 балів, ніколи-0 балів.

26 питання оцінюється так, «завжди» – 0 балів, «як правило»- 0 балів, «досить часто» - 0 балів, «іноді» -1 бал, «рідко» -2 бали, «ніколи»– 3 бали. Підрахунок балів та інтерпретація відбувається за такими критеріями:

- 0-15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки;
- 16-30 балів Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки;
- 31-45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки;
- 46-60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки;
- 61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки

Додаток В

Тест SCOFF

Назва є акронімом, де кожна літера відповідає ключовому слову в запитаннях:

- S (Sick): Чи викликаєте ви блювання, коли відчуваєте себе переповненим їжею?
- C (Control): Чи турбує вас втрата контролю над тим, скільки ви їсте?
- (One stone): Чи втратили ви нещодавно більше 6,35 кг (один стоун) за тримісячний період?
- F (Fat): Чи вважаєте ви себе товстим, коли інші кажуть, що ви занадто худий?
- F (Food): Чи сказали б ви, що їжа домінує у вашому житті?

За кожну відповідь «так» нараховується один бал. Сума двох або більше балів свідчить про ймовірність наявності розладу харчової поведінки та потребує подальшої професійної оцінки. Тест SCOFF складається з 5 запитань, на які можна відповісти «Так» або «Ні».

Підрахунок балів:

- За кожну відповідь «Так» нараховується 1 бал;
- За відповідь «Ні» – 0 балів.

Аналіз результатів:

- 0–1 бал → Малоймовірно, що у вас є розлад харчової поведінки;
- 2 або більше балів → Є ймовірність наявності розладу харчової поведінки, рекомендується звернутися до фахівця (психолога, психіатра, дієтолога).

Додаток Г

Результати тестування респондентів по опитувальнику щодо розладу харчової поведінки (EAT- 26)

№ Учасника	Стать	Вік	Результат
1	ч	21	12
2	ч	22	10
3	ч	21	15
4	ч	23	10
5	ч	21	13
6	ч	21	11
7	ч	22	12
8	ч	23	10
9	ч	24	12
10	ч	23	11
11	ч	21	28
12	ч	22	13
13	ч	23	17
14	ж	21	22
15	ж	22	13
16	ж	23	20
17	ж	22	21
18	ж	23	15
19	ж	21	23
20	ж	22	13
21	ж	23	39
22	ж	24	15
23	ж	22	20
24	ж	21	15

25	ж	22	27
26	ж	23	35
27	ж	21	37
28	ж	21	18
29	ж	21	19
30	ж	22	16

Додаток Д

Результати тестування респондентів по тесту SCOFF

№ Учасника	Стать	Вік	Результат
1	ч	21	0
2	ч	22	0
3	ч	21	0
4	ч	23	1
5	ч	21	1
6	ч	21	1
7	ч	22	0
8	ч	23	0
9	ч	24	1
10	ч	23	0
11	ч	21	1
12	ч	22	1
13	ч	23	1
14	ж	21	2
15	ж	22	2
16	ж	23	1
17	ж	22	0
18	ж	23	1
19	ж	21	1
20	ж	22	2
21	ж	23	2
22	ж	24	1
23	ж	22	1
24	ж	21	1
25	ж	22	1

26	ж	23	2
27	ж	21	3
28	ж	21	1
29	ж	21	1
30	ж	22	0

Додаток Е

Результати тестування респондентів отримані за Шкалою перфекціонізму Р. Слені

№ Учасника	Стать	Вік	Адаптивний перфекціонізм (високі стандарти + прагнення до порядку)	Дезадаптивний перфекціонізм (переживання відповідності власним стандартам)	Результат
1	ч	21	30	21	Адаптивний перфекціонізм
2	ч	23	42	27	Адаптивний перфекціонізм
3	ч	21	44	29	Адаптивний перфекціонізм
4	ч	23	33	21	Адаптивний перфекціонізм
5	ч	21	33	23	Адаптивний перфекціонізм
6	ч	21	37	29	Адаптивний перфекціонізм
7	ч	21	39	27	Адаптивний перфекціонізм
8	ч	23	38	33	Адаптивний перфекціонізм
9	ч	24	52	30	Адаптивний перфекціонізм
10	ч	23	51	44	Адаптивний перфекціонізм

11	ч	21	53	67	Дезадаптивний перфекціонізм
12	ч	22	42	26	Адаптивний перфекціонізм
13	ч	23	52	30	Адаптивний перфекціонізм
14	ж	21	46	27	Адаптивний перфекціонізм
15	ж	22	45	34	Адаптивний перфекціонізм
16	ж	23	48	32	Адаптивний перфекціонізм
17	ж	22	39	26	Адаптивний перфекціонізм
18	ж	23	45	26	Адаптивний перфекціонізм
19	ж	21	57	35	
20	ж	22	58	36	Адаптивний перфекцірнізм
21	ж	23	56	65	Дезадаптивний перфекціонізм
22	ж	24	41	29	Адаптивний перфекціонізм
23	ж	22	56	41	
24	ж	21	39	29	Адаптивний перфекціонізм
25	ж	22	43	38	Адаптивний перфекціонізм
26	ж	22	57	64	Дезадаптивний

					перфекціонізм
27	ж	22	56	62	Дезадаптивний перфекціонізм
28	ж	21	43	21	Адаптивний перфекціонізм
29	ж	21	48	38	Адаптивний перфекціонізм
30	ж	22	50	32	Адаптивний перфекціонізм